

Année 2018

N° 3449 - 3450

Gestion du stress au cabinet dentaire : le patient et les professionnels

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

CERRINA Constance

née le 6 avril 1991

(en collaboration avec **LEMERLE Chloé**
née le 18 novembre 1991)

le 11 janvier 2018 devant le jury ci-dessous

Président : Monsieur le Professeur Yves Amouriq

Assesseur : Monsieur le Professeur Laurent Le Guehennec

Assesseur : Monsieur le Docteur Pierre Le Bars

Directeur de thèse : Monsieur Le Docteur Gilles Amador Del Valle

UNIVERSITÉ DE NANTES	
Président	Pr LABOUX Olivier
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Pr GIUMELLI Bernard
Assesseurs	Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOULER Jean-Michel	
Professeurs Emérites	
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain
Praticiens Hospitaliers	
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame HYON Isabelle Madame GOEMAERE GALIERE Hélène
Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	Assistants Hospitaliers Universitaires des C.S.E.R.D.
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Madame BLERY Pauline Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LE BARS Pierre Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur NIVET Marc-Henri Madame RENARD Emmanuelle Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLLOU Xavier Monsieur VERNER Christian	Monsieur ABBAS Amine Monsieur AUBEUX Davy Madame BARON Charlotte Madame BERNARD Cécile Monsieur BOUCHET Xavier Madame BRAY Estelle Madame CLOITRE Alexandra Madame GOUGEON Béatrice Monsieur LE BOURHIS Antoine Madame LEMOINE Sarah Monsieur LOCHON Damien Madame MAIRE-FROMENT Claire-Hélène Madame MERCUSOT Marie-Caroline Monsieur NEMIROVSKY Hervé Monsieur OUVRARD Pierre Monsieur SARKISSIAN Louis-Emmanuel Madame WOJTIUK Fabienne
Maître de Conférences	
Madame VINATIER Claire	
Enseignants Associés	
Monsieur KOUADIO Ayepa (Assistant Associé) Madame LOLAH Aoula (MC Associé)	Madame MERAMETDJIAN Laure (MC Associé) Madame RAKIC Mia (PU Associé)

Mise à jour le 13/11/2017

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

AMADOR DEL VALLE Gilles

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de
Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Habilité à Diriger des Recherches

Chef du Département de Prévention - Epidémiologie - Economie de la
Santé

Odontologie Légale

-NANTES-

Vous nous avez inspirées et avez accepté de diriger ce travail,

*Vous avez su nous guider avec intelligence et pertinence nous
permettant ainsi de mener à bien cet ouvrage.*

Vous êtes un grand directeur de thèse par votre rigueur professionnelle,

Nous vous remercions chaleureusement pour votre grande disponibilité.

*Que ces quelques mots soient le témoignage de notre infinie gratitude
et de notre profonde estime.*

AMOURIQ Yves

Professeur des Universités
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de
Recherche Dentaires
Docteur de l'Université de Nantes
Habilité à Diriger des recherches
Département de Prothèses
Chef de Service d'Odontologie Restauratrice et Chirurgicale

-NANTES-

*Vous avez été notre Doyen lors de notre cursus universitaire,
Vous nous faites le très grand honneur et le privilège d'accepter la
présidence de cette thèse.*

*Nous vous remercions pour l'attention que vous portez aux étudiants et
pour les connaissances que vous nous avez transmises.*

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

LEBARS Pierre

Maître des Conférences des Universités
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de
Recherche Dentaires
Docteur de l'Université de Nantes
Département de Prothèses

-NANTES-

Pour nous avoir fait l'honneur de prendre part à ce jury,

Pour votre sympathie et votre humour,

*Nous vous remercions pour le soutien que vous nous avez accordé dès
notre entrée en secteur clinique.*

Veillez trouver ici l'expression de nos remerciements les plus sincères.

LE GUEHENNEC Laurent

Professeur des Universités
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de
Recherche Dentaire
Docteur de l'Université de Nantes
Chef du Département de Prothèses

-NANTES-

*Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez porté à nos travaux,
Votre acceptation exempte d'hésitations pour faire partie de notre jury
est pour nous un honneur.*

*Nous avons su apprécier, tout au long de nos études, vos conseils
avisés.*

Trouvez ici le témoignage de notre vive reconnaissance.

<u>Introduction</u>	15
<u>Chapitre 1 : Anxiété du patient au sein du cabinet dentaire</u>	16
1 L'anxiété du patient face aux soins dentaires	16
1.1 Mise au point sur la terminologie	16
1.1.1 La peur	16
1.1.2 L'angoisse	16
1.1.3 L'anxiété	16
1.1.4 La phobie.....	17
1.2 Etiologie de l'anxiété des soins dentaires	17
1.2.1 Histoire et société	17
1.2.2 Expérience traumatisante pendant enfance	18
1.2.3 Récit des proches.....	18
1.2.4 L'attitude du praticien	19
1.2.5 La génétique	19
1.2.6 Des causes inexpiquées.....	19
1.3 Quels patients sont concernés?	20
1.4 Les causes	20
1.5 Facteurs de risque	21
1.6 Conséquences	21
1.6.1 Physiques.....	21
1.6.1.1 Générales.....	21
1.6.1.2 Dentaires	22
1.6.2 Psycho-sociales	23
1.6.3 Sur la santé publique	24
2 Identification du stress	24
2.1 Mesures subjectives	24
2.1.1 Dental AnxietyScale (DAS)	24
2.1.2 Modified Dental AnxietyScale (MDAS)	26
2.1.3 Echelle Visuelle Analogique (EVA).....	27
2.1.4 State and Trait Anxiety Index	27
2.1.5 Amsterdam PreoperativeAnxiety and Information Scale (APAIS).....	28
2.2 Mesures objectives	28

2.2.1	Augmentation de la fréquence cardiaque et respiratoire.....	28
2.2.2	Sudation.....	28
2.2.3	Tension musculaire	29
2.2.4	Logorrhée	29
2.2.5	Interruption du soin	29
3	Les moyens de prise en charge.....	29
3.1	L'environnement.....	29
3.1.1	Les couleurs	30
3.1.1.1	Impact des couleurs sur le patient	30
3.1.1.2	Caractérisation des couleurs.....	30
3.1.1.3	Quelles couleurs pour quelle pièce ?.....	31
3.1.2	La lumière	32
3.1.3	La propreté	32
3.1.4	Les odeurs	33
3.1.5	Confort et décoration.....	33
3.1.6	Le Feng shui.....	34
3.1.6.1	Introduction au Feng Shui.....	34
3.1.6.2	Exemples à suivre	34
3.1.6.3	Exemples à ne pas suivre	35
3.1.7	Conclusion sur l'environnement	35
3.2	La Communication.....	35
3.2.1	Généralités.....	35
3.2.1.1	Verbale	36
3.2.1.2	Para verbale	37
3.2.1.3	Non verbale.	37
3.2.2	Pistes pour une bonne communication au cabinet dentaire... 37	
3.2.2.1)	Savoir poser des questions	38
3.2.2.2)	Savoir écouter, entendre.....	38
3.2.3	Conclusion.....	39
3.3	Les moyens de relaxation.....	39
3.3.1	Psychothérapies cognitivo comportementales	39
3.3.2	Le renforcement positif ou méthode motivationnelle	40
3.3.3	Méthode de distraction	41
3.3.4	La relaxation musculaire	41
3.3.5	Respiration contrôlée et yoga.....	42
3.3.6	Acupuncture	43
3.3.7	Hypnose.....	43
3.4	Les moyens modernes pour des soins sans stress	45

3.4.1 « La peur de la piqûre ».....	45
3.4.1.1 L'anesthésie topique.....	46
3.4.1.2 L'anesthésie intradiploïque : Exemple du système QuickSleeper®	47
3.4.2 « La peur de la roulette ».....	48
3.5 Moyens de prise en charge pharmacologiques	49
3.5.1 Médication à but anxiolytique.....	49
3.5.1.1 Par voie orale.....	49
3.5.1.1.1)Les benzodiazépines	50
3.5.1.1.2)Les antihistaminiques H1	51
3.5.1.2 Autres formes galéniques.....	51
3.5.1.3 Par inhalation	51
3.5.2 L'anesthésie générale	52
3.5.2.1 Indications	53
3.5.2.1.1)Liées à l'intervention	53
3.5.2.1.2)Liées à l'anesthésie locale.....	54
3.5.2.2 Contre-indications	54
1 Les causes de l'anxiété	56
1.1 Introduction	56
1.2 Le chirurgien dentiste	56
1.2.1 Le chirurgien-dentiste soignant.....	56
1.2.1.1 Le devoir de formation continue.....	56
1.2.1.2 Meticulosité, précision et exigence des patients.....	57
1.2.2 Le chirurgien-dentiste gérant	58
1.2.3 Le chirurgien-dentiste manager.....	58
1.3 Les assistantes dentaires	59
1.3.1 Généralités.....	59
1.3.2 Facteurs de stress.....	59
1.3.2.1 Turn-over des assistantes	59
1.3.2.2 Le cabinet dentaire	60
1.3.2.3 Le rôle du chirurgien-dentiste	60
1.3.2.4 L'agenda.....	60
1.3.2.5 Les patients.....	61
4.3.2.5.1)Contact direct.....	61
4.3.2.5.2)Au téléphone	61
4.3.2.5.3)Les urgences	62
4.3.2.5.4)Les patients agressifs	62

2	Les conséquences du stress sur les professionnels de santé.....	62
2.1	Les maladies professionnelles.....	62
2.1.1	Les troubles physiques.	62
2.1.2	Mécanismes et manifestations.....	63
2.1.2.1	Les troubles musculo-squelettiques.	63
2.1.2.2	Les céphalées, vertiges.....	63
2.1.2.3	Les troubles digestifs et alimentaires.	64
2.1.2.4	Les troubles du sommeil	64
2.1.2.5	Pathologies virales, bactériennes ou mycosiques.....	64
2.1.2.6	Atteintes cutanées.....	64
2.1.2.7	Troubles cardio-vasculaires.....	64
2.1.3	Les troubles psychiques	65
2.1.3.1	Trouble anxieux	65
2.1.3.2	La dysthymie	66
2.1.3.3	La dépression	66
2.2	Le burn out : syndrome d'épuisement professionnel.....	67
2.2.1	Introduction	67
2.2.2	Définitions.....	68
2.2.3	Caractéristiques	69
2.2.3.1	L'épuisement émotionnel.....	69
2.2.3.2	La dépersonnalisation.....	69
2.2.3.3	La diminution de l'accomplissement personnel.....	70
2.2.4	Manifestations	70
2.2.4.1	Comportementales.....	70
2.2.4.2	Physiques.....	71
2.2.5	Les quatre phases de l'épuisement professionnel.	71
2.2.6	Facteurs de risques	71
2.2.6.1	Sociodémographiques	71
2.2.6.2	Psychosociaux	72
2.2.6.3	Individuels.....	72
2.2.7	Mesure du burn out	72
2.2.8	Le Maslach Burn out Inventory MBI	73
2.2.9	Diagnostic différentiel.....	73
2.2.9.1	Pathologie somatique	73
2.2.9.2	Pathologie psychosomatique ou psychiatrique.	73
2.2.10	En conclusion	74
2.3	Le suicide.....	74
3	Moyens de prévention	75

3.1	La formation des acteurs au sein du cabinet.	75
3.1.1	La formation du praticien au métier de manager.	75
3.1.1.1	Universitaire	76
3.1.1.2	L'après université	76
3.1.2	La formation des assistantes dentaires	77
3.1.2.1	Etudes et diplômes	77
3.1.2.2	Les tâches	78
3.1.2.3	Au quotidien au sein du cabinet dentaire	78
3.1.3	Les aides dentaires	79
3.1.3.1	Etudes et diplômes	79
3.1.3.2	Tâches	79
3.2	Organisation du travail au sein du cabinet.	80
3.2.1	Organiser les espaces de travail	80
3.2.2	Organisation du temps de travail	80
3.2.2.1	L'agenda du cabinet	80
3.2.2.2	La planification des rendez-vous	81
3.2.3	Gestion du matériel et du stock	82
3.2.3.1	Méthodes organisationnelles	82
3.2.3.2	Le stock	82
3.3	Gestion de l'équipe	82
3.3.1	Le recrutement	82
3.3.1.1	Définir ses besoins et ses attentes.	83
3.3.1.2	Evaluer les critères de sélection	83
3.3.1.3	L'entretien en pratique	83
3.3.1.4	L'essai au fauteuil	84
3.3.2	Apprendre à manager	84
3.3.2.1	Les clés du management	84
3.3.2.2	Choisir des objectifs	84
3.3.2.3	Déléguer des missions	85
3.3.2.4	Clarifier les règles et les fonctions de chacun	85
3.3.2.5	Ecouter, communiquer et gérer les conflits	85
3.3.2.6	Développer les motivations	86
3.3.3	Conclusion	88
4	Guérir	88
4.1	Guérir individuellement	88
4.1.1	Méthodes d'apprentissage du stress	88
4.1.1.1	La préparation mentale	89
4.1.1.2	L'apprentissage de procédures et usage de simulations.	89

4.1.2 Les limites	90
4.2 Collectivement	91
4.3 Les aides institutionnelles	92
 <u>Conclusion</u>	 94
<u>Références bibliographiques</u>	95
<u>Annexes</u>	119

INTRODUCTION

L'anxiété, le stress, la phobie, l'angoisse et la peur... Autant de mots pour désigner un mal être qu'un grand nombre peut éprouver à la simple évocation du « dentiste ».

Dans cette thèse, nous nous intéressons au stress qui peut résider au sein d'un cabinet de chirurgie dentaire. Il s'agit d'un enjeu important pour la santé du patient, mais aussi pour le chirurgien-dentiste lui-même. En effet, prendre en charge un patient angoissé est chronophage, énergivore et techniquement plus compliqué et tend à décourager les deux partis.

Nous exerçons un métier difficile, où prendre soin de l'autre fait partie de notre quotidien. Face à chaque patient l'empathie et la compassion sont de mise, même si le retour n'est pas égal : « Je n'ai rien contre vous Docteur mais si je pouvais je ne serais pas là »... Le soignant peut encaisser cela, mais qu'en est-il de l'humain?

Depuis quelques années, une prise de conscience s'est formée autour de la profession et du stress des acteurs de soins. Certains médias commencent à évoquer « le burn out » des chirurgiens-dentistes.

Le but de ce travail est de mieux comprendre les causes de stress d'une part chez nos patients et d'autre part sur notre lieu d'exercice. Les comprendre pour mieux les accepter et les prendre en charge. Il s'agit de pistes issues de la littérature et de notre bon sens, à adapter selon le cas.

Dans un premier temps, nous traitons le stress ressenti par nos patients. Nous évoquerons les possibles causes de son anxiété, ses conséquences, et nous proposerons des solutions pour lui permettre de venir plus sereinement vers les soins dentaires en pratique de ville.

Dans un second temps, nous étudierons le stress éprouvé par le chirurgien-dentiste et son équipe. Nous dégagerons les différents aspects de leur vie professionnelle qui peuvent être anxiogènes et les répercussions psychiques et physiques qu'ils induisent. Nous énumérerons des solutions préventives et curatives au mal qui peut s'installer sur notre lieu de travail.

Chapitre 1 : Anxiété du patient au sein du cabinet dentaire

1 L'anxiété du patient face aux soins dentaires

1.1 Mise au point sur la terminologie

1.1.1 La peur

La peur est une réaction émotionnelle et physique, définie dans le dictionnaire Larousse comme «un sentiment de forte inquiétude, d'alarme, en présence ou à la pensée d'un danger, d'une menace» ayant pour but la défense de l'individu de manière instinctive (1)

1.1.2 L'angoisse

Venant du grec *ankhō* (signifiant *j'étrangle*), il s'agit de la manifestation somatique en réponse à un sentiment psychique de la peur.

« L'angoisse est un malaise psychique et physique, né du sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisé par une crainte diffuse pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des sensations pénibles de contractions épigastriques ou laryngées »(1).

1.1.3 L'anxiété

« L'anxiété est une vive inquiétude née de l'incertitude d'une situation, de l'appréhension d'un événement. C'est un état émotionnel de tension nerveuse, de peur, fort et souvent chronique; un état psychique caractérisé par l'attente d'un danger imminent accompagné de malaise, de peur et de sentiment d'impuissance » (1).

L'anxiété est un sentiment psychique avec une manifestation émotionnelle négative qui peut être passagère ou faire partie d'un trait de personnalité. C'est un sentiment de total manque de contrôle face au

danger ou à une menace, ce qui la différencie de la peur.

1.1.4 La phobie

« La phobie est une crainte déraisonnable déclenchée par un objet, une personne, une situation, et dont le sujet reconnaît généralement le caractère inadapté, mais se sent impuissant face à cet état. » Dans notre cas il se crée une réaction d'évitement chez le patient atteint d'odontophobie.

1.2 Etiologie de l'anxiété des soins dentaires

« La plus grande et la plus cruelle des douleurs qui n'entraînent pas la mort », Ambroise Paré

“ Jamais ne vécut philosophe qui puisse en patience endurer le mal de dents ”. Shakespeare

1.2.1 Histoire et société

Le mythe de l'arracheur de dent nous vient tout droit du Moyen-Age où certains charlatans sévissaient sur la place publique sous couvert de mise en scène.

Cela n'a pas donné une image positive à notre profession qui s'est développée par la suite, en conflit avec l'église et est devenue officielle à partir du 18^{ème} siècle.

Les dents s'accompagnent d'une symbolique populaire. Le fait de rêver de perdre ses dents peut être vu par certain comme de mauvaise augure, ou le fait de naître avec une dent portera bonheur. Louis 14 serait né avec ! Ou encore des expressions que tout le monde connaît comme

« avoir une dent contre quelqu'un » « œil pour œil, dent pour dent »
« mentir comme un arracheur de dent » ...

Le cinéma ne s'est pas gardé de nous épargner avec en 1996 le film d'horreur « le dentiste » de Brian Yuzna.

De nos jours les affaires, rares mais néanmoins vraies, telles que « le dentiste fou du nord » ravive des peurs ancestrales qu'il nous faut alors apaiser au quotidien.

1.2.2 Expérience traumatisante pendant enfance

Il apparaît que pour trente pour cent des patients, la phobie des soins dentaires trouve son origine dans l'enfance (2).

En effet, le souvenir de soins après une chute, parfois dans les cris, les larmes et la précipitation, ou de soins de lésions carieuses après un épisode douloureux, laisse une empreinte. Ainsi, plus tard, la réminiscence de la douleur passée conditionnera le patient à craindre une situation similaire chez le chirurgien-dentiste.

L'importance des soins dentaires chez l'enfant est un sujet qui s'accroît de plus en plus avec l'arrivée d'une spécialité : la pédodontie, consacrée à l'enfant.

1.2.3 Récit des proches

La cause des trente autres pour cent des patients ne vient pas de leur propre expérience, mais de témoignages, de récits d'expérience de parents, de leur entourage ou des médias : c'est le processus d'apprentissage (2, 6). Le patient est une véritable éponge qui absorbe ces émotions négatives et qui les fait siennes.

On sait aujourd'hui qu'il y a une forte association entre le trouble anxieux du sujet et celui de ses parents. En effet, les peurs des enfants sont étroitement corrélées à celles de leurs parents et le niveau de vulnérabilité des parents à un impact prédictif sur le comportement de leurs enfants (3). C'est pourquoi lors des consultations avec de jeunes

patients il est parfois préférable d'inviter les parents à attendre à l'extérieur de la salle de soins.

Il est souhaitable de réintroduire un langage positif où le dentiste n'est pas le « bourreau » et la piqûre n'est pas une « punition » (3, 4).

1.2.4 L'attitude du praticien

La douleur et la peur de la douleur ne sont pas les seules origines de l'odontophobie : le praticien en est également une. En effet, on estime que vingt-cinq pour cent des patients attachent une réelle importance au comportement de leur dentiste.

On sait que le stress préopératoire est un déséquilibre entre la demande émotionnelle engendrée par la situation et les capacités du patient à y faire face (4). Or, le dentiste joue un rôle dans la modulation du stress du patient et peut donc l'aider. Son rôle commence ainsi dès l'arrivée du patient. Si le praticien apparaît renfermé, pressé, impatient, ne prenant pas la peine de répondre aux questions, qui rassurent le patient, l'anxiété pour une personne déjà peu à l'aise dans l'environnement du cabinet ne peut qu'augmenter. Les minutes durant lesquelles le praticien reçoit le patient assis, face à face, en répondant à ses interrogations sont précieuses pour chacun car elles facilitent la prise en charge future.

1.2.5 La génétique

Il apparaît que l'anxiété a une composante génétique.

En effet, on retrouve chez les personnes phobiques un génotype déterminé et le gène BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor) a été mis en évidence chez ces patients.

1.2.6 Des causes inexpliquées

En dépit du fait que la peur du dentiste trouve souvent une origine, il arrive que le patient ne puisse en trouver la source où ne puisse

l'exprimer. Cette crainte serait ancrée dans son subconscient, de manière primitive comme un réflexe de défense (2).

1.3 Quels patients sont concernés?

La prévalence de l'odontophobie diffère selon les études.

Quenneville I a estimé l'anxiété en Inde à 40 % ; aux Etats-Unis, entre 10 et 20 % ; en France à 13.5 %.

Ces variabilités s'expliquent par la diversité des tests de mesure employés et par la divergence des cultures rencontrées.

C'est pourquoi on retient pour les pays industrialisés une stomatophobie évaluée entre 4 et 20 % de la population (4).

Il s'avère que plusieurs études, notamment au sein du centre de soin du CHU de Toulouse en 2015, ont montré une prévalence plus élevée chez les femmes avec un ratio d'environ 2/1 (5).

En revanche, il semble que l'âge n'est pas significatif dans l'apparition des phobies. En effet, une étude réalisée par L.BEYDON et C-E DIMA souligne le nombre important de phobies apparaissant entre deux et six ans (4, 6). Or, *l'American Psychiatric Association* estime que les jeunes adultes sont plus enclins à les déclencher (5).

Le statut socio-économique a aussi son influence puisque les personnes ayant de faibles revenus sont plus enclines à avoir peur du chirurgien-dentiste.

1.4 Les causes

Même si la peur est la résultante de multiples facteurs, on retrouve quatre sources qui sont évoquées de manières récurrentes. Elles ont été ordonnées de la cause la plus à la moins fréquente : la douleur, les piqûres, la perte de contrôle et le réflexe nauséeux (2).

Ces raisons sont de plus renforcées par un arsenal de stimuli qui provoquent un réflexe de peur conditionnée (2). En effet, le souvenir d'un épisode traumatisant par sa douleur ou son atmosphère anxiogène se rattache aussi à l'environnement de l'époque. Ainsi, les instruments, les blouses du personnel soignant, la position allongée, les bruits et les odeurs familières d'un cabinet dentaire deviennent des déclencheurs.

1.5 Facteurs de risque

Les patients ne sont pas tous égaux face à la phobie. Certains de par leur prédisposition à l'anxiété, leur antécédent de trouble psychique, de dépression, leur faible estime d'eux-mêmes sont plus susceptibles de développer un stress accru chez le dentiste (2).

L'hygiène de vie joue également un rôle important. La consommation de drogues, d'alcool ou de tabac est un facteur de risque. On constate alors que 64 % des patients stomato-phobiques sont fumeurs (2).

Le genre est aussi un élément à prendre en compte puisque le sexe féminin prédispose à cette anxiété (4).

1.6 Conséquences

L'odontophobie est un "*vicious cycle mechanism*" puisque les patients en souffrant consultent moins fréquemment aggravant leur santé bucco-dentaire. Ils consulteront donc seulement en cas d'urgence, nécessitant des soins plus lourds et donc plus stressant, renforçant leur première idée de la peur du dentiste.

1.6.1 Physiques

1.6.1.1 Générales

Une étude (4) menée par Tjemsland L, Soreide JA, Matre R et Malt UF cherchait à déterminer s'il existait un effet de l'anxiété des patients sur leurs données biologiques, en particulier leur système immunitaire. L'anxiété et le taux de lymphocytes ont été mesurés un jour avant

l'intervention chirurgicale de patients, puis sept jours après. Il s'avère que l'anxiété préopératoire est significativement inversement corrélée au nombre de lymphocytes circulant.

Le stress a donc des répercussions physiologiques en atténuant la réponse immunitaire : cet abaissement de lymphocytes favorise alors les complications post-opératoires avec d'avantage de risques de développer des infections.

Il a un effet négatif sur l'efficacité des antalgiques, les patients doivent alors en consommer davantage ou passer à un palier supérieur pour ressentir les bienfaits (4).

De surcroît, ces personnes sont sujettes à développer plus de maladies chroniques.

1.6.1.2 *Dentaires*

Cette peur irraisonnée du chirurgien-dentiste entraîne un phénomène d'évitement (Armfield) (19). Dans le monde naturel, Cannon a observé les réponses comportementales d'un chat face au danger. Il observe que l'animal réagit selon deux schémas : il se prépare soit à fuir, soit à combattre. Cette théorie du fight or flight s'applique également aux humains car il a été constaté que face à une situation stressante, le système nerveux autonome déclenche une cascade de réactions qui préparent l'individu à éviter le danger ou à le confronter (19).

L'évitement peut être total et concerne 5% de la population phobique ou important pour 20 à 30% d'entre elle (3).

Ces patients concernés n'iront consulter un praticien que lors de douleurs extrêmes et persistantes. L'absence de contrôle bucco-dentaire régulier a pour conséquence des traitements souvent en urgence, plus lourds, plus longs et souvent plus radicaux donc encore plus anxiogènes pour le patient (2).

D'un point de vue parodontal, le manque de détartrage régulier, couplé à des habitudes de vie néfastes souvent rencontrées chez les personnes

anxieuses (tabac, alcool) provoque des inflammations chroniques et des atteintes parodontales entraînant à plus ou moins long terme la perte précoce des organes dentaires.

En l'absence d'une maintenance professionnelle, l'accumulation de plaque bactérienne, de tartre, le manque d'herméticité des soins de restaurations ou prothétiques entraînent des pathologies inflammatoires et infectieuses qui, n'étant pas soignées à temps, nécessitent alors des traitements plus radicaux telles les avulsions et les pulpectomies.

Les délabrements importants associés aux édentements souvent étendus, nombreux et non compensés, causent des troubles au niveau des guidages et calages, provoquant des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire.

Ce n'est donc pas étonnant de trouver chez ces patients un indice CAO (nombre de dents cariées, absentes ou obturées) supérieur à la moyenne.

1.6.2 Psycho-sociales

Une hygiène dentaire dégradée due à l'absence de suivi entraîne inévitablement un préjudice social et d'estime de soi (2).

En effet une négligence des soins dentaires a des effets néfastes sur l'esthétique du sourire et l'image générale renvoyée.

La mauvaise haleine, les lésions carieuses visibles, les édentements sont autant de raisons pour ces personnes anxieuses de ressentir une certaine gêne voire une honte et de se replier sur elles-mêmes. Cet embarras commence envers l'entourage puis empiète sur la sphère professionnelle : elles vont s'isoler, avoir des difficultés à s'intégrer dans une équipe, voire même de trouver un emploi si l'esthétique est dégradée.

Ceci est illustré par le schéma de Berggren (1984) :



Figure 1 : schéma de Berggren (2).

1.6.3 Sur la santé publique

On pourrait être amené à croire que le renoncement aux soins dentaires entraîne une réduction des coûts pour la Sécurité Sociale.

Au contraire, comme les pathologies ne sont pas interceptées à temps, les thérapeutiques s'avèrent plus lourdes, plus chronophages, d'autant plus que soigner un patient anxieux, peu compliant, prend davantage de temps qu'un patient lambda.

La gestion et la prise en charge d'un tel patient, avec un nombre de rendez-vous annulé, reporté, souvent important devient donc un véritable souci de santé publique.

2 *Identification du stress*

2.1 Mesures subjectives

2.1.1 Dental Anxiety Scale (DAS)

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Tâchez toujours de choisir une réponse. Ne réfléchissez pas trop longtemps.	
1.	Si vous deviez aller chez le dentiste demain, comment réagiriez-vous? ☐ Je considérerais cela comme une expérience plutôt agréable ☐ Cela ne me dérangerait pas beaucoup ☐ Je ne me sentirais pas tout à fait à l'aise ☐ J'aurais peur que cela ne soit désagréable ou douloureux ☐ J'aurais horriblement peur de ce que le dentiste devra faire
2.	En attendant votre tour dans la salle d'attente du dentiste, comment vous sentez-vous? ☐ Détendu ☐ Pas tout à fait à mon aise ☐ Tendu ☐ Anxieux ☐ Si anxieux que j'en ai des sueurs ou que je me sente mal
3.	Une fois installé dans le fauteuil du dentiste, attendant que celui-ci prépare la fraise avec laquelle il va soigner votre dent, comment vous sentez-vous? ☐ Détendu ☐ Pas tout à fait à mon aise ☐ Tendu ☐ Anxieux ☐ Si anxieux que j'en ai des sueurs ou que je me sente mal
4.	Vous êtes assis dans le fauteuil du dentiste pour un nettoyage de vos dents. Alors que vous attendez et que le dentiste prend les instruments dont il aura besoin pour détartrer vos dents, comment vous sentez-vous? ☐ Détendu ☐ Pas tout à fait à mon aise ☐ Tendu ☐ Anxieux ☐ Si anxieux que j'en ai des sueurs ou que je me sente mal

Figure 2 : Dental Anxiety Scale (9)

C'est une échelle d'autoévaluation, également connue sous le nom d'échelle de CORAH, du nom du psychologue qui la mit au point en 1969. C'est la plus répandue et la plus usitée (8, 9, 10).

Elle est composée de 4 questions en rapport avec l'environnement dentaire, comportant toutes 5 items. A chaque item correspond un score allant de 1 à 5. Le total varie alors de 4 à 20. On qualifie une personne de phobique vis-à-vis des soins dentaires lorsqu'elle atteint le seuil de 13(11,12). Le chirurgien-dentiste dispose alors d'une base pour adapter son comportement au patient stressé et/ou pour constater d'une éventuelle évolution de sa phobie dans le temps.

2.1.2 Modified Dental Anxiety Scale (MDAS)

L'échelle de CORAH ne détaille pas les composants ni les raisons de la peur des patients. C'est pourquoi une question sur le ressenti face aux anesthésiques locaux y a été ajoutée (11, 13, 14).

POURRIEZ-VOUS NOUS DIRE VOTRE NIVEAU D'ANXIÉTÉ, SI C'EST LE CAS, LORS DE VOTRE VISITE CHEZ LE DENTISTE ?

VEUILLEZ INDIQUER EN NOTANT 'X' DANS LA CASE APPROPRIÉE

Si vous devez rendre visite à votre dentiste pour un TRAITEMENT DEMAIN, comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux ☐ Légèrement anxieux ☐ Assez anxieux ☐ Très anxieux ☐ Extrêmement anxieux ☐

Si vous êtes assis dans la SALLE D'ATTENTE (en attente de votre traitement), comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux ☐ Légèrement anxieux ☐ Assez anxieux ☐ Très anxieux ☐ Extrêmement anxieux ☐

Si l'on est sur le point de vous FRAISER UNE DENT, comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux ☐ Légèrement anxieux ☐ Assez anxieux ☐ Très anxieux ☐ Extrêmement anxieux ☐

Si l'on est sur le point de vous DÉTARTRE ET DE VOUS POLIR LES DENTS, comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux ☐ Légèrement anxieux ☐ Assez anxieux ☐ Très anxieux ☐ Extrêmement anxieux ☐

Si vous êtes sur le point de recevoir une INJECTION ANÉSTHÉSIQUE LOCALE dans votre gencive, au-dessus d'une dent supérieure à l'arrière, comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux ☐ Légèrement anxieux ☐ Assez anxieux ☐ Très anxieux ☐ Extrêmement anxieux ☐

Instructions pour la notation (supprimer la section ci-dessous avant de copier pour l'utilisation par les patients)

L'échelle d'anxiété dentale modifiée. Chaque élément est noté de la manière suivante :

Pas anxieux	=	1
Légèrement anxieux	=	2
Assez anxieux	=	3
Très anxieux	=	4
Extrêmement anxieux	=	5

Le score total est la somme des cinq éléments, située entre 5 et 25 : un score à partir de 19 ou au-delà indique un patient souffrant d'une anxiété élevée de nature dentaire, probablement une phobie dentaire.

Figure 3: Modified Dental Anxiety Scale (14)

2.1.3 Echelle Visuelle Analogique (EVA)



Figure 4: Echelle Visuelle Analogique (14)

Elle est aussi connue sous le nom de Visual AnalogScale (VAS) et est utilisée pour quantifier une anxiété préopératoire. Elle est simple et rapide d'utilisation pour le patient (13, 14).

Le score défini par l'EVA est corrélé avec le State and Trait Anxiety Index (STAI) (15).

2.1.4 State and Trait Anxiety Index

C'est un test pour évaluer l'anxiété préopératoire, mais de manière générale et non pas spécifique à l'environnement du cabinet dentaire (16).

	Non	Plutôt oui	Plutôt non	Oui
1 Je me sens calme.	☐	☐	☐	☐
2 Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.	☐	☐	☐	☐
3 Je suis tendu, crispé.	☐	☐	☐	☐
4 Je me sens surmené.	☐	☐	☐	☐
5 Je me sens tranquille, bien dans ma peau.	☐	☐	☐	☐
6 Je me sens ému, bouleversé, contrarié.	☐	☐	☐	☐
7 L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.	☐	☐	☐	☐
8 Je me sens content.	☐	☐	☐	☐
9 Je me sens effrayé.	☐	☐	☐	☐
10 Je me sens à mon aise.	☐	☐	☐	☐
11 Je sens que j'ai confiance en moi.	☐	☐	☐	☐
12 Je me sens nerveux, irritable.	☐	☐	☐	☐
13 J'ai la frousse, la trouille j'ai peur.	☐	☐	☐	☐
14 Je me sens indécis.	☐	☐	☐	☐
15 Je suis décontracté, détendu.	☐	☐	☐	☐
16 Je suis satisfait.	☐	☐	☐	☐
17 Je suis inquiet, soucieux.	☐	☐	☐	☐
18 Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté, dérouté.	☐	☐	☐	☐
19 Je me sens solide, posé, pondéré, réfléchi.	☐	☐	☐	☐
20 Je me sens de bonne humeur, aimable.	☐	☐	☐	☐

Figure 5: State and Trait Anxiety Index (14)

2.1.5 Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)

Cette échelle apporte une nouvelle dimension d'analyse. En effet, elle ne s'intéresse pas seulement à l'évaluation de l'anxiété, elle renseigne aussi sur les besoins en information à propos de l'intervention à venir. Certains patients éprouvent la nécessité de comprendre le déroulement, les risques, les suites opératoires du soin pour s'apaiser (2).

2.2 Mesures objectives

Si les échelles et tests de mesure sont intéressants à utiliser en recherche ou pour suivre l'évolution d'une phobie, le sens d'observation du praticien au quotidien peut lui aussi renseigner sur l'état d'esprit du patient qui vient consulter. Certains signes objectifs sont des pistes pour déceler un patient stressé.

2.2.1 Augmentation de la fréquence cardiaque et respiratoire

Lors d'une situation estimée dangereuse, le corps humain enclenche toute une cascade de réactions destinées à être en état d'alerte. C'est un réflexe ancien qui permettait à l'homme de fuir ou d'attaquer en cas de menace, notamment en activant davantage les systèmes cardiaque et respiratoire. Chez le patient phobique, ce système se met en place et l'on peut observer une augmentation de la fréquence cardiaque et une hyperventilation (17, 19).

2.2.2 Sudation

La sudation excessive axillaire, palmaire ou frontale est également une conséquence physiologique de l'anxiété, observable aisément par le chirurgien-dentiste (2, 18).

2.2.3 Tension musculaire

Un patient phobique aura tendance à se crisper, à être tendu. Il n'est alors pas rare de le voir agiter ses jambes ou ses mains, ni même de voir les jambes s'élever du fauteuil alors que le patient est allongé (2, 18).

2.2.4 Logorrhée

Souvent le praticien le remarque dès le premier rendez-vous, lors des échanges verbaux. Le patient ne peut s'empêcher de parler, de rire nerveusement avec un débit de parole important. Cela peut traduire là encore une manière d'évacuer le stress (2).

2.2.5 Interruption du soin

Il arrive que le patient ne supporte pas d'être passivement allongé la bouche ouverte et l'angoisse ressentie à ce moment est trop forte. Il trouvera alors, de manière consciente ou non un moyen d'interrompre le soin. Cela se traduit par une déglutition exagérée, des hauts le cœur, un besoin de cracher ou tout autre comportement d'évitement (2).

3 *Les moyens de prise en charge*

3.1 **L'environnement**

Le cabinet dentaire constitue chez le patient phobique et anxieux une réelle projection de ses angoisses.

Lorsque le patient anxieux se rend au cabinet dentaire, ses sens sont en éveil : la vue, l'odorat, le toucher, et l'ouïe. Chaque stimulus sensitif peut suffire à provoquer ou augmenter son angoisse, en lui faisant revivre un souvenir traumatisant. C'est pourquoi le chirurgien-dentiste et son équipe soignante, par le biais de la décoration, de l'atmosphère

régnante, peuvent faire en sorte d'atténuer tous les facteurs qui rappellent souvent au patient anxieux qu'il est dans un environnement qui lui paraît hostile.

3.1.1 Les couleurs

3.1.1.1 *Impact des couleurs sur le patient*

Plusieurs scientifiques se sont penchés sur l'effet des couleurs sur les personnes. En effet, il apparaît qu'elles agissent sur la subjectivité et la sensibilité et amènent un sentiment d'apaisement, de plénitude, de calme ou au contraire d'étouffement, d'excitation ou de malaise (20, 21). Ainsi, le choix des couleurs au cabinet dentaire influe dès l'arrivée du patient sur son comportement et son angoisse et sont une clé pour créer un environnement apaisant.

Les études font la distinction à chaque fois entre les couleurs dites chaudes et les couleurs dites froides qui ont un effet psychophysiologique (21).

Ainsi, les perceptions affectives sont différentes : cette démonstration faite par HEVNER montre par exemple que le rouge évoque un sentiment joyeux et excitant, alors que le bleu rappelle la tristesse et la sérénité(22).

Jacobs et Sues ont mis en évidence la portée des couleurs sur l'anxiété, en exposant des groupes de patients à différentes teintes chromatiques, puis en les soumettant au test STAI précédemment cité. Les couleurs chaudes telles que le rouge et le jaune sont significativement plus anxiogènes que les couleurs froides comme le vert et le bleu (22).

3.1.1.2 *Caractérisation des couleurs*

BARCELONNE a mené une étude permettant de caractériser les couleurs par leur effet sur les êtres humains. Elle peut devenir utile lors de la conception d'un cabinet dentaire et servir de piste de réflexion (20).

En voici un résumé :

- Le rouge : accueillant, chaud, excitant, accélère les pulsations cardiaques.
- L'orange : intime, chaud, facilite la digestion.
- Le jaune : gai, stimulant affectif.
- Le vert : apaisant, équilibrant, abaisse la tension musculaire et la pression sanguine.
- Le bleu : calme, soporifique, relaxant.
- Le violet : mélancolique, frais, augmente la résistance des vaisseaux sanguins, des poumons, du cœur.
- Le blanc : froideur, propreté, sobriété.
- Le noir : tristesse.
- Le gris : monotone
- Le beige : chaud, rassurant.
- Le brun : détente, réconfort.
- Le rose : gaité, stimulant.

3.1.1.3 *Quelles couleurs pour quelle pièce ?*

Au regard des effets psycho-physiologiques des couleurs sur le corps humain, il est possible, par leur biais, de créer une atmosphère adéquate pour chaque pièce du cabinet dentaire.

- Pour la réception, le sentiment de sociabilité, d'accueil, de dynamisme et de convivialité est recherché. Le jaune, orange ou turquoise s'y prêtent particulièrement (23, 24, 25).
- Au niveau de la salle d'attente, le stress peut être amplifié par l'expectative, donc une ambiance zen est à promouvoir : le bleu et le vert, par leur pouvoir suggestif, sont à privilégier. Et afin de créer un espace de détente pour le patient stressé il est préférable que l'environnement y soit exempt de tout caractère professionnel (23, 24, 25).

Il est à noter que des notes de couleurs joyeuses telles que le jaune ou l'orange ont un effet positif sur la patientèle. Il ne faut pas cependant trop les accentuer car elles peuvent avoir un effet excitant.

Enfin, les teintes de la salle de soin doivent allier les exigences du praticien et du patient. Ainsi, la couleur du mur situé dans le champ de vision du soignant doit être dépourvue de complémentaires : les gammes de gris ou de bruns sont idéales. Pour le reste du local, le bleu et le vert sont là aussi bienvenus car ils ont une action apaisante.

3.1.2 La lumière

La lumière au sein du cabinet doit se répartir différemment selon les pièces et lieux de travail. En effet l'éclairage modifie la perception que le patient peut avoir d'une pièce, accentuant une couleur par exemple. Ainsi la salle d'attente avec un éclairage indirect est souhaitable pour un effet homogène

Au sein de la salle de soins, des normes Iso en matière d'éclairage sont définies :

- Eclairage buccal doit être de 1500lux au niveau de la cavité buccale pour un éclairage distant de 70 centimètres.
- Eclairage de travail avec ou sans grille, il doit être perpendiculaire à l'axe du fauteuil et doit atteindre 1000 lux à un mètre du sol.
- Eclairage de circulation, c'est l'éclairage en dehors du fauteuil, du reste du cabinet dentaire. Il doit être de 500 lux.

3.1.3 La propreté

En se rendant dans un établissement de santé, les patients seront plus rassurés si la propreté des locaux est impeccable, que ce soit la salle de soins, la salle d'attente, les toilettes ou l'accueil. En effet, un lieu propre et rangé s'avère plus rassurant et inspire davantage confiance.

3.1.4 Les odeurs

L'olfaction est prise en charge dans le cerveau par le système limbique, siège des émotions (27). C'est pourquoi une odeur peut renvoyer à un souvenir anxiogène et provoquer des réactions de stress chez le patient. C'est d'ailleurs, le sixième facteur ressenti par les patients (26).

Une étude réalisée par l'institut de sondage Opinion Way en mars 2016, à propos du stress au cabinet dentaire, rapporte que les patients anxieux placent en troisième position le fait d'utiliser une bougie parfumée ou un diffuseur de parfum pour diminuer leur angoisse, juste derrière l'ambiance sonore et l'aquarium (27). En effet, au sein du cabinet dentaire, règne une odeur caractéristique provenant de l'eugénol, substance extraite de l'huile essentielle de clou de girofle (2). D'autres odeurs, provenant des désinfectants, du curetage des lésions carieuses, du bistouri électrique sur la chair peuvent être sources d'angoisse.

Pour pallier à ce souci, il existe des systèmes de récupération par filtration de l'air ambiant et des systèmes de neutralisation des odeurs. L'utilisation d'un diffuseur de parfum peut également s'avérer être une solution (28).

3.1.5 Confort et décoration

Il est important d'accorder une place lors de la conception du cabinet au choix des meubles et objets d'art et de décoration. Ils peuvent aider à la création d'une atmosphère apaisante, moderne et calme.

Il est souvent appréciable pour les patients de retrouver aux murs des tableaux, photographies ou miroirs. Des sculptures, des plantes et des objets décoratifs sont des agréments distrayants pour les patients.

Dans la salle d'attente, des revues renouvelées régulièrement, pour les adultes comme pour les enfants seront appréciées, et des jeux non bruyants, en bois par exemple pourront être mis à la disposition des enfants.

Il est idéal pour les cabinets avec plus d'espace de créer deux espaces au sein même de la salle d'attente, une pour les enfants et une conventionnelle pour les adultes.

3.1.6 Le Feng shui

3.1.6.1 *Introduction au Feng Shui*

Le Feng Shui est une philosophie de vie qui est née en Chine vers 4000 ans avant J-C et qui signifie Vent et Eau. L'idée principale qui en ressort et le fait de vivre en harmonie avec la nature. Elle repose sur trois notions :

- La complémentarité entre le yin et le yang : l'équilibre des impulsions contradictoires.
- La présence des cinq éléments (le feu, l'eau, le métal, la terre et le bois) que l'on retrouve par le biais des formes, couleurs et matériaux.
- L'univers est régi par des flux d'énergies, donc la somme s'appelle le Chi.

Le Feng Shui s'est popularisé en Occident et s'est adapté à son mode de vie, tout en gardant les principes fondateurs. Il devrait permettre un bien être, une ambiance apaisante et zen, moins de stress et de fatigue. Ce mode de vie peut être retranscrit dans un espace de travail, voici quelques pistes pour aménager le cabinet dentaire (29).

3.1.6.2 *Exemples à suivre*

- Avoir une chaise à haut dossier.
- Mettre une image de montagne derrière le bureau pour un bon soutien personnel.
- Avoir une table solide.
- Installer une fontaine ou un aquarium si le bureau est orienté nord-est ou sud-est.
- Le bureau doit être propre et rangé.

- Préférer les trieurs chemises rangés dans un placard.
- Utiliser un sous-main en cuir.
- Placer la lampe de bureau sur la partie sud, sud-ouest ou nord-ouest de la table.
- Garder les espaces dégagés.
- Pouvoir circuler aisément.
- Nettoyer régulièrement, aérer.
- Mettre des plantes, du son, de la lumière.

3.1.6.3 *Exemples à ne pas suivre*

- Tourner le dos à la porte.
- Positionner le bureau au milieu de la pièce.
- Avoir un bureau en verre.
- Laisser les portes ouvertes.

3.1.7 Conclusion sur l'environnement

Le patient anxieux nécessitant 100% de l'attention de toute l'équipe, depuis son entrée jusqu'à la sortie du cabinet, la mise en place d'un cadre adapté est une clef de réussite de son bon déroulement.

3.2 **La Communication**

3.2.1 Généralités

Le métier de chirurgien-dentiste implique une relation avec des patients, parfois souffrants, parfois anxieux, parfois exigeants. Elle est pleine d'imprévu car elle lie deux personnes avec leurs propres croyances, craintes et personnalité (30). De plus, la relation souffre d'un déséquilibre en raison du statut de sachant du dentiste : le patient peut ressentir un sentiment de soumission et de perte de contrôle. Le but est de trouver, grâce à une communication de qualité, un équilibre entre la

psychologie du patient, le contexte thérapeutique et la motivation du praticien.

La communication est, selon le dictionnaire le grand Robert, un échange, une liaison, mais aussi l'établissement d'une relation « dynamique » avec un sujet ou un objet.

Cette relation dynamique permet de connaître la demande du patient, sa motivation, son motif de consultation, son besoin d'information et son état d'esprit, ses craintes et blocages.

Une bonne communication aboutit à terme à un climat de confiance permettant une bonne coopération aux soins.

Cette confiance entre soignant et soigné permet de créer une alliance thérapeutique, bénéfique pour le déroulement et le suivi des soins prodigués. Une collaboration mutuelle, un partenariat s'instaure (31).

Selon l'école de Palo Alto, pour communiquer, il existe les moyens verbaux, employés trente pour cent du temps et les moyens non verbaux utilisés les soixante-dix autres pour cent du temps. Ces derniers se caractérisent par l'utilisation de la voix et par les gestes corporels.

Il faut avoir en tête que tout être humain communique un sentiment, une intention et qu'un patient anxieux y est encore plus sensible, captant toutes les nuances et pouvant en faire des craintes irrationnelles.

3.2.1.1 *Verbale*

La communication verbale utilise les mots. Le chirurgien-dentiste devra veiller à utiliser un vocable intelligible par une personne non sachant. Les termes techniques et l'explication en détail des procédures seront à éviter car ils sont sources d'angoisse chez les patients déjà stressés (31).

Le choix de la syntaxe est également important. Ainsi, les phrases utilisant la négation sont déconseillées. Elles entraînent implicitement un sentiment néfaste. Préférer ainsi : « Tout va bien se passer. » à : « Vous n'aurez pas mal » (2).

Il faut aussi privilégier les questions ouvertes, auxquelles le patient répondra par des phrases complètes et pourra alors s'exprimer pleinement.

3.2.1.2 *Para verbale*

La communication para verbale inclut ce qui se rapporte aux sons. Au-delà des mots, un énoncé communique à travers le ton employé, le volume, le débit, le timbre de voix, la tonalité, les silences et les soupirs. Il s'avère qu'une voix grave, avec un débit lent et un volume modéré est apaisante et rassurante.

Egalement, chez certains patients, le simple fait de continuer à parler pendant le soin leur offre une possibilité de distraction et réduit l'anxiété. L'assistante peut avoir ce rôle.

3.2.1.3 *Non verbale.*

La communication non verbale comprend la gestuelle.

Ainsi, lorsque le chirurgien-dentiste est en présence de son patient, celui-ci intégrera son regard, ses mimiques faciales et sa posture, qui peuvent trahir un sentiment d'inconfort, de nervosité ou au contraire, d'assurance et de maîtrise. Par exemple le contact visuel s'avère important dans la mesure où il est bien dosé n'entraînant pas un sentiment de malaise.

Le contact direct peut être employé dans certains cas, comme une main rassurante sur l'épaule, en prenant bien soin de ne pas être trop intrusif, et d'être pertinent face au contexte.

3.2.2 Pistes pour une bonne communication au cabinet dentaire.

La communication au sein du cabinet dentaire implique certes, le praticien mais également le/la secrétaire et l'assistante. Ce sont eux/elles qui accueillent en général la patientèle. La politesse et le sourire rassurent les patients, ils se sentent les bienvenus. Cette règle s'impose aussi pour la communication téléphonique.

Le chirurgien-dentiste peut aussi venir chercher lui-même les patients en salle d'attente, cette attention est souvent bien accueillie. Dans la salle de soins, un temps de connexion est nécessaire avant d'installer le patient sur le fauteuil. Un brin de discussion ou le questionnaire

médical peuvent par exemple se dérouler autour du bureau du praticien (30).

Enfin, une fois au fauteuil, le praticien ne doit pas infantiliser ni faire preuve d'une autorité excessive. Il doit dispenser une écoute active, tout en encourageant et félicitant son patient (30).

En outre, l'humour est un talent appréciable pour créer un climat agréable et détendre les patients, s'il est bien maîtrisé !

3.2.2.1) Savoir poser des questions

L'interrogatoire pratiqué au cabinet dentaire permet au chirurgien-dentiste de collecter les informations nécessaires pour établir son diagnostic. Pour des informations spécifiques on utilise des questions fermées où seules sont attendues des réponses par « oui » ou « non ». Si on souhaite en comprendre d'avantage, l'usage des questions ouvertes est requis. Ce deuxième type de questions permet d'améliorer la qualité de la conversation car le patient peut s'exprimer plus librement, se sent acteur de sa consultation et a plus le sentiment d'échange. Ces questions apportent un avantage si elles sont bien dirigées, supposant des réponses courtes et sous condition d'une écoute et attention appropriée. Ces questions doivent être posées dans un ordre particulier pour guider le praticien dans son examen, sans surcharger le patient (30, 32).

3.2.2.2) Savoir écouter, entendre

Savoir écouter et entendre le patient au tout début de la consultation, afin de récolter le maximum d'informations et par respect pour la personne. Lorsque le patient en a le besoin au cours du rendez-vous, et lors des questions ouvertes (32).

Le simple fait d'être à l'écoute, par le contact visuel et l'absence de signe distractif, aide le patient à se sentir en confiance. Cela peut être renforcé par le résumé de ce que le patient vous a exprimé, encourageant parfois à développer ce qui vient d'être dit (34).

Il ne faut pas être avare sur les conseils et informations et ne pas hésiter à expliquer la situation actuelle ou le plan de traitement par le biais de schémas ou radiographies.

La méthode du *Tell-Show-Do* (33) consiste en l'application d'une méthode de communication claire passant par la parole en expliquant la procédure, puis à sa démonstration et enfin au passage à l'acte. Il a été démontré, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, que l'acquisition de l'information de manière ordonnée par l'audition et la vision (sa démonstration physique) permet un meilleur traitement de celle-ci et rend celle-ci plus cohérente, et donc rassurante chez le patient anxieux face aux soins.

3.2.3 Conclusion

Afin d'optimiser au mieux le soin dentaire et la relation de confiance avec les patients, le praticien devra trouver un équilibre entre le savoir être (ses qualités humaines), le savoir (ses connaissances médicales), et le savoir-faire (ses compétences techniques).

3.3 Les moyens de relaxation

Il existe de nombreuses ressources pour palier à un état anxieux. Face à un patient motivé nous devons en tant que soignant pouvoir orienter ou conseiller les différentes alternatives au stress chronique qui handicape nos patients et conduit à l'évitement des soins.

3.3.1 Psychothérapies cognitivo comportementales

TCC = CBT Cognitive-Behaviour-Therapy

Ce sont des thérapies basées sur l'apprentissage d'un comportement qui est reconnu par le sujet. Elles permettent donc une restructuration cognitive associée à l'apprentissage d'un nouveau comportement.

Ces thérapies personnalisées se déroulent sur un standard de plusieurs séances sur un nombre de semaines données, avec une fréquence décroissante. Thérapies actives, elles s'exemptent de la prise de médicament et suivent l'évolution du patient tout au long de la thérapie sur le plan comportemental, cognitif, émotionnel et corporel.

Elles consistent en l'analyse des comportements problèmes et/ou croyances erronées (prenons l'exemple ici de la phobie des soins dentaires) et en la mise en place d'étapes au cours desquelles le patient doit se concentrer sur 3 facteurs pour changer ses habitudes afin de modifier ses comportements et ses pensées. Ces trois facteurs sont : la relaxation, l'exposition et l'affirmation de soi.

Cette technique a fait ses preuves à plusieurs reprises pour les troubles alimentaires, les troubles addictifs (alcool, tabac, jeu de hasard) comme récemment dans une étude de l'Inserm de 2004 ou encore les troubles post traumatiques.

Seulement récemment utilisée pour les phobies, elle permet cependant de faire prendre conscience au patient de ses troubles.

3.3.2 Le renforcement positif ou méthode motivationnelle

Il s'agit d'une méthode éducative pour motiver à créer, à maintenir et/ou à induire des comportements adaptés à une situation donnée.

Démontrée à l'origine par Pavlov sur les chiens et le conditionnement opérant renforçant un bon comportement par une récompense (35).

Un entretien motivationnel (EM ou Motivational Interviewing MI) a été démontré en premier sur la consommation d'alcool en 1983 et par la suite mis en place par Miller et Rollnick (Rollnick et al. 2009) (34) étant une « méthode directive centrée sur le patient dans le but d'augmenter sa motivation intrinsèque vers le changement en l'aidant à explorer et résoudre son ambivalence ».

3.3.3 Méthode de distraction

Méthode permettant de déplacer l'attention d'un objet à un autre pour éviter de se confronter à une situation anxiogène. Elle se divise en une distraction physique et/ou distraction mentale (35).

La distraction physique déplace l'attention vers le mouvement d'une partie du corps comme par exemple le patient doit soulever sa jambe, ou vers une autre sensation en massant une zone gingivale proche du lieu d'injection de l'anesthésie locale, ou vers des sons en proposant d'écoute de la musique, ou encore l'image avec l'utilisation de tablettes numériques.

L'usage de la musique comme moyen de distraction a montré lors d'études cliniques une diminution du stress préopératoire (38). Cependant l'écoute passive de musique n'a montré aucune amélioration de l'anxiété chez les enfants (36, 37, 39). L'usage de la musique est donc efficace pour la prise en charge de l'anxiété préopératoire s'il prend en compte les goûts musicaux du patient (38, 40).

La distraction mentale tire l'attention vers des exercices mentaux sur lesquels le patient doit se concentrer comme par exemple une récitation ou l'alphabet à l'envers. Très utilisée en pédodontie car simple à mettre en place, elles ne doivent cependant pas compromettre le soin (36, 37).

3.3.4 La relaxation musculaire

La relaxation du corps est systématiquement accompagnée par la relaxation de l'esprit. Plusieurs techniques sont utilisables en dentisterie face au sujet anxieux.

- *La relaxation musculaire progressive de Jacobson* qui consiste en la tension d'un groupe musculaire pendant 5 à 7 secondes suivie par une période de relaxation de 20 secondes. Elle nécessite un enseignement très court et peut facilement être reproduite chez soi.

- La relaxation *brève ou fonctionnelle* consiste en la stimulation positive du système nerveux autonome en effectuant des mouvements articulaires en expirant et en se concentrant sur leur effet sensitifs agréables.
- La *relaxation autogénique* est comme son nom l'indique une autosuggestion de relaxation physique et mentale. Ce self-control s'apprend et se pratique dans un endroit calme exempt de perturbation à l'exercice.
- La *relaxation d'Ost* consiste à recenser les sensations physiques de l'anxiété pour en avoir plus tard plus conscience.

(36)

3.3.5 Respiration contrôlée et yoga

La respiration par le diaphragme est une technique de relaxation par la respiration. En effet il réduit la tension dans l'abdomen et permet un apport augmenté en oxygène dans tout le reste de l'organisme (41).

Lorsqu'elle est correctement réalisée elle permet une relaxation musculaire simultanée.

- 1) S'asseoir de manière droite avec la tête dans le prolongement du corps
- 2) Poser une main sur le torse et une autre sur l'abdomen
- 3) Expirez jusqu'à avoir la sensation d'avoir vidé ses poumons
- 4) Inspirez en laissant l'air entrer en différentes étapes, les compter.
- 5) Expirez de la même manière en les comptants, sans relâcher la respiration.
- 6) Les expirations doivent être plus longue que les inspirations ;

Le yoga est une « discipline spirituelle et corporelle (...) qui vise à libérer l'esprit des contraintes du corps par la maîtrise de son mouvement, de son rythme et du souffle. » Larousse (1).

En effet la pratique du Yoga selon IFY (Institut français du Yoga) (42) porte l'attention sur le corps à travers le mouvement ou l'immobilité, pour atteindre un état de bien-être.

La mobilisation musculaire par le souffle permet des mouvements facilités et une meilleure conscience de ses capacités.

3.3.6 Acupuncture

L'acupuncture est une technique originaire de Chine, vieille de plus de 3000 ans qui, grâce à l'insertion d'aiguilles spéciales aux points d'acupuncture sur le corps, permet de soigner. Ces points spécifiques selon la médecine traditionnelle chinoise sont sur des lignes appelées méridiens formant un réseau où circule l'énergie vitale (43).

Applicable au cabinet pour des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire, cette technique a montré des résultats encourageant quant au traitement de l'anxiété face aux soins dentaires (44, 45).

Une étude comparative (47) a montré une réduction significative de l'anxiété 30 minutes avant une extraction dentaire en pratiquant l'acupuncture auriculaire; une autre étude randomisée (46) a aussi démontré un effet quasi similaire à l'utilisation de médication sur les troubles anxieux.

Son application, même si peu onéreuse, ne peut être exercée au cabinet sans une formation.

3.3.7 Hypnose

L'hypnose est un « état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion » Larousse (1) ; ou selon *The Executive Committee of the American Psychological Association - Division of Psychological Hypnosis (1994)* comme : « Une procédure au cours de laquelle un professionnel de santé suggère à un patient un changement de sensation, de perception, de pensées ou de comportement » (48).

Cet état hypnotique est cet état de conscience où on perçoit les choses différemment. Un phénomène mental qu'on a déjà tous expérimenté comme par exemple à la lecture d'un livre ou absorbé par une activité où la personne n'est plus réceptive à ce qui se passe autour d'elle, elle « décroche ».

Cette trans hypnotique d'hyper concentration est une focalisation canalisée sur un but. Selon Milton Hyland Erickson (1901-1980) l'inconscient est sensible aux suggestions afin de sortir hors de ses croyances limitantes par rapport à la focalisation interne de la conscience.

L'arrivée de l'imagerie médicale dans les années 1990 (IRM ou PET SCAN), l'étude de Pierre Rainville et le groupe de Catherine Bushnell de l'Université de Montréal, ont permis de démontrer un effet de l'hypnose sur l'activité cérébrale (48).

Il produit une relaxation immédiate du corps avec un changement du métabolisme et des constantes vitales comme un ralentissement de la respiration et du rythme cardiaque normalement accéléré en situation de stress.

- Hypnose *conversationnelle* pour des états d'anxiété légère, avec une communication permissive avec conservation du libre arbitre. Il utilise un langage hypnotique verbal et gestuel

- Hypnose *formelle* avec création de l'état de trans hypnotique

L'hypnothérapie est un complément de la pratique dentaire, alternative à des moyens pharmacologiques (48, 49). C'est un moyen non invasif, ne nécessitant pas de matériel et en gardant son patient conscient. En effet, le patient hypnotisé reste maître de la situation à tout moment et sans suggestion d'amnésie celui-ci se souviendra de son hypnose.

Il permet en pratique odontologique de surmonter un état phobique ou d'anxiété élevé, mais doit être pratiqué dans les limites de moralité et d'éthique, où le dentiste doit rester dans son champ de compétences. De plus elle reste contre-indiquée chez les patients ayant des troubles mentaux ou chez les enfants de moins de 3 ans (50).

Ainsi, selon *l'American Medical Association* «Aucun médecin ou

dentiste ne doit utiliser l'hypnose dans des buts qui ne soient pas en rapport avec sa spécialité et qui dépassent sa compétence ordinaire. A titre d'exemple, un dentiste expérimenté et qualifié pourrait employer l'hypnose pour l'hypno-analgésie ou pour soulager l'angoisse lié à certains travaux dentaires. En aucun cas, il ne conviendrait qu'il employât l'hypnose pour traiter les troubles névrotiques de son patient » (51).

Le travail d'hypnose s'acquiert au travers de formations mais surtout d'une longue pratique. A ce jour des formations sont possibles par le biais d'un Diplôme Universitaire d'hypnose médicale à l'hôpital universitaire de la pitié salpêtrière à Paris, ainsi qu'à la faculté de médecine de Bordeaux, de Toulouse ou de Montpellier ; ou par le biais de formations privées.

3.4 Les moyens modernes pour des soins sans stress

71% des patients anxieux le seraient à cause d'une mauvaise expérience passée (Locker, Shapiro, Liddle, 1996).

3.4.1 « La peur de la piqûre »

Nos confrères jusqu'au début du 21^{ème} siècle ne disposaient pas encore de nos techniques d'anesthésie. La prise en charge de la douleur est quelque chose qui nous est enseignée depuis peu.

L'anesthésie en pratique ambulatoire permet d'éradiquer la sensation douloureuse pendant le soin, par une section thérapeutique transitoire de la sensibilité (52, 53).

L'utilisation de vasoconstricteur dans le confinement de l'os spongieux force le passage du liquide anesthésique dans la circulation, entraînant une augmentation quasi instantanée et transitoire de la fréquence cardiaque chez la plupart des patients.

Le stress entraîné par l'acte dentaire provoque une intense sécrétion de catécholamines endogènes et cumulé aux vasoconstricteurs de l'anesthésique, ce pic d'adrénaline peut entraîner des variations de tension artérielle ou de fréquence cardiaque.

Schumacher et Velden affirment que les sujets anxieux sont moins capables de différencier et de supporter des niveaux de stimulation douloureuse les plus bas (53). Murray conclue que l'anxiété diminue directement le seuil de perception douloureuse (54).

Il sera donc conseillé chez le patient stressé d'envisager une prémédication sédatrice, notamment chez les patients à risque :

- Les patients présentant une hypertension artérielle sévère,
- Les patients asthmatiques,
- Les patients épileptiques sans crise depuis 1 an (dans le cas contraire indiqué en anesthésie générale),
- et chez les patients diabétiques non équilibrés chez qui le stress provoque une trop forte hypoglycémie.

Tout en accompagnement l'anesthésie par un dialogue rassurant, l'utilisation de la solution la moins concentrée à dose efficace avec vasoconstricteur limitant la toxicité tissulaire, une injection lente à température ambiante pour une moindre gêne, en testant l'aspiration pour éviter d'injecter en intravasculaire et une observation du patient prévenant tout signe d'alerte (55).

3.4.1.1 *L'anesthésie topique.*

Utilisable sous plusieurs formes pharmacologiques (gel, spray) et d'utilisation locale sur la gencive, elle permet grâce à l'action des agents anesthésiques (plus fréquemment de la benzocaïne à 20%) d'anesthésier les tissus gingivaux afin de ne pas sentir l'aiguille lors de l'injection d'anesthésie (52, 56, 57).

Pour certains soins, notamment les soins du parodonte, Oraqix™ est une anesthésie sans injection à proprement parlé. Elle permet

d'anesthésier par son système d'aiguille souple introduite dans le sulcus uniquement les tissus parodontaux (57).

3.4.1.2 *L'anesthésie intradiploïque : Exemple du système QuickSleeper®*

Cette anesthésie se présente sous la forme économique d'un stylo comme pièce à main, très maniable. Il s'accompagne d'une double pédale permettant la commande au pied ainsi qu'un guide visuel lumineux et sonore émis par le boîtier pour un bon déroulement de l'injection (58).

L'anesthésie intradiploïque s'effectue directement au contact de la zone à anesthésier, avec l'anesthésie de la gencive attachée ou muqueuse libre et du périoste, puis la perforation de la corticale pour l'injection dans le site concerné. Elle permet une anesthésie immédiate (maximum 2 minutes) de la dent ou des dents concernées (jusqu'à 6 dents groupées) avec une durée d'efficacité qui peut aller de 30 à 50 minutes, variant selon l'existence ou non de vasoconstricteurs et la quantité utilisée.

Elle anesthésie la dent ou les dents concernées sans affecter les tissus environnants, bannissant donc les anesthésies dites de rappel. On constate l'absence du signe de Vincent dans la majorité des cas.

Cette technique est majoritairement rapportée comme non douloureuse lorsqu'elle est réalisée en respectant le protocole.

Sa mise en place peut prendre du temps mais elle a un taux d'efficacité à 96% par rapport à l'anesthésie dite tronculaire qui s'avère complexe en cas de variation anatomique ou/et difficulté de réalisation, ainsi que l'anesthésie palatine qui est toujours douloureuse.

Les 4% inefficaces sont dans les cas où la corticale est trop épaisse ou dure.

Ses inconvénients proviennent du bruit pouvant générer du stress ou des vibrations lors de la perforation, même si elles sont amoindries par rapport à un contre-angle classique car la pièce à main tourne à 11000

tours/min au lieu de 20000 tours/mn et exempt d'échauffement des tissus.

L'anesthésie intradiploïque n'est pas la solution clef à toutes les situations et exige du praticien un choix clinique adapté à son patient et à la situation.

Elle reste cependant une technique de choix chez le patient stressé en situation d'urgence douloureuse remplaçant par exemple l'anesthésie tronculaire incertaine pour les molaires mandibulaires inférieures.

3.4.2 « La peur de la roulette »

Une fois la zone à traiter anesthésiée, la douleur est éradiquée. Cependant, les sensations de vibration et de pression ne sont pas abolies.

Ainsi, l'utilisation de nos rotatifs entraînent chez certains patients le retour d'un souvenir désagréable, un sentiment de tension, la peur du dérapage et donc de la blessure. Cette agression est d'autant plus présente qu'elle s'accompagne d'un bruit sans équivalent.

En effet, nous utilisons des instruments produisant de très hautes fréquences comme la turbine ou le détartreur ultrasonore. La turbine produit des hautes fréquences pouvant atteindre jusqu'à 16 000 Hz.

Afin d'en diminuer l'impact, nous pouvons intervenir dans le choix et dans l'entretien du matériel utilisé.

Il semblerait que les *turbines* à air permettent une diminution du niveau sonore de 10dB par rapport à celles à roulement à bille (70dB contre 85dB) (59, 60).

De même, les progrès techniques font maintenant que les *contre-angles* dits bague rouge peuvent atteindre les mêmes hautes vitesses de rotations avec un gain de 70 dB.

Les instruments endommagés, non entretenus (lubrification insuffisante) ou anciens sont sources de plus de nuisance. Un graissage

quotidien et une maintenance régulière retardent le vieillissement de ceux-ci (60).

Il est également possible d'entourer le *compresseur* et le *détartreur à ultra-sons* par exemple d'un caisson d'insonorisation, pouvant réduire jusqu'à 18dB.

Il est impératif lors de l'achat ou à la création du cabinet de mettre en place une isolation phonique et acoustique de la salle de soin (plafond, double vitrage...) (61).

3.5 Moyens de prise en charge pharmacologiques

3.5.1 Médication à but anxiolytique

Au cabinet dentaire, face à des patients stressés et pour lesquels toutes autres méthodes ne sont pas efficaces, on utilise la sédation ambulatoire. Celle-ci permet un confort psychique et physique pour le patient et pour le praticien, permettant d'effectuer des soins dans de meilleures conditions pré, per, et post soin.

Les moyens pharmacologiques que nous avons à disposition permettent une sédation consciente du patient par voie orale, par inhalation ou par voie intraveineuse.

En effet, le patient conservera ses capacités de communication, le médicament agissant uniquement en tant que dépresseur du système nerveux central.

3.5.1.1 *Par voie orale*

La prescription pharmacologique de médicaments anxiolytique en ambulatoire ne dispose pas de recommandations à proprement parlé, mais sont à la responsabilité du praticien qui les prescrit.

Ainsi les molécules sédatives doivent être prescrites à dose efficace la plus faible sans jamais dépasser la dose maximale, et pour une durée la

plus courte possible. La prescription s'accompagne de conseils et d'explications, notamment sur la prise d'alcool qui potentialise l'effet sédatif (62).

Les patients doivent être accompagnés et ne doivent pas conduire sous l'effet des sédatifs.

Chez les enfants, la prescription s'accompagne par l'accord des parents, et s'adapte au poids et aux capacités d'ingestion du médicament (63).

3.5.1.1.1) Les benzodiazépines

Ces psychotropes agissent en tant qu'agonistes des récepteurs GABA, principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central, entraînant un frein du cerveau. Ils sont à utiliser pour une courte durée pour ne pas entraîner une dépendance au médicament.

Ces molécules possèdent des propriétés sédatives, anxiolytiques, hypnotiques, et dépresseurs du système respiratoire.

Leur usage est contre-indiqué en cas d'allergie connue à des composants, en cas d'insuffisance respiratoire sévère ou de Syndrome d'apnée du sommeil, et dans les cas de myasthénies.

Plusieurs substances sont utilisées en pratique dentaire :

- Le diazépam (Valium 5mg) : 1 à 2 comprimés la veille et 1 à 2 comprimés 1h avant le soin.
C'est le médicament le plus prescrit malgré une demi-vie assez longue (pouvant atteindre 150 heures).

Chez l'enfant, la posologie doit être adaptée au poids : 0,2mg/kg 1h avant l'intervention constitue la dose poids efficace, effectif en 45 minutes.

Avec une demi-vie plus courte, seulement prescrit chez l'adulte :

- Le lorazépam (Temesta 1mg): 2 comprimés la veille au soir et 2 comprimés 1h avant le soin ;
- L'oxazépam (Séresta 10 mg) 1 à 2 comprimés la veille au soir et 1 à 2 comprimés 1 heure avant le soin ;
- et l'Alprazolam (Xanax 0,25 mg) 1 à 2 comprimés la veille et 2h avant le rendez-vous.

Chez les patients insuffisants hépatique ou rénal, comme pour les personnes âgées, il est recommandé de réduire leur posologie de moitié. Chez la femme enceinte ou allaitante il est vivement conseillé de ne pas en prescrire (62, 64).

3.5.1.1.2) Les antihistaminiques H1

La molécule de cette famille ayant des propriétés sédatives est l'hydroxyzine. Son avantage par rapport aux benzodiazépines est sa demi-vie d'élimination courte (maximum à 4h).

L'Atarax 25mg se prend une prise de 2 comprimés la veille et 2h avant le soin chez l'adulte.

Chez l'enfant, la posologie est à adapter au poids : 1mg/kg/J, à prendre une heure avant le rendez-vous.

Elle est indiquée dans les cas mineurs d'anxiété. Et peut être utilisée en complément de la sédation par inhalation pour augmenter le niveau de sédation global.

Elle est en revanche contre-indiquée dans les cas d'allergie connue à ses composants, chez la femme enceinte et allaitant. Elle peut entraîner, dû à son effet anticholinergique, un glaucome ou une rétention urinaire (62, 64).

3.5.1.2 Autres formes galéniques.

Ces anxiolytiques peuvent être administrés sous différentes formes.

- Par voie veineuse en sublinguale
- En pédiatrie, les suppositoires peuvent être utilisés en urgence. Exemple du Valium qui sera diffusé en moins de 30 minutes.

3.5.1.3 Par inhalation

Cette sédation consciente fait appel au Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote : le MEOPA. L'effet analgésique du protoxyde d'azote au-delà d'une concentration de 25% permet cette analgésie relative (65).

Son efficacité est moindre chez les jeunes enfants de moins de 4 ans, les enfants et/ou les adolescents pusillanimes, mais aussi chez les adultes handicapés ou non sujets à un stress important.

Son utilisation est soumise à recommandations et est extrêmement contrôlée.

En effet, le praticien doit suivre une formation spécifique reconnue, avoir une formation aux gestes d'urgence récente de moins de cinq ans, avoir du personnel médical ou paramédical spécifiquement formé et disposer de locaux correspondant aux normes en vigueur(66).

3.5.2 L'anesthésie générale

Selon BATAILLE (1964): "C'est la suppression graduelle, réglable, réversible, de la conscience, de la sensibilité et de la motricité".

L'anesthésie générale consiste en la privation complète de la conscience (narcose), de la motricité (relaxation musculaire), des réflexes de défense et une diminution de la sensibilité (l'analgésie), tout en maintenant les fonctions vitales. Cette dépression temporaire du système nerveux central s'effectue grâce aux agents anesthésiques injectés par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié au sein d'un bloc opératoire soumis aux règles strictes d'asepsie.

Dans la mesure du possible l'anesthésie locale doit être privilégiée. Le rapport bénéfice-risque de l'anesthésie générale (AG) doit être évalué avant d'en poser l'indication. Depuis l'enquête INSERM de 1980 relevant une morbidité directement causée par l'anesthésie de 1/12000, il n'y a pas eu en France d'étude fiable. Cependant la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation a recensé une diminution de 1/140000 grâce à l'amélioration de la prise en charge.

L'article L.1111-4 du code de la santé publique impose au chirurgien-dentiste ainsi qu'au médecin anesthésiste l'obligation d'informer le patient (ou le représentant légal) sur la procédure et ses risques, et d'obtenir son consentement éclairé.

3.5.2.1 *Indications*

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé, voici les indications de l'anesthésie générale (AG) applicable au cas du patient anxieux.

Celles-ci sont définies par un accord professionnel fort, et non pas sur une analyse de la littérature démontrant un niveau de preuve scientifique suffisant (67).

Liées à l'état général du patient

- Conditions comportementales empêchant toute évaluation et/ou traitement buccodentaire à l'état vigil après échec de tentatives de soins au fauteuil.
- Nécessité de mise en état buccal lourde et pressante avant thérapeutiques médico-chirurgicales spécifiques urgentes, par exemple : carcinologie, Hématologie, cardiologie, greffe d'organe...
- Limitation de l'ouverture buccale interdisant un examen et/ou un traitement immédiat.
- Réflexes nauséux prononcés.

3.5.2.1.1) *Liées à l'intervention*

L'objet du stress pouvant être tout ce qui entoure l'acte de soin, comme la vision du matériel, l'AG permet ainsi de réaliser des soins complexes sans en inquiéter le patient.

La procédure s'effectuant en une séance il sera possible de regrouper tout en cette même séance.

Et dans les cas d'urgence (par exemple : geste associé de drainage et/ou débridement, extraction dans le cadre d'une ostéoradionécrose ...), où

la gestion du stress en ambulatoire n'est pas possible à mettre en place rapidement.

3.5.2.1.2) Liées à l'anesthésie locale

En plus du cas d'allergie avérée dans la population générale, chez le patient soumis à un stress important l'AG peut permettre de pouvoir anesthésier le patient complètement sans engendrer un pic endogène de catécholamines.

3.5.2.2 Contre-indications

L'anesthésie générale est contre-indiquée chez les patients présentant un risque majeur lors de leur anesthésie ou en cas de refus de cette méthode par le patient lui-même et/ou son représentant légal.

Il est impératif de faire une évaluation du rapport bénéfice risque.

L'American Society of Anesthesiologist (A, S, A) a mis en place une classification (ou Physicalstatus score) permettant d'évaluer que le risque est inférieur au bénéfice de l'acte (67).

Il classe les patients selon 6 grades d'état de santé :

- **ASA 1** : Patient sain, en bonne santé sans atteinte organique, physiologique, biochimique ou psychique.
- **ASA 2** : Maladie systémique légère, patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction, par exemple : légère hypertension, anémie, bronchite chronique légère.
- **ASA 3** : Maladie systémique sévère ou invalidante, patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité, par exemple : angine de poitrine modérée, diabète, hypertension grave, décompensation cardiaque débutante.

- **ASA 4** : Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante, et qui met en jeu le pronostic vital, par exemple : angine de poitrine au repos, insuffisance systémique prononcée (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque).
- **ASA 5** : Patient moribond dont l'espérance de vie ne dépasse pas 24 heures, sans intervention chirurgicale.
- **ASA 6** : Patient en état de mort cérébrale, candidat potentiel au don d'organes (selon critères spécifiques).

Chapitre 2 : L'anxiété de l'équipe de soin au cabinet dentaire

1 Les causes de l'anxiété

1.1 Introduction

L'équipe type que nous développerons dans cette thèse consiste en :

- Le personnel soignant : le dentiste titulaire et son (ses) collaborateur(s)
- La/les assistante(s) du dentiste
- La/les secrétaire(s) au cabinet

D'autres personnes sont employées indirectement comme le personnel pour le ménage, ou encore les personnes pour l'entretien du matériel, le / les laboratoire/s de prothèses en partenariat.

Dans cette thèse nous évoquerons le travail de l'assistante, de l'aide dentaire, et de la secrétaire au féminin (68, 69).

1.2 Le chirurgien-dentiste

Chaque praticien devant faire preuve d'éthique, d'efficacité et de rentabilité, une étude a montré que sur un échantillon de dentiste interrogée, plus de la moitié se déclarent anxieux (70).

1.2.1 Le chirurgien-dentiste soignant

1.2.1.1 *Le devoir de formation continue.*

A l'obtention de son diplôme d'état de Docteur en Chirurgie dentaire, le professionnel de santé est en possession de connaissances acquises lors de sa formation initiale d'une durée de six ans (74). Au fur et à mesure des années de pratique, il va développer ses qualités et méthodes techniques, mais aussi humaines. Il apprendra de lui-même à manager et gérer (71).

Il a le devoir de suivre les protocoles établis pour soigner «*selon les données acquises de la science* » et de se former tout au long de sa carrière pour suivre son temps et se développer. Selon l'article R4127-214 « *Le chirurgien-dentiste a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances, notamment en participant à des actions de formation continue* » (73). Rendu obligatoire depuis le 1^{er} Janvier 2013, chaque praticien doit suivre au minimum un programme de Développement Professionnel Continu par an, sous couvert d'indemnisation pour la période choisie (72). C'est au praticien de faire une pause dans son agenda de soin pour aller se former. Le Conseil Départemental de l'Ordre veille au bon respect de cette obligation et peut mettre en place une aide à la planification d'une DPC avec les professionnels de santé (72).

1.2.1.2 *Méticulosité, précision et exigence des patients.*

Cette formation initiale et continue est de mise quand il s'agit d'effectuer chaque jour et sur quasi la totalité des patients un geste invasif qualifié de chirurgical (77). En effet, l'exercice de l'art dentaire s'effectue en majorité sur une surface inférieure à un centimètre carré. La nécessité de dextérité à l'usage des instruments et la précision du geste à chaque instant demande une concentration quasi constante.

A cette attention permanente s'ajoutent les bruits, le confinement durant toute la durée du temps de travail, la fatigue visuelle, et une posture statique entraînant une fatigue nerveuse et physique.

Tout en étant chirurgien, le praticien a un rôle social à jouer qui peut être facteur de stress. En effet, la communication avec certains patients n'est pas toujours facile, la crainte d'un litige est toujours à évoquer et surtout persiste souvent la frustration à ne pas savoir faire reconnaître la qualité des soins fournis.

Cela s'accompagne de la demande toujours croissante des patients envers leurs praticiens, avec une mentalité changeant vers de la consommation de soin où le patient devient client d'un service qu'il est libre de comparer. Il est difficile de parler de compétition entre les soignants, puisque étant donné la liberté de choix, chaque patient

s'oriente vers le praticien qu'il souhaite. Les critères de choix des patients n'ont pas été définis en France mais il a été démontré récemment que plus d'un Français sur trois choisit son dentiste sur des recommandations de son réseau interpersonnel (amis, famille, proches). Le critère de choix majoritaire à 82% étant la confiance accordée au professionnel, jugé compétent à 74% (75, 76).

1.2.2 Le chirurgien-dentiste gérant

Charge de travail, temps, poids administratif... Le chirurgien-dentiste, en plus d'être soignant, doit gérer tout ce qui encadre sa profession. En effet, il est son propre employeur donc c'est à lui d'entreprendre ce qu'il juge bon pour le bon fonctionnement de son cabinet médical, concernant :

- le matériel : les locaux, le matériel, le stock.
- l'administratif : taxes, salaires, gestion financière
- le temps et les soins
- l'image du cabinet et la communication.

Le cabinet constitue alors une réelle entreprise, venant du mot « entreprendre » signifiant littéralement prendre en mains. S'ajoute à cela la pression économique, dès le début de l'exercice (71).

Cette source de stress vient particulièrement du fait que jeune praticien est très peu préparé à ces tâches.

1.2.3 Le chirurgien-dentiste manager

Le praticien faisant le choix d'exercer sa profession en exercice libéral peut, selon son choix de mode d'exercice, être amené à devenir un employeur (68).

Seul ou à plusieurs, il engagera très probablement une assistante (69) et une secrétaire. Son organisation nécessite des compétences managériales afin d'optimiser l'efficacité de son personnel.

C'est à lui de recruter et de motiver son équipe pour favoriser la qualité clinique de son travail (71).

Les jeunes dentistes sont souvent stressés face au premier recrutement

car une erreur de casting peut vite se transformer en cauchemar.

1.3 Les assistantes dentaires

1.3.1 Généralités

Selon une étude de 2010, environ 60% des chirurgiens-dentistes emploient du personnel (78). Il peut s'agir d'assistante dentaire, d'aide dentaire ou de secrétaire. Elles s'occupent à peu près des mêmes tâches, même si l'assistante est la seule habilitée à travailler au fauteuil. Nous engloberons donc dans cet exposé les employés d'un cabinet dentaire sous le terme d'assistante dentaire.

Il apparaît que 49% des praticiens exerçant seuls n'engage pas de personnel. En revanche, ce pourcentage chute à 16% lorsqu'il s'agit d'un travail en cabinet de groupe (78). En effet, embaucher du personnel représente un coût et une responsabilité que certains préfèrent éviter. Pourtant, l'assistante dentaire permet de valoriser le temps de travail du chirurgien-dentiste en le déchargeant de certaines tâches administratives, techniques et organisationnelles. C'est une collaboratrice précieuse dans l'aménagement du travail au quotidien.

1.3.2 Facteurs de stress

1.3.2.1 *Turn-over des assistantes*

Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a mis en évidence un mouvement du personnel important au sein des cabinets dentaires : le turn-over est d'environ 30% et semble stable au fil des années. La durée moyenne du premier contrat est de sept ans.

Il informe que 80% des départs sont dus à des démissions et 10% à des licenciements. Ce pourcentage de démission démontre la difficulté du métier d'assistante qui doit gérer à la fois les patients, le praticien et l'organisation du cabinet. Cette faible longévité auprès d'un même chirurgien-dentiste peut être source de stress pour les assistantes

dentaires, surtout que dans certaines régions, il y a une vraie difficulté de recrutement (78).

1.3.2.2 *Le cabinet dentaire*

Comme nous l'avons expliqué précédemment, le cabinet est un haut lieu de stress pour le praticien, le patient mais aussi pour les employés. Lorsque l'activité s'intensifie, devient plus dense, l'assistante peut être tiraillée entre répondre aux exigences du patient ou celles du dentiste : elle doit jouer sur plusieurs fronts.

1.3.2.3 *Le rôle du chirurgien-dentiste*

Nous avons évoqué précédemment un turn-over des employés particulièrement important au sein d'un cabinet dentaire. L'assistante sera certainement amenée au cours de sa carrière à seconder différents praticiens. Le fait de devoir s'adapter à nouveau, d'anticiper les réactions du chirurgien-dentiste peuvent être une grande source de stress. En effet, le praticien au cours de sa journée de travail subit beaucoup de pression et peut ne pas se montrer patient et compréhensif si le rythme ne suit pas.

1.3.2.4 *L'agenda*

La gestion de l'agenda est importante pour le bon fonctionnement du cabinet mais peut devenir source de stress lorsqu'il faut jongler avec plusieurs critères :

- Evaluer la durée des rendez-vous.
- Equilibrer les journées avec un quota de plages horaires destinées à la prothèse.
- S'adapter aux délais de livraison des prothésistes.

- Gérer et synchroniser les agendas lorsqu'il en existe plusieurs : par téléphone et ceux par internet.
- Intercaler les urgences.

C'est pourquoi pour faciliter le travail de l'assistante, le praticien peut noter dans les observations du dossier du patient l'acte ou la séquence d'actes à réaliser avec pour chacun une durée. Cela lui permettra également de préparer le matériel adéquat en début de séance.

1.3.2.5 *Les patients*

4.3.2.5.1) *Contact direct*

Le premier contact entre un patient et le cabinet dentaire se fait souvent par le biais de l'assistante, que ce soit par téléphone ou en face à face. Elle échange alors avec un être humain qui peut être angoissé, souffrant voire agressif et doit faire preuve de courtoisie, de pragmatisme et de compréhension pour gérer au mieux la situation. Cette relation patient-assistante est d'ailleurs un module à part entière dans leur formation théorique. C'est au praticien, ensuite, au quotidien, de lui donner des conseils pour rassurer, calmer ou tempérer les patients.

4.3.2.5.2) *Au téléphone*

L'accueil téléphonique doit être agréable et concis. Une écoute active permet de situer le patient, d'évaluer le besoin ou non d'un rendez-vous rapidement. Pour ne pas gaspiller du temps, une procédure peut être mise en place par le biais d'un protocole avec des formules types. Les dossiers des patients et l'agenda doivent être accessibles. Selon le choix du protocole, elle peut par exemple demander si c'est un patient du cabinet, s'il a mal, s'il est « gonflé » ou si la douleur est insomnante. Ce sera ainsi plus aisé pour dégager le motif de l'appel, le triage et donc la prise de rendez-vous.

4.3.2.5.3) Les urgences

Comme les urgences selon les patients et les urgences selon le praticien ne sont pas toujours les mêmes, l'assistante doit essayer de déceler les situations vraiment urgentes afin de donner un rendez-vous dans la journée. Il faut donc grâce au protocole mis en place, poser les bonnes questions, rassurer le patient nerveux. Si à la fin de l'interrogatoire préliminaire, l'assistante ne décèle pas d'urgence, elle peut proposer un rendez-vous ultérieurement, tout en lui indiquant que si ce délai est trop long, il peut rappeler en cas de problème.

4.3.2.5.4) Les patients agressifs

Dans un cabinet dentaire, les situations dans lesquelles un patient peut devenir agressif sont multiples : la douleur, l'attente, les refus des autres cabinets, le règlement des honoraires. Il peut décharger son trop plein d'émotion sur les assistantes qui sont dans leur ligne de mire. De plus, les patients sont souvent moins respectueux envers elles qu'envers le praticien.

Elles doivent essayer de les tempérer, de les modérer, de leur proposer des solutions tout en restant fermes. En cas de situations conflictuelles voire dangereuses, faire venir le praticien peut s'avérer suffisant. Appeler la police est un dernier recours mais s'avère parfois nécessaire.

2 Les conséquences du stress sur les professionnels de santé

2.1 Les maladies professionnelles.

2.1.1 Les troubles physiques.

Les chirurgiens-dentistes manifestent souvent des troubles physiques liés à leur position de travail, pas toujours évidents à adopter de manière ergonomique, ainsi qu'à la répétitivité de leurs gestes. Or, il s'est avéré que le stress quotidien est un facteur de risque de ces maux :

il peut jouer le rôle de déclencheur, d'entreteneur ou d'aggravateur (79, 80).

2.1.2 Mécanismes et manifestations

Le stress entraîne une réponse de l'organisme par le biais de quatre systèmes : le système nerveux central, le système nerveux périphérique, le système endocrinien et le système immunitaire.

C'est ainsi que le praticien est susceptible d'avoir des troubles du sommeil, musculaires, digestifs ou encore inflammatoires (81).

Voici une liste non exhaustive de possibles effets physiologiques d'un état anxieux.

2.1.2.1 *Les troubles musculo-squelettiques.*

C'est un terme général qui englobe de multiples pathologies telles que les tendinites, les myalgies ou encore les épicondylites (81). C'est dans cette catégorie qu'entrent les lombalgies, la première cause de douleur chez le chirurgien-dentiste : elles sont la symptomatologie la plus importante du stress chronique. Il incite le praticien à avoir une cadence plus rythmée, des gestes plus rapides, à se tenir dans une position d'inconfort, provoquant des tensions et pressions physiques sur le système musculo-squelettique (81). S'en suivent les douleurs au cou, accompagné fréquemment par les mains et les poignets.

Les systèmes nerveux et immunitaires jouent un rôle dans ces douleurs. En effet, ils induisent un trouble du tonus musculaire qui provoque des spasmes, des contractures et abaissent le seuil de la douleur. Ils diminuent la microcirculation sanguine dans les muscles et tendons, ce qui augmente la fatigue musculaire. De plus, les phénomènes inflammatoires sont plus fréquents à cause de la diminution de la réponse immunitaire (82, 83, 84).

2.1.2.2 *Les céphalées, vertiges.*

2.1.2.3 *Les troubles digestifs et alimentaires.*

Le stress peut provoquer des diarrhées, maux de ventre, constipations ainsi que des nausées et vomissements. La prise ou la perte de poids rapide peut aussi en être une conséquence (85).

L'indice de masse corporel chez les dentistes a été mesuré bon par rapport à la population générale avec seulement 2% de la population en obésité morbide chez les dentistes hollandais (Gorter et coll., 2000) ou 7,4% obèse chez les dentistes en Angleterre (Myers et Myers, 2004) (85).

2.1.2.4 *Les troubles du sommeil*

Il est fréquent de souffrir d'insomnie ou à l'inverse, d'hypersomnie.

2.1.2.5 *Pathologies virales, bactériennes ou mycosiques*

Le stress entraîne une baisse de la réponse immunitaire, le chirurgien-dentiste est alors davantage sujet à souffrir de rhume, gastro-entérites, syndromes grippaux ou mycoses.

2.1.2.6 *Atteintes cutanées*

Des manifestations cutanées telles que le psoriasis, l'eczéma ou l'acné peuvent subvenir en raison d'une angoisse forte.

2.1.2.7 *Troubles cardio-vasculaires.*

Il n'est pas rare d'observer une augmentation de la fréquence cardiaque au repos (86).

2.1.3 Les troubles psychiques

La réaction face aux difficultés est propre à chacun, c'est le « coping ». Face à cette profession stressante, reconnue comme telle par 83% des professionnels, certains en tireront des points positifs comme la possibilité relative de choisir ses horaires, la relation avec les patients tandis que d'autres avec un profil psychologique différent subiront leur stress et tension, un épuisement émotionnel, voire une dépersonnalisation, et une dépression pour certains (87, 88).

Le profil d'un professionnel de santé à risque se décrirait avec les critères suivants :

- les études sont contradictoires quant à l'influence du sexe.
- l'âge a un impact prouvé. Chez les jeunes diplômés, une grande susceptibilité au burn out et plutôt à l'isolement et une tendance à la dépression chez les praticiens plus âgés (90).
- la personnalité obsessionnelle, perfectionniste à tendance narcissique.
- un temps de travail chargé par rapport aux temps de repos
- un fort risque chez les personnes célibataires ou divorcés ou en situation maritale compliquée.
- Le domaine de compétence (spécialité odontologique) n'a pas montré d'impact significatif (89).
- Le travail isolé sans partage avec des collègues et un manque de confiance en soi (90, 91).

2.1.3.1 *Trouble anxieux*

Il s'agit du passage à l'état chronique de cet état d'anxiété que tout le monde peut ressentir, comme par exemple avant une présentation orale. Cette peur irraisonnée peut survenir à tout instant et s'accompagne de signes physiques tels que l'accélération du rythme cardiaque, nausées, sudation, vertiges, tremblements, maux de tête, dysphagie...

Si cette anxiété chronique n'est pas prise en charge elle peut s'accroître, s'aggraver jusqu'à l'état dépressif (88).

2.1.3.2 *La dysthymie*

La dysthymie se définit par un trouble important de l'humeur chronique, datant de plus de deux ans, considéré par la majorité des auteurs comme une dépression à minima (92, 93).

La personne atteinte de dysthymie, dans notre cas suite à un épuisement professionnel, compromettra à terme ses relations interpersonnelles et entraînera une aggravation de son état psychologique général vers la dépression.

2.1.3.3 *La dépression*

C'est une maladie qui impacte toute une personne, de ses pensées au bon fonctionnement de son corps, jusqu'aux proches du malade.

L'origine n'est pas clairement définie mais est souvent une combinaison de la génétique, du mental de la personne et des facteurs environnementaux (94). En effet, on peut différencier deux types de dépression :

- la dépression exogène ou réactionnelle face à un élément de survenue extérieur.
- la dépression primaire, endogène, unipolaire.

Un état dépressif est déclaré par diagnostic médical et après la survenue d'au moins cinq symptômes (cités plus bas), apparus la plupart des jours sur une période allant jusqu'à deux semaines (88).

Symptômes (selon National Institute of Mental Health):

- sentiment de tristesse la majorité du temps
- perte de goût pour des centres d'intérêts, des envies
- importante perte ou prise de poids, changement de comportement alimentaire
- difficulté à s'endormir ou insomnie ou dormir de trop
- agitation ou stagnation
- perte d'énergie et fatigue chronique
- difficulté à se concentrer, à prendre des décisions, penser au suicide
- se sentir piégé
- ne pas trouver de solution pour s'en sortir
- perdre le contrôle

2.2 Le burnout : syndrome d'épuisement professionnel

2.2.1 Introduction

Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout est une notion qui a vu le jour dans les années 60. C'est Graham Greene, qui l'évoque en publiant son roman en 1960, intitulé : *A burnout case*. Il y dépeint les déboires d'un architecte désillusionné et amer, décidé à trouver le repos dans les terres reculées d'Afrique. Ce terme d'abord utilisé en littérature, s'étendra ensuite sur le domaine médical (95).

Dans les années 70, le psychanalyste allemand Herbert Freudenberger emploie le terme burnout dans un contexte professionnel. En effet, alors qu'il travaillait comme psychiatre dans une clinique occupant de toxicomanes à New York, il observa au bout d'un an un changement radical du comportement des bénévoles. Alors qu'au début de leur mission, ils montraient de l'enthousiasme, de l'entrain, de la bonne volonté, certains symptômes psychiques et physiques ont émergés. Les bénévoles se plaignaient de fatigue, maux de tête, étaient devenus irritables et cyniques, empois à une désillusion sans leur travail. Ils cherchaient même à éviter le contact avec les patients toxicomanes.

C'est cet ensemble de symptômes qu'il nomma burnout, qui signifie une brûlure interne, une consommation de l'intérieur (85, 95, 96).

En 1977, la psychologue Christina Maslach s'intéresse à ce nouveau sujet et constate que le burnout se développe surtout chez les personnes qui travaillent dans le milieu social et qui n'arrivent pas à faire face au stress émotionnel qu'elles rencontrent (85).

2.2.2 Définitions

Le burnout est une réalité qui ne cesse de s'étendre dans la société actuelle. Cependant, ses limites sont imprécises et il n'existe pas aujourd'hui de consensus pour définir ce phénomène. Il ne figure d'ailleurs dans aucune classification actuelle des troubles mentaux (97). La définition la plus usitée reste tout de fois celle de Maslach qui en 1981 énonçait : « Le burnout est un état d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de diminution des performances, susceptible d'apparaître chez des individus qui travaillent avec d'autres individus » (95, 98).

L'organisation mondiale de la santé évoque : « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ».

La difficulté à trouver une définition unanime réside peut-être dans le fait que le burnout a une double entité. En effet, le syndrome d'épuisement professionnel est considéré par certains comme un processus et par d'autres comme un état.

Le concept du processus est montré comme un déséquilibre entre les efforts fournis par un travailleur, ses attentes et la réalité s'avérant décevante qui devient une source de frustration et de désillusion. Il y a une inadéquation entre la personnalité de la personne et les conditions de travail : c'est un défaut d'adaptation. Cela provoque une fatigue extrême et un stress chronique (85).

En revanche, l'idée du burnout comme état met en exergue les symptômes ressentis par la personne en détresse.

Cependant, les deux théories se rejoignent sur le fait que le stress sur le long terme est la cause principale de l'épuisement professionnel et que celui-ci se développe progressivement.

2.2.3 Caractéristiques

Selon Maslach et Jackson, le syndrome d'épuisement professionnel comporte trois notions centrales : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel. Leurs travaux ont été validés par de nombreux scientifiques (95).

Il a été admis par de nombreux auteurs que le burnout résulte d'une réaction en chaîne de ces facettes, dont la cause le point de départ chez le chirurgien-dentiste est l'épuisement émotionnel (85).

2.2.3.1 *L'épuisement émotionnel*

Lorsque se produit un déséquilibre entre les émotions positives et les négatives, l'épuisement émotionnel s'installe. Le professionnel de santé a la sensation d'être vidé, de ne plus ressentir d'émotions (85).

Le burnout est surtout induit par un stress soutenu ou un stress répété sur une longue période, qui provoque un épuisement intense.

Selon Michel Delbrouck, le soignant fait preuve de compassion, qui signifie « souffrir avec » en latin. Il prend en lui les affects de ses patients, tout en gardant pour lui ses propres émotions. Il doit en plus faire face à d'autres facteurs de stress tels que les urgences, les horaires ou la charge administrative (99). C'est cette accumulation de tensions qui provoque une fatigue nerveuse et physique intense. Le sommeil ne devient plus réparateur. Le praticien est désabusé et commence à être d'humeur labile ; il n'a plus de ressource émotionnelle.

2.2.3.2 *La dépersonnalisation.*

La dépersonnalisation de la relation à l'autre est une façon pour le soignant de se protéger. Afin de ne plus être affecté par les émotions de

ses patients, il va commencer à se détacher d'eux, à ne plus les considérer comme des êtres humains mais comme des cas, des pathologies à soigner. Son comportement va se modifier, il va devenir froid, insensible, cassant voire cynique. C'est une sorte de barrière émotionnelle, de carapace que le soignant façonne pour se préserver (85).

En revanche, cette notion empêche l'accomplissement personnel car elle met un voile sur une facette essentielle des métiers de soins : l'écoute.

2.2.3.3 *La diminution de l'accomplissement personnel.*

Le soignant a la sensation de perte de performance, il manque d'estime et d'objectivité par rapport à ses compétences. Il y a une dépréciation de son travail, il ne croit plus en ses capacités et remet en cause son métier (98).

2.2.4 Manifestations

2.2.4.1 *Comportementales*

On retrouve chez une personne atteinte d'un burnout un changement de son comportement. La fatigue émotionnelle la rend irritable, angoissée, impatiente et impulsive. Il y a une réelle difficulté à faire face au moindre aléa qui provoque alors des sentiments de défaite et de frustration (92, 95).

L'attitude face aux patients change également. La compassion, l'écoute et la tolérance laissent place au dédain, au cynisme et à la méfiance.

Il a été observé que des conduites addictives telles que la consommation de drogues, d'alcool ou de tabac étaient adoptées par les personnes en burnout pour tenter de réduire leur angoisse. Il n'est pas rare de les voir s'auto-médiquer avec des psychostimulants (caféine, amphétamines) pour essayer de retrouver leur entrain et leur performance (97).

2.2.4.2 *Physiques*

L'épuisement provoque une fatigue intense qui a des répercussions sur la capacité de concentration et de mémoire.

Peuvent également se développer des troubles obsessionnels compulsifs ou des manies pour essayer de se rassurer.

Des douleurs et des fatigues chroniques, des acouphènes et une difficulté à sortir d'un rhume sont aussi des symptômes d'un burnout (95).

2.2.5 Les quatre phases de l'épuisement professionnel.

Edelwich et Brodsky ont relevé quatre phases lors du développement d'un burnout (100, 101).

1. L'enthousiasme : c'est souvent vers le début de carrière que le soignant est le plus enthousiasme et optimiste par rapport à sa vie professionnelle. Il s'investit beaucoup et est plein d'espoir.
2. La stagnation : le travail s'imprime dans une routine, l'émerveillement du début a pris fin et l'heure de la désillusion a sonné.
3. La frustration : le professionnel de santé devient moins patient, moins tolérant. Le manque de gratitude par rapport à son investissement le frustre. Sa motivation décroît.
4. L'apathie : c'est l'ultime phase du burnout, le soignant est vidé, sans entrain, épuisé, dans sa bulle. Tout ce qui se passe autour de lui l'indiffère, il est devenu hermétique à autrui.

2.2.6 Facteurs de risques

2.2.6.1 *Sociodémographiques*

- L'âge : entre 40 et 50 ans.
- Le sexe n'a pas un réel impact car si les hommes sont plus enclins à déshumaniser leurs patients, les femmes elles, sont plus sensibles quant à l'épuisement émotionnel.
- Statut affectif : chez les hommes, le célibat ou la séparation est un risque de risque de burnout (95).

2.2.6.2 *Psychosociaux*

- Les exigences du travail.
- Les exigences émotionnelles.
- Le manque de soutien social et de reconnaissance.
- La difficulté à définir son rôle professionnel.
- Le sentiment de ne pas pouvoir bénéficier d'une autonomie professionnelle suffisante.
- Le déséquilibre entre l'investissement dans la relation avec les patients et son impact réel.
- L'insécurité de l'emploi (95).

2.2.6.3 *Individuels*

- Les faiblesses de caractère : la couardise, l'anxiété, l'influençabilité et le manque de confiance en soi
- Le caractère empathique : le besoin d'aider, d'écouter, de convivialité (95).

2.2.7 Mesure du burnout

Du fait de l'absence de définition approuvée et de cadre précis désignant le burnout, il est difficile de le quantifier ou de poser un diagnostic. C'est pourquoi les outils de mesure employés aujourd'hui ne sont pas des outils diagnostics à proprement parler. Ils indiquent une tendance, une prédisposition à l'épuisement professionnel (97).

2.2.8 Le Maslach Burnout Inventory MBI

C'est un outil de mesure développé par Maslach et Jackson qui repose sur l'autoévaluation. Sa forme historique, le MBI-HSS pour Human Service Survey, s'adresse aux professionnels de service d'aide. Il comporte vingt-deux items représentant les trois dimensions du burnout : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. Ce sont des affirmations à propos du ressenti au travail. A chaque item, le patient attribue une fréquence par un score allant de 0 (jamais) à 6 (chaque jour). L'étude ne donne pas un score global mais donne, pour chaque dimension, des niveaux : faible, moyen ou élevé, définis par les auteurs lors de l'élaboration de cette échelle de mesure (97, 102, 103).

L'interprétation des résultats diffère selon les pays, mais la plupart des scientifiques s'accorde pour attribuer un burnout à un patient présentant un score élevé à au moins une dimension. Plus le nombre de dimensions atteint un score pathologique, plus ils considèrent le burnout comme sévère (104).

En somme, les résultats de cette échelle ne peuvent être employés pour poser un diagnostic mais ils donnent une idée assez fiable et réaliste du degré d'épuisement du patient.

2.2.9 Diagnostic différentiel

2.2.9.1 *Pathologie somatique*

Avant d'affirmer qu'un patient souffre de burnout, il est nécessaire d'écarter tout état pathologique lié à une maladie organique induisant un épuisement. Il faut alors exclure par exemple une anémie, une hypothyroïdie, une insuffisance cardiaque, un syndrome d'apnée obstructif du sommeil ou encore une leucémie (105).

2.2.9.2 *Pathologie psychosomatique ou psychiatrique.*

De la même façon, il faut différencier l'épuisement causé par un stress post-traumatique ou un syndrome de fatigue chronique, une anxiété généralisée ou une dépression (85, 105).

La principale distinction réside dans la cause de ses pathologies. Alors que le burnout est provoqué par le stress chronique engendré dans le cadre professionnel uniquement, les autres sont multifactorielles. En effet, un traumatisme, un décès, un divorce sont autant de causes possibles des dépressions et anxiétés.

De plus, une personne souffrant de burnout présente des symptômes de dépressions tels que la fatigue, un manque de motivation mais lutte, reste combatif face à ces troubles et cherche à s'en sortir. Elle ressent de la colère, de la frustration, alors qu'une personne dépressive est léthargique, abattue et reste hermétique aux émotions (106).

On observe que la sphère personnelle reste davantage préservée chez une personne atteinte de burnout. Le cadre familial et amical est source de projets, de réconfort. En revanche, tous les aspects de la vie du dépressif sont atteints et il ne trouve pas de soupape de décompression.

D'un point de vue physiologique, selon une étude de Lupien (17), les dépressifs produisent plus de cortisol que la moyenne alors que les personnes souffrant d'épuisement professionnel sont en dessous de cette moyenne (107).

2.2.10 En conclusion

Le burnout est un problème de société actuel grandissant, provoqué par un stress chronique au travail. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour trouver une définition exacte et une démarche diagnostique claire pouvant aboutir à un diagnostic avéré et ainsi considérer cette entité comme maladie professionnelles.

2.3 Le suicide

Il n'est pas rare d'entendre de la part des médias ou de proches que les chirurgiens-dentistes font partie d'une catégorie à risque en matière de

suicide. Cette théorie émane des années soixantes pendant laquelle elle fut répandue mais non avérée scientifiquement (108).

Aujourd'hui cette idée est remise en cause même si toutefois, aucune donnée fiable ne permet de dire avec certitude si oui ou non, les dentistes sont plus sujets au suicide que la population générale. En effet, les données sont insuffisantes, les échantillons de personnes sont biaisés ou non représentatifs de la population et les effectifs pas assez importants (108).

Une étude réalisée par Simpson et coll. démontre que les dentistes de sexe masculin de 22 à 44 ans ont un taux de suicide supérieur à une population masculine générale. Au contraire, ce taux est inférieur chez les dentistes âgés de 45 à 64 ans. L'échantillon choisi pour cette étude étant trop petit, ces résultats sont à mettre en perspective (109).

Il ressort tout de même des dernières études que les dentistes sont exposés à des facteurs stressants. En effet, même si le phénomène tend à changer, ils travaillent souvent seuls et le manque de compagnie et d'échange peuvent être anxiogènes. Les praticiens ont aussi tendance à ne pas se ménager. Prendre soin d'eux ne semble pas être leur priorité. Les temps de repos, de déconnexion ne sont que trop rares au cours de leur journée de travail, mais aussi dans leur vie quotidienne. C'est pourquoi il serait important de les sensibiliser sur l'importance d'avoir des hobbies, de pratiquer un sport et de se confier s'ils se sentent submergés. Reconnaître les signes avant-coureurs de suicide devrait s'enseigner (109, 110).

Le burnout est un facteur de risque de suicide. En revanche, l'impact du stress professionnel sur l'incidence du suicide n'a pas été prouvé.

3 Moyens de prévention

3.1 La formation des acteurs au sein du cabinet.

3.1.1 La formation du praticien au métier de manager.

3.1.1.1 *Universitaire*

En France, 13 universités offrent la formation au métier de chirurgien-dentiste.

La formation se déroule en 6 ans, répartie en 3 cycles.

Elle délivre après 3 ans de premier cycle le diplôme de formation générale en odontologie (DFGO), puis le diplôme de formation approfondie en sciences odontologiques (DFASO) après 2 ans d'études de deuxième cycle, et enfin le diplôme d'études spécialisées (DES) après la dernière année. A la fin de ce troisième cycle, la soutenance de la thèse permet l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire.

Selon l'article 4 du bulletin officiel de l'enseignement supérieur et de la recherche, numéro 31, au 30 septembre 2010 (74) ; la formation est composée de 9 certificats d'études supérieurs (CES) :

- biomatériaux et odontologie
- anatomophysiologie de l'appareil manducateur
- odontologie légale
- odontologie chirurgicale, médecine buccale,
- parodontologie
- odontologie pédiatrique et prévention
- odontologie conservatrice et endodontie
- odontologie prothétique
- physiopathologie et diagnostic des dysmorphoses cranio-faciales.

La préparation à l'exercice professionnel n'étant pas obligatoire, il n'est pas enseigné dans toutes les facultés, ou s'il l'est, constitue une faible partie de l'enseignement.

3.1.1.2 *L'enseignement post-universitaire*

Le métier de manager s'apprendra surtout et pratiquement pour tous au cours de l'exercice professionnel, de manière autonome. Il peut s'appuyer de formations proposées, de séminaires (exemple du congrès

de l'Association des Dentistes de France) et par la lecture d'ouvrages ou de revues spécialisées comme « Le fil dentaire », « L'information dentaire » ou « Management ».

Il existe de nombreuses formations privées au management d'un cabinet dentaire, spécialisées dans le coaching et le consulting. Par exemple celle du Dr Rodolphe Crochet ou le groupe Edmond Binhas.

Chaque étudiant après le passage de sa thèse d'exercice de Docteur en Chirurgie dentaire peut développer une double compétence avec HEC Paris propose parmi ses MBA (Master of Business Administration) une section spéciale pour les soignants pour aider à la prise de décision, trouver une aptitude à encadrer une équipe, et enseigner une capacité à négocier et à résoudre les conflits. Cependant, la formation n'est pas ouverte à tous et a un coût important.

3.1.2 La formation des assistantes dentaires

3.1.2.1 *Etudes et diplômes*

Elles ne sont pas détentrices d'un diplôme d'état mais d'un certificat professionnel de niveau IV. La formation pour l'obtenir dure douze à dix-huit mois et se compose d'une partie théorique de 14 modules et d'une partie pratique qui se déroule au sein du cabinet du praticien employeur.

Ce certificat est sous la responsabilité de la Commission Paritaire Nationale de l'Emploi de la Formation Professionnelle des cabinets dentaires libéraux : la CPNE FP. Cette commission donne l'agrément aux écoles privées et y organise aussi l'enseignement. Elle seule est habilitée à délivrer le titre d'assistante dentaire à la fin du cursus.

La formation est aussi accessible dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience si la justification d'une pratique professionnelle de trois ans en rapport avec cette activité est apportée (111).

3.1.2.2 *Les tâches*

- Accueil de la patientèle.
- Décontamination, nettoyage et stérilisation.
- Rangement et préparation du matériel.
- Connaissance des indications des produits à usage dentaire, connaissance des protocoles de base.
- Aide au développement des clichés radiologiques.
- Préparation des dossiers des patients.
- Assure le lien avec le laboratoire de prothèse au travers de fiches, de cahier de livraison
- Aide à la prévention au fauteuil, sous la surveillance du praticien pour la coopération des patients.
- Assure l'entretien du mobilier professionnel.
- Assume les fonctions du personnel d'entretien en cas de nécessité impérative occasionnée par la pratique journalière (111).

3.1.2.3 *Au quotidien au sein du cabinet dentaire*

Malgré la formation, la réalité est que l'assistante dentaire est en ligne directe face au stress de son employeur (115).

C'est pourquoi l'anticipation, l'organisation, la communication et du sang froid sont nécessaires pour exercer ce métier. La rigueur est la clé pour ne pas se laisser submerger lorsque le rythme s'accélère.

Un soutien permanent du praticien est nécessaire pour assurer l'exercice du métier. Lorsqu'une assistante suit sa formation, elle effectue la partie pratique chez son employeur. Il peut ainsi lui inculquer les bases de travail mais aussi toutes ses habitudes, ses préférences, son rythme. Un simple regard suffit pour se faire comprendre au bout d'un certain temps. L'assistante sait alors comment organiser au mieux la journée de travail tout en aidant et déchargeant au mieux le praticien.

Il va de soi de dire que la confiance entre le praticien et son assistante dentaire est primordiale pour que le climat au sein du cabinet reste

serein. Si l'ambiance est délétère, le patient peut même le ressentir. Au contraire, il y aura moins de stress si l'équipe est soudée.

C'est pourquoi l'assistante et le praticien doivent communiquer avant que les tensions s'accumulent. Ils doivent savoir se remercier et s'encourager mutuellement (115).

3.1.3 Les aides dentaires

3.1.3.1 *Etudes et diplômes*

Elles doivent obtenir le Certificat de Qualification Professionnelle Aide dentaire : le CQP (111).

Il est accessible par trois voies :

- Après un parcours de formation continue
- En contrat de professionnalisation
- Par expérience : dispositif de validation des acquis VAE

3.1.3.2 *Tâches*

- assurer la réception des patients.
- répond au téléphone et fixe les rendez-vous.
- classe les fichiers de dossiers médicaux, prépare les feuilles de maladie destinées à la Sécurité Sociale et aux organismes d'assurance complémentaire.
- assume les fonctions du personnel d'entretien en cas de nécessité impérative occasionnée par la pratique journalière
- stérilise le matériel.

On retiendra que l'aide dentaire ne peut être présente dans la salle de soins pendant la réalisation d'une intervention professionnelle effectuée par le praticien (111, 115).

3.2 Organisation du travail au sein du cabinet

3.2.1 Organiser les espaces de travail

La règle pour imaginer son espace de travail, c'est qu'il n'y a pas de règle.

Il doit simplement respecter un aspect fonctionnel indéniable pour le bon fonctionnement de l'équipe mais aussi un aspect esthétique et personnel, permettant d'offrir du positif sur son lieu de travail (113).

Quelques exemples :

- Les espaces de circulation ne doivent pas croiser la circulation des instruments usagés et celui des patients se rendant en salle de soin.
- La salle de soin constitue la place centrale du cabinet dentaire. Elle est isolée du reste par des cloisons permettant le déroulement de la consultation de manière plus individuelle. Il permet entre autre le respect du secret médical et doit permet au patient de se sentir en confiance. Elle doit être organisée de façon logique et être quasi-autonome quant à l'apport de matériel.

La communication entre le soignant et le soigné étant essentielle, il est bienvenu de créer un espace de discussion au sein de la salle de soins qui soit séparé du fauteuil.

3.2.2 Organisation du temps de travail

3.2.2.1 *L'agenda du cabinet*

L'agenda doit être au service du praticien et du personnel soignant pour le bien du patient.

Il se constitue en fonction des objectifs visés au préalable par le praticien et mis au clair avec l'équipe soignante pour constituer une journée idéale (113).

Les horaires d'ouverture et de fermeture doivent être fixés afin de créer une limite entre temps personnel et temps de travail (112).

3.2.2.2 *La planification des rendez-vous*

Au sein du temps de travail, on partage avec le temps productif de soin et le temps improductif qui sert à toute la gestion autour du soin.

On peut optimiser les temps de travail productifs avec par exemple 2 à 3 gros rendez-vous dans une journée pouvant aller jusqu'à deux heures pour effectuer des soins importants. Autour de cela peuvent s'ajouter les rendez-vous de contrôle, les rendez-vous pour expliquer les plans de traitement et prendre une décision, et les créneaux d'urgence.

Le point important de l'agenda est de planifier la quantité de temps pour une meilleure utilisation de celui-ci, d'énergie, de matériel et d'argent (112, 113).

Les rendez-vous manqués constituent une vraie nuisance pour l'organisation de la journée. Pour pallier à cela, il faut insister sur l'importance des rendez-vous auprès des patients. Les éduquer à leur propre prise en charge avec, par exemple, la responsabilisation à leur plan de traitement. Il peut être utile d'insister sur le fait qu'il faille annuler 48h avant, sinon qu'ils se pénalisent eux-mêmes et les autres patients en attente.

Il peut être judicieux de créer une liste d'attente pour la prise en charge de patients dont le motif n'est pas urgent. Ainsi en cas d'annulation ou de changement de programme, le praticien a plus de flexibilité et peut remplir son agenda (112).

Les rendez-vous d'urgence doivent être possibles chaque jour avec la mise en place de créneaux courts mais spécifiques à l'urgence. Il s'en suivra un autre rendez-vous pour le soin effectif, voire même la mise au point de la prise en charge globale. Ces créneaux d'urgence doivent servir en priorité aux patients déjà suivis au cabinet (112).

3.2.3 Gestion du matériel et du stock

Pour éviter un stress inutile, il est utile de préparer en amont le matériel nécessaire aux soins.

3.2.3.1 *Méthodes organisationnelles*

Peu importe la méthode choisie, il suffit qu'elle soit adaptée au travail à accomplir, qu'elle soit reproductible et logique pour l'équipe.

Le praticien doit pouvoir bénéficier du matériel de son choix et l'assistante doit pouvoir lui procurer.

Par exemple, la méthode de *tub and tray* permet de regrouper tous les instruments nécessaires à une tâche définie en 'bacs et cassettes' (112).

3.2.3.2 *Le stock*

Pour plus de facilité, une personne doit être responsable du stock des consommables et du petit matériel. Ceci peut-être le rôle de l'assistante. Cette personne doit faire un rapport chaque jour, à un moment défini dans la journée, reportant de manière claire toute commande et tout rapport de stock afin de déléguer si besoin.

Elle est aussi donc en charge des commandes, et de vérifier les dates de validité des produits.

Pour ce qui est du gros matériel, il en est de la responsabilité et de la charge du praticien lui-même (112).

3.3 Gestion de l'équipe

3.3.1 Le recrutement

Le recrutement est une étape importante qu'il faut préparer en amont. En effet, plusieurs critères sont à définir avant d'entreprendre une telle démarche, pour éviter les mauvaises surprises. On constate

malheureusement que de nombreux praticiens se séparent de leur nouvelle assistante dans les 3 à 6 mois.

3.3.1.1 *Définir ses besoins et ses attentes.*

Afin de trouver au mieux, il faut d'abord définir ce que l'on cherche et établir une sorte de cahier des charges pour voir dégager le profil recherché (114,115). Le praticien a-t-il davantage besoin de compétences techniques cliniques pour un travail à quatre mains ? Cherche-t-il une assistante avec de bonnes notions d'informatiques ? Organisationnelle ? Il est important qu'il décèle ses faiblesses et qu'il engage une personne compétente dans le domaine qui lui fait défaut (112).

3.3.1.2 *Evaluer les critères de sélection*

Les critères de sélection d'une assistante sont nombreux. Aussi, il serait difficile voire illusoire de trouver quelqu'un qui les remplissent tous. La déception serait grande. C'est pourquoi il est préférable de les lister et de les classer par ordre d'importance. Il y aura les traits indispensables et ceux rédhibitoires. Le chirurgien-dentiste portera peut-être de l'importance à l'âge de la recrue : jeune ou moins jeune ? ; À son expérience : qualifiée ou à former (116) ? D'autres critères tels que la personnalité, la présentation, les valeurs, la motivation ou les aptitudes sont aussi à prendre en compte (112, 115).

3.3.1.3 *L'entretien en pratique*

L'entretien doit se dérouler au calme, sans possibilité d'être dérangé. Afin qu'il se déroule dans une atmosphère plus détendue, le praticien peut proposer à la candidate une boisson. Préalablement, il est judicieux de préparer des fiches sur lesquelles l'assistante renseignera son nom et prénom ainsi que ses études, ses

aptitudes, notamment en informatique, à savoir quels logiciels lui sont familiers, si elle est à l'aise au secrétariat etc...(116). Ses expériences professionnelles précédentes sont à renseigner également car le chirurgien-dentiste pourra se mettre en relation avec l'ancien employeur pour obtenir ses renseignements et avis.

3.3.1.4 *L'essai au fauteuil*

A la suite des entretiens, le praticien aura sélectionné une ou deux assistantes qui lui paraissent satisfaire ses exigences, en théorie. L'essai au fauteuil permettra de corroborer ou non son intuition. Il peut durer un mois. Cet essai mettra en évidence la technique de l'assistante, son professionnalisme et donnera un aperçu de sa bonne intégration future au sein du cabinet et de son équipe pré-existante (114).

3.3.2 Apprendre à manager

3.3.2.1 *Les clés du management*

Le chirurgien-dentiste n'est pas formé au management lors de ses études. Cependant, lorsqu'il décide d'employer du personnel, il se retrouve confronté à la difficulté de manager des salariés, comme un chef d'entreprise. Si certains caractères prédisposent ou facilitent l'adaptation à ce nouveau statut, celle-ci n'est pas innée pour d'autres. Nous allons évoquer quelques pistes pour savoir gérer au mieux les salariés au sein du cabinet dentaire.

3.3.2.2 *Choisir des objectifs*

Afin de donner une ligne directrice au cabinet et que tous les protagonistes travaillent dans le même sens, le praticien devra énoncer des objectifs, pas plus de deux ou trois, afin que la tâche ne paraisse pas insurmontable à chacun (117). Le but n'étant pas de chercher à

avoir une performance immédiate, donc stressante, mais de donner un but et une motivation pour que chacun se sente concerné et satisfait lorsque les objectifs seront atteints. Ces objectifs peuvent être donnés en début d'année, ou plus régulièrement lors de réunions (118).

3.3.2.3 *Déléguer des missions*

Donner des responsabilités aux employés leur permet de se sentir considérés et impliqués dans la vie du cabinet (112). Leur travail leur apparaîtra plus intéressant et leur évitera l'impression de routine.

C'est pourquoi donner des micro-tâches qui seront réalisées dans la journée apportera la satisfaction du travail accompli et motivera les employés à s'investir davantage dans le cabinet. Au contraire, des missions trop importantes ne feront que les stresser et ils se sentiront vite dépassés (117, 118).

3.3.2.4 *Clarifier les règles et les fonctions de chacun*

Afin de gagner en efficacité, chaque employé se verra attribué des fonctions propres (117). Une assistante sera par exemple chargée d'effectuer les commandes et la stérilisation alors qu'une autre se chargera de l'agenda et de l'aide au fauteuil. Cela évitera les commandes en trop, les allers retours inutiles et le cabinet fonctionnera plus facilement.

Les règles du cabinet telles qu'être ponctuel, courtois, discret, franc, peuvent être affichées pour rester en mémoire de chacun. Le praticien doit se tenir également aux règles pour espérer obtenir de ses employés leur respect (118).

3.3.2.5 *Ecouter, communiquer et gérer les conflits*

Travailler en équipe implique de faire correspondre plusieurs personnalités, envies, caractères le plus harmonieusement possible

(117). Ce n'est pas chose aisée en temps normal et cela devient une tâche encore plus ardue lorsque le stress, la pression et les vexations s'accumulent.

Afin de ne pas laisser les non-dits et les ressentiments s'accumuler, il est primordial d'instaurer un climat de confiance où chaque membre de l'équipe se sentira libre d'exprimer son opinion ou ses griefs (112). Si un conflit éclate entre deux salariés ou entre le praticien et le salarié, il faut le régler immédiatement et ne pas laisser ruminer les deux parties.

En tant que chef d'entreprise, le praticien doit organiser sa disponibilité pour mieux écouter et communiquer. Un entretien où chacun exprime ses contrariétés, ses demandes est la clé et le premier pas vers un apaisement. Une solution qui apportera satisfaction à chacun sera alors plus facilement trouvée. C'est pourquoi il est important d'organiser des réunions régulières afin de mettre à plat tout ce qui doit être dit.

- Les réunions journalières.

Elles doivent être de courte durée, de cinq à dix minutes, le matin avant l'arrivée des patients. C'est une mise au point sur le déroulement de la journée à venir : un patient compliqué, une intervention complexe, la livraison à temps de la prothèse etc...(112, 118).

- Les réunions mensuelles

Elles doivent être planifiées à l'avance pour que chacun ait le temps de la préparer. Elle permet de mettre en évidence les problèmes rencontrés durant le mois, qu'ils soient d'ordre organisationnels, comptables ou relationnels (112).

3.3.2.6 *Développer les motivations*

La motivation est un moteur important pour le dynamisme. Elle donne un élan et une énergie favorable au cabinet. C'est pourquoi elle doit être encouragée par divers moyens (117).

- Responsabiliser les employés

Comme nous l'avons évoqué précédemment, responsabiliser les employés leur donne un sentiment d'accomplissement. Si une assistante réussit un objectif fixé, le chirurgien-dentiste pourra lui donner d'autres responsabilités qui iront en s'accroissant avec le temps et sa motivation n'en sera que renforcée (112, 117).

- L'impartialité et la reconnaissance

Lorsque le praticien est satisfait de son assistante, il est important qu'il le lui dise à elle et à elle seule. Féliciter toute l'équipe d'une manière générale n'aura pas le même impact. C'est en effet toujours plus gratifiant et motivant de voir son travail apprécié et remercié personnellement (112).

- Les primes

Les primes peuvent être de plusieurs ordres : il existe les primes conventionnelles, en rapport avec la convention collective des chirurgiens-dentistes ; les primes contractuelles qui sont inscrites dans le contrat de travail ; et les primes discrétionnaires qui sont attribuées au gré du praticien.

Pour que les primes discrétionnaires restent exceptionnelles, il ne faut pas qu'elles soient simultanément : fixes (calculées de la même manière), constantes (versées chaque mois ou chaque année) et générales (c'est-à-dire versées à tous les employés).

Il est préférable d'avertir préalablement l'assistante qu'une prime lui sera octroyée lorsqu'elle aura atteint un objectif prédéfini. Il peut s'agir de la maîtrise d'un nouveau logiciel par exemple, ou encore d'être apte à assister les actes d'implantologie.

Elle existe pour encourager un effort dans un cadre précis et n'est pas donnée automatiquement. Elle serait alors considérée comme un dû et non plus comme une source de motivation (112, 116).

- Les cadeaux

Une autre forme de récompense se trouve sous la forme de cadeaux. Ils sont parfois plus appréciés par les employés. Il peut s'agir de biens matériels mais aussi d'un abonnement à un sport, à un théâtre ou un spa.

Ces présents sont, en plus d'être appréciés, utiles au bien-être physique et/ou psychique de ceux qui les reçoivent.

3.3.3 Conclusion

La gestion d'une équipe est un exercice qui s'apprend et qui nécessite de se remettre tout le temps en question. Il demande d'être équitable, à l'écoute, diplomate et respecté. Il faut trouver la bonne distance pour pouvoir à la fois ordonner et recueillir les doléances de chaque protagoniste du cabinet.

4 *Guérir*

La première évocation du stress chez les praticiens de l'art dentaire remonte aux années 70 avec quelques temps après l'évocation du burnout. Depuis, beaucoup d'études et d'articles ont été publiés sur ce sujet, allant des causes, son processus jusqu'à son impact. En revanche, pour ce qui est de la prévention et des traitements, il s'agit en majorité de l'opinion des auteurs, sans études ni preuves.

Les deux parties qui suivent mettent donc en relief des conseils et conduites à tenir qu'il faut adapter au cas par cas, relevant de la subjectivité des auteurs et de bon sens.

Il s'agit de conseils à utiliser en préventif mais qui servent aussi en thérapeutique, que ce soit pour le soignant, les assistantes ou les autres membres du cabinet confronté à un stress chronique incapacitant.

4.1 Guérir individuellement

4.1.1 Méthodes d'apprentissage du stress

Il faut apprendre à vivre avec le stress pour l'utiliser de manière positive (118).

Non enseigné pendant le cursus universitaire, il est bon de s'appuyer sur des supports et des formations.

Certains cours sont spécialisés dans la gestion du stress pour l'optimiser au travail : « Stress Management Workshop » qui travaillent sur la respiration, les techniques de relaxation, l'importance de la méditation et surtout la formation au management dentaire.

Ces formations permettent d'apprendre la préparation mentale et la technique d'apprentissage progressif des procédures.

4.1.1.1 *La préparation mentale*

La préparation mentale ou Technique d'Optimisation du potentiel comme son nom l'indique n'est pas une thérapeutique mais une méthode pour améliorer ses performances (118). Sur seulement quelques jours elle permet d'atteindre 3 objectifs : la récupération après stress, la dynamisation ou préparation à l'acte stressant et la gestion de l'hyperstress pour se reconcentrer. Elle se base sur la respiration, la relaxation, l'imagerie mentale et le dialogue interne.

La respiration doit se contrôler ayant pour but de se relaxer par des expirations lentes et prolongées, ou pour se dynamiser avec des grandes inspirations préparant à l'action

L'imagerie mentale est « Une activité cognitive consistant à évoquer mentalement des objets, des événements ou des personnes, tels qu'ils ont pu être perçus par le passé ou tels qu'ils pourront être anticipés dans l'avenir » selon Edgar Thill et Philippe Fleurance.

Elle utilise nos 5 sens de manière positive pour se concentrer et gérer son stress. Le dialogue interne lui aussi positif, valorisant et encourageant.

La relaxation à point de départ musculaire, à point de départ mental ou les deux.

4.1.1.2 *L'apprentissage de procédures et usage de simulations.*

Cette technique permet à travers de protocoles de diminuer la charge de travail cognitif pour permettre de faire face plus facilement aux imprévus et donc de réduire la charge de stress (121, 123).

On augmente ses compétences par l'apprentissage.

Prenons par exemple le cas de la mise en place d'une mise en place de procédure simple pour le dentiste et l'assistante pour l'extraction d'une dent de sagesse incluse. Le protocole doit avoir du sens pour l'équipe et permettre au couple d'anticiper et d'être disponible en cas d'imprévu. Ainsi, il peut s'agir de la simple mise en place du plateau technique nécessaire, la disponibilité des radiographies, voire Cone Beam et la bonne installation du trio patient-dentiste-assistante pour un travail dans les meilleures conditions.

Ceci pourra être enseigné au travers de séances pédagogiques de simulations, que la Haute Autorité de Santé (122) souhaiterait inclure dans le processus de Développement Professionnel Continu, voire même lors de la formation initiale.

4.1.2 Les limites

Il faut accepter qu'on soit tous différents face au stress. Notre vulnérabilité et nos limites dépendent de notre personnalité spécifique et mérite qu'on apprenne à mieux se connaître. En effet, certaines erreurs ne sont pas dues à nos incompétences techniques : une situation peut être source de stress par la façon dont on l'aborde mais pas forcément d'elle-même.

Ainsi, en acceptant ses faiblesses, notamment notre réaction face au stress, nous pouvons nous y adapter et ainsi mieux aborder les situations à risque.

L'exemple est très parlant en aéronautique où est enseignée une formation aux Facteurs Humains (FH) car des études se sont rendu compte qu'ils étaient responsables de presque 80% des accidents.

Accepter donc qu'il faille revoir certaines habitudes pour les personnaliser, par exemple revoir la répartition temps de travail et temps privé quand on sait qu'un état de panique peut avoir un effet délétère sur la vie personnelle.

Il est primordial de prendre soin du lien entre le physique et le psychique. La connexion psychosomatique va dans les deux sens et en prenant soin d'un bon environnement de travail ergonomique, on prend soin de soi.

Prendre soin de soi avant de prendre soin des autres passe par une bonne écoute de soi, imposant un rythme de sommeil, une alimentation équilibrée, des activités extra-professionnelles et de l'exercice physique. Par exemple, la pratique régulière de sport apporte de l'énergie qui permet de gagner en efficacité sur les temps de travail. Il peut aussi être l'outil d'une vie sociale hors du cabinet dentaire et permet de prendre confiance en soi et en ses capacités.

Se sortir seul d'une situation de stress chronique peut être compliqué, surtout qu'il peut être mal vu par l'entourage d'être en situation d'échec. Ce qui est la plus part du temps une perception erronée, une stigmatisation infligée par soi-même. Albert Einstein lui-même disait « *Failure is success in progress* » (l'échec est un succès en cours) ! Il ne faut donc pas hésiter à en parler à son entourage proche.

L'aide par la psychothérapie peut aider à mieux prendre connaissance de soi et du problème. Des programmes de gestion du stress peuvent être mis en place tels que les thérapies cognitivo-comportementales ou psychothérapies interpersonnelles.

Dans les cas de burnout avancé, il est impératif de s'éloigner de son lieu de travail pour guérir. Le retour vers le travail sera progressif et accompagné.

4.2 Collectivement

L'impact du stress chronique n'est pas seulement individuel mais peut avoir un effet sur tout son environnement.

Il faut pouvoir identifier les sources de stress ensemble pour pouvoir établir des objectifs afin de les réduire.

Ceci peut être amené en :

- limitant le poids de la hiérarchie, démontré favorable à la réduction des erreurs au sein d'équipes chirurgicales et également dans l'aéronautique « le cockpit synergique ».
- ne pas avoir peur de débats contradictoires pour aider à prendre la bonne décision (ou sa décision)
- installer un environnement d'échange au cours de débriefings, établissant une interaction positive et constructive.
Instaurer des *retours d'expérience* où le stress comme facteur humain doit être évoqué afin d'améliorer les prochaines situations en trouvant des solutions personnalisées.
- Ne pas punir les erreurs non intentionnelles pouvant conduire à des comportements défensifs non productifs. Attention, une punition peut être simplement psychologique et implicite par une attitude négative (hostilité, évitement).
- L'usage d'une linguistique spécifique et claire permet de décharger un stress : phrases à double sens, non-dits, doutes...
L'étiquetage clair de produits à usage dentaire pour l'assistante en est un exemple, facilitant le rangement, un accès plus rapide et permet au soignant une plus grande fiabilité (124, 125, 126).

La qualité d'un chirurgien-dentiste se prouve en cas de stress non seulement par ses capacités techniques mais aussi non techniques par le fait de savoir se gérer, gérer son équipe en faisant confiance, communiquant clairement, déléguant si nécessaire, afin de maintenir une synergie d'équipe. C'est la santé du praticien, des assistantes et du patient qui en paye le prix !

4.3 Les aides institutionnelles

L'observatoire national de la santé des chirurgiens dentiste est une organisation en place depuis le 10 mai 2010, à l'initiative de la CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires) en association avec la CARCDSF (Caisse Autonome de retraite des Chirurgiens-dentistes et Sages-femmes) (127) et la MACSF, la première société d'assurance française des professions de santé (128).

Elle fait le bilan auprès des praticiens, afin qu'ils soient en parfaite possession de leurs moyens sur le plan de la santé, des conditions d'exercice et des risques de diminution de ces capacités pour établir des mesures de prévention.

Le Conseil Régional de l'Ordre peut suspendre l'activité d'un professionnel de santé au cours d'une procédure encadrée non punitive décrite par le code de la santé publique (articles R4124-3 et suivants) où le praticien est jugé après expertise compétente en insuffisance professionnelle, présentant un danger pour lui-même et pour sa patientèle.

Le praticien peut être remplacé tout le long de son arrêt d'activité.

L'intervention d'un psychiatre peut être envisagée notamment pour établir un diagnostic et mettre en place si besoin un traitement antidépresseur.

Un dispositif d'aides aux professionnels de santé et médecins (AAPML) a été mis en place depuis mars 2014. Un numéro : **0826 004 580** 7jours/7 24h/24 est aussi à la disposition des chirurgiens-dentistes.

CONCLUSION

La gestion du stress est un enjeu primordial pour préserver la santé des patients comme de l'équipe du cabinet dentaire. Tout doit être mis en œuvre, que ce soit l'aménagement des lieux, l'écoute, les moyens de relaxation naturels ou pharmacologiques, pour que le stress ne devienne pas un frein au soin pour les 4 à 20 % de la population qui est odontophobique.

L'évitement de soins a des répercussions dramatiques sur l'état de santé bucco-dentaire de ces personnes au niveau de leur santé et de leurs relations sociales et professionnelles : cela peut devenir un véritable handicap d'intégration.

Les acteurs du cabinet dentaire doivent aussi prendre en compte le stress dans leur quotidien. C'est un fait, l'information, la prévention et l'éducation sur la gestion globale du cabinet sont insuffisantes. Les chirurgiens-dentistes se retrouvent confrontés à des situations pour lesquelles ils ne sont pas prêts et cela entraîne un stress supplémentaire. C'est pourquoi il est nécessaire qu'ils se forment et se fassent aider dans leurs tâches. La gestion du stress passe aussi par un travail sur soi, une réflexion : il faut savoir s'écouter, connaître ses limites, temporiser et surtout prendre soin de soi.

Cette thématique d'actualité constituera cette année le point central de l'ADF 2017, la sérénité pour les chirurgiens-dentistes.

Il paraît évident de conclure en rappelant que le travail ne constitue qu'une part de la vie, et savoir se préserver, consacrer du temps pour soi, ses amis et sa famille ne fera que la rendre meilleure sous tous les aspects.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **DICTIONNAIRE LAROUSSE.**

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

2. **SCHULT M.**

Equipe Dentaire de Lucerne Dentophobie : la peur du chirurgien dentiste, 2010-2013.

<http://www.dentophobie.ch/francais/download/dentophobie.pdf>

3. **CREGO, CARRILLO-DIAZ, ARMFIELD AND ROMERO.**

From public mental health to community oral health-the impact of dental anxiety and fear on dental status.

Front Public Health 2014; 28; 2:16.

4. **BEYDON L, DIMA CE.**

Anxiété périopératoire : évaluation et prévention.

In : Le praticien en anesthésie réanimation.

Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007.

5. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.**

DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: texte révisé.

Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2004.

6. **KAIN ZN, MAYES LC, O’CONNOR TZ, CICCHETTI DV.**
Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes.
Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 150(12): 1238-45.
7. **TJEMSLAND L, SOREIDE JA, MATRE R, MALT UF.**
Pre-operative [correction of Properative] psychological variables
predict immunological status in patients with operable breast cancer.
Psychol Oncol 1997; 6(4): 311-20.
8. **ARMFIELD JM.**
How do you measure dental fear and what are we measuring anyway?
Oral Health Prev Dent 2010; 8(2):107-115.
9. **CORAH NL, GALE EN et ILLIG SJ.**
Assessment of a dental anxiety scale.
J Am Dent Assoc 1978; 97(5):816-819.
10. **JAANKOLA S, RAUTAVA P, ALANEN P et coll.**
Dental fear: one single clinical question for measurment.
Open Dent J 2009; 28(3):161-166.
11. **ARMFIELD JM.**
The extent and nature of dental fear and phobia in Australia.
Austr Dent J. 2010;55(4):368-77.
12. **BAHAMMAM MA, HASSAN MH.**

Validity and reliability of an Arabic version of the modified dental anxiety scale in Saudi adults.

Saudi Med J. 2014; 35(11):1384-9.

13. AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE ET DES PRODUITS DE SANTE.

Recommandations concernant l'utilisation du MEOPA.

<http://www.afssaps.fr/>

14. VINCKIER F et VANSTEENKISTE G.

Medical history in relation to dental anxiety in adults.

Rev Belge Med Dent 2003; 58 (4): 221-233.

15. KINDLER CH, HARMS C, AMSLER F, IHDE-SCHOLL T, SCHEIDEGGER D.

The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns.

Anesth Analg 2000; 90:706–12.

16. SPIELBERGER CD, GORSUCH RL, LUSHENE RE.

State Trait Anxiety Inventory for adults manual.

Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1983.

17. BRADLEY MM, SILAKOWSKI T, LANG PJ.

Fear of pain and defensive activation.

Pain 2008;137(1):156-63.

18. FESTY D, THIBAUT D.

Ma bible des huiles essentielles.

Paris: Leduc.S, 2014.

19. JANSEN, ARTHUR S P; NGUYEN, XAY VAN ; KARPITSKIY, VLADIMIR ; METTENLEITER, THOMAS C ; LOEWY, ARTHUR D.

Central command neurons of the sympathetic nervous system: Basis of the flight-o-flight response.

Science. 1995; 270(10):644.

20. BARCELONNE H et BERY A.

A propos des couleurs au cabinet d'ODF.

Rev Orthop Dentofac 1988 ; 22 (3) :337-373.

21. RAPPUZZI R, VINSON J.P.

Le rôle de l'architecte dans l'organisation ergonomique d'un cabinet dentaire.

Chir Dent Fr. 1990 ; 60 (531) : 79-85 .

22. ROULLET B.

L'influence de la couleur en marketing : vers une neuropsychologie du consommateur. Gestion et management.

Université Rennes 1, 2004.

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00208003>

23. BINHASE E, HAREL Y, RAHALD D et coll.

S'installer, déménager, réaménager son cabinet dentaire.

Paris : CdP, 2007.

24. NORRIS S.

Chromothérapie, découverte et initiation.

Koln : Taschen, 2006.

25. HAMULA W et BROUWER K.

Orthodontie office design. Color: the first impression.

J Clin Orthod 1987 ; 21(2) :97-99.

26. GALLE C FAIVRE T ROBIN O.

Comparative assessment of anxiety induced by an odontological and a dermatological surgical act.

Méd Buccale Chir Buccale. 2005;11(2):96.

27. LE FIL DENTAIRE

<https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/bien-etre/parce-que-je-le-sens-bien/>

28. ROBIN O, ALAOUI-ISMAÏLI O, DITTMAR A et VERNET-MAURY E.

Basic emotions evoked by eugenol odor differ according to the dental experience. A neurovegetative analysis.

Chem Senses 1999; 24(3):327-335.

29. LE FENG SHUI.

<http://www.le-fengshui.com>

30. AMZALAG A, COCHET R

Les nouveaux codes de la relation dentiste-patient.

Inf Dent. 2011;93(19) ,36-40.

31. BIOY A, BACHELART M.

Alliance thérapeutique : historiques, recherches et perspectives cliniques.

Perspectives Psy. 2010 ; 49(4):31

32. HIRST.

Some thoughts on language and apprehensive patients.

Dental Anxiety Network, 2011.

<http://www.dentalanxiety.net>

33. MURACHVER T, PIPE ME, GORDON R, LAURENCE J, FIVUSH R.

Do, show, and tell: Children's event memories acquired through direct experience, observation, and stories.

Child Dev 1996 ; 67 :3029-3044.

34. ROLLNICK S, MILLER WR, BUTLER C.

Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior.

The Guildford Press 2008; 210(13):44-65.

35. N-H-O

La psychologie en dentaire.

OMAS Odontologie Network, Novembre 2016.

<https://www.omas-france.com/statique/actu-sante/la-psychologie-en-dentaire/>

36. APPUKUTTAN D P.

Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review.

Dove Press Journal : Clinical, cosmetic and investigational dentistry, 2016.

37. CREEM AITKEN J, WILSON S, COURY D, M.MOURSI A.

The effect of music distraction on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients.

Pediatr Dent 2002 ; 24(4) :114-118.

38. GUETIN S, GINIÈS P, PICOT MC, BRUN L, CHANQUES G, JABER S, HERISSON C, TOUCHON J.

Evaluation et standardisation d'une nouvelle technique de musicothérapie dans la prise en charge de la douleur : le montage en « u ».

Douleurs Eval Diagn, Traitement. 2010;(11) :213-218.

39. GABAÏ M, JOST J.

Détente psycho-musicale en odonto-stomatologie : musique et sophrologie, relation médecin- malade.

Paris : Masson, 1972.

40. BRADT J, DILEO C, SHIM M.

Music interventions for preoperative anxiety.

Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 6, 2013. Art. No.: CD006908.

41. FIELD T.

Yoga clinical rearch review.

Complement Thér Clin Pract 2011 ; 17(1) :1-8.

42. INSTITUT FRANÇAIS DU YOGA.

<http://www.ify.fr/institut/qui-sommes-nous/>

43. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Acupuncture

<http://www.who.int/topics/acupuncture/fr>.

44. JAMES W.LITTE, DMD, MS.

Complementary and alternative medecine : Impact on dentistry.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004;98(1):137-45.

45. ROSTED P.

Introduction to acupuncture in dentistry.

Br Dent J 2000; 189(3):136.

46. KARST M, WINTERHALTER M, MÜNTE S, FRANCKI B, HONDRONIKOS A, ECKARDT A, HOY L, BUHCK H, BERNATECK M, FINK M.

Auricular acupuncture for Dental anxiety: A randomized controlled trial, Hannover medical school Germany.

Int Anesth Res Soc 2007 ; 104(2):295-300.

47. MA R, XU S, WEN X, WU Q, WU Y, HUANG Y, FU W.

Acupuncture for generalized anxiety disorder: a systematic review.

Psychol Psychother 2014 ; 4(5).

<http://dx.doi.org/10.4172/2161-0487.1000155>

48. FAYMONVILLE M-E BOLDY E LAUREY S.

Functional neuro anatomy of the hypnotic state.

J Physiol (Paris) 2006 ; 99 :463-479.

49. EITNERS S, MOSGAU S H, WICHMANN J, HOLSTS M.

Changes in neurophysiologic parameters in a patient with dental anxiety by hypnosis during surgical treatment.

J Oral Rehabil 2006 ; 33(7) :496-500.

50. BRISSEAU J, VARMA D.

Une approche de l'hypnose médicale en odontologie.

Inf Dent 1992 ; 74(35) :3067-3071.

51. QUELET, J.

Hypnose Ericksonienne: le confort du chirurgien-dentiste et celui du patient.

Inf Dent 1993;75(28) :2043-2047.

52. PROUST JP, BOTTERO-CORNILLAC MJ et PERTOT WJ.

Anesthésie loco-régionale en endodontie.

Rev Fr Endod 1994;13(4):19-34.

53. SCHUMACHER R AND VELDEN M.

Effects of anxiety on experimental pain, using SDT.

Pain (Suppl) 1981;7(1):512.

54. SAREEN, JITENDER, AMIT JAGDEO, BRIAN J. COX, IAN CLARA, MARGREET TEN HAVE, SHAY-LEE BELIK, RON DE GRAAF, ET MURRAY B. STEIN.

Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands.

Psychiatric Services (Washington, D.C.). 2007; 58 (3): 357-64.

55. MADRID C, COURTOIS B et VIRONNEAU M.

Emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie,
recommandations.

Med Buccale Chir Buccale 2003;9(2):3-32.

**56. INTERNATIONAL SOCIETY OF DENTIAL ANXIETY
MANAGEMENT.**

<http://www.dentalfearcentral.org/help/technology/numbing-gel/>

57. GUERIN T, MAMAN L, WIERZBA CB.

Anesthésie loco-régionale. II. Le choix des solutions et des molécules.
Actual Odontostomatol (Paris) 1996;193:39-57.

58. DENTAL HI TEC

<http://www.dentalhitec.com/2015/produits/quicksleeper/>

59. KAVO (LABORATOIRE).

Turbines de chez Kavo.

[https://www.kavo.com/fr-fr/instruments-
dentaires/comparaison-de-turbines-dentaires-dental-turbines;](https://www.kavo.com/fr-fr/instruments-dentaires/comparaison-de-turbines-dentaires-dental-turbines;)

Bien-air :

https://dental.bienair.com/en_de/products/turbines.html.

60. GINISTY J.

Problèmes sonores au cabinet dentaire.

Inf Dent 2005; 87(40):2553-2556.

61. WILSON CE, VAIDYANATHAN TK, CONITTI WR et coll.

Hearing-damage risk and communication interference in dental practice.

J Dent Res 1990; 69(2):489-493.

62. MUSTER D., VALFREYJ., HUNTZMANN H.

Médicaments psychotropes en stomatologie et en odontologie.

Encycl Med Chir, Méd Buccale. (Paris) : 2008 ; 10 :28-200.

63. SIXOU JL, ROBERT JC.

Prescription chez l'enfant.

<https://www.ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/77f025b6-bbdd-427c-8f8a-f6b1ae2a7a2b/odonto5/html/poly.pdf?inline>

64. ZUNZARREN R.

Guide clinique d'odontologie.

Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2014.

65. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES.

<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/materiel-et-materiaux/gaz-medicaux-meopa.html>

**66. AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES
PRODUITS DE SANTE.**

Plan de gestion du risque concernant la sortie de réserve hospitalière de certaines spécialités à base de mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) 2010.

http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storageoriginal/application/19bfdecff144782b8b1e282de0b4caf.pdf.

67. HAUTE AUTORITE DE SANTE.

Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie. Juin 2005.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_464907/fr/indications-et-contre-indications-de-l-anesthesie-generale-pour-les-actes-courants-d-odontologie-et-de-stomatologie

68. VASSAL JP.

L'entreprise cabinet dentaire : création, association, cession et difficultés. Aspects juridiques et déontologiques.

Les Ullies : Edition EDP Science, 2012.

69. ECOLE DES ASSISTANT(E)S DENTAIRES.

Les différentes catégories de personnel.

http://www.cnqaos.asso.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=91:les-differentes-categories-de-personnel&catid=60&Itemid=92

**70. PURIENE A, PETRAUSKIENE J, JANULYTE V,
BALCIUNIENE I.**

Factors related to job satisfaction among Lithuanian Stomatologija.
Baltic Dent Maxillofac J 2007; 9:109-113.

71. CROCHET R.

Le cabinet dentaire : cabinet médical ou entreprise.
Inf Dent. 2010;92(16):31-33.

72. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES.

Article sur le développement personnel continu, 17 mai 2013.

http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=394&cHash=7727bfca5749bc5fdf3097e6d9f2957

73. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES.

Code de déontologie dentaire, mars 2009.

<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html>

**74. MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR DE LA
RECHERCHE ET DE L'INNOVATION.**

Bulletin Officiel N°31 du 2 septembre 2010, version éditée. Le
certificat d'études supérieures de chirurgie dentaire NOR :
ESRS1000291A arrêté du 27-7-2010 ESG-DGESIP.

http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/rubrique-bo.html?cid_bo=52969

75. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES.

Les Français et leur chirurgien-dentiste, Janvier 2016.

http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=587&cHash=34765a851810e437c0caa004edece3a5

76. ALBERT C.

Les français et leur chirurgien-dentiste, enquête.

Lettre Ordre Nat Chir-Dent 2016;146 :4-11.

77. NGUYEN C.

L'obligation de précision du geste de chirurgie dentaire.

Fil Dent 2006 ; 13 :32-33.

78. DUHAMEL G.

Rapport sur l'opportunité et les modalités d'inscription des assistantes dentaires dans le Code de la santé publique.

Inspection générale des affaires sociales (IGAS) RM2010-110P, Juillet 2010

79. DEVEREUX J., VLACHONIKOLIS I. et BUCKLE P.

Epidemiological study to investigate potential interaction between

physical and psychosocial factors at work that may increase the risk of symptoms of musculo skeletal disorder of the neck and upper limb.
Occup Environ Med 2002;59(4):269–277.

80. LANFRANCHI JB. et DUVEAU A.

Modèles explicatifs des troubles musculo squelettiques (TMS): des facteurs biomécaniques, psychosociaux à la clinique du geste.
Rev Eur Psychol. 2008 ; 58(4) :201-213.

81. APTEL M, CNOCKAERT JC, DELAHAUT J, D'HERTEFELT H, DOUILLET P, A.J. KOMPIER M, KOUKOULAKI T, T. S. KRISTENSEN, LEVI L, LINDSTRÖM K, PERIMÄKI-DIETRICH R, PETERS S, SAPIR M, B. SCHAUFELI W, SCHWEITZER JM, TUDOR O, VOGEL L.

Le stress au travail.

Bull Inf Bureau Tech Eur Santé Sécu. 2002 ; 58(4):201–213.

82. DAVEZIES P.

Souffrance au travail, répression psychique et troubles musculo-squelettiques : perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé.
Les Actes 2013;15(2):28.

<http://pistes.revues.org/3376>

83. LINDFORS P., VON THIELE U, LUNDBERG U.

Work characteristics and upper extremity disorders in female dental health workers.

J Occup Health 2006; 48(3):192-7.

84. SERRATRICE G.

Contractures musculaires.

Encycl Med Chir (Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-088-A-10, 2011.

85. RAMBADU T, SUNEETHA

Prevalence of work related musculoskeletal disorders among physicians, surgeons and dentists : A comparative Study.

Ann Med Health Sci Res 2014 ; 4(4) :578-582.

86. SAYEGH GHOUSSOUB M GHOUSSOUB K

MOUCHARRAFIEH L et coll.

Troubles musculo squelettiques chez une population de chirurgiens-dentistes libanais: Fréquence et facteurs de risque.

J Méd Lib 2005; 53(1):21-27

87. CHRISTINE A.

Esclaves du stress.

J Can Dent Assoc 2000; 66:31-2.

88. RADA RE, JOHNSON-LEONG C.

Stress, burn out, anxiety and depression among dentists.

J Am Dent Assoc 2004; 135:788-794.

**89. NEWTON T, MISTRY K, PATEL A, PATEL P, PERKINS M,
SAEED K, SMITH C.**

Stress in dental specialists: A comparison of six clinical dental specialties.

Prim Dent Care 2002;9(3):100-104.

**90. PURIENE A, PETRAUSKIENE J, JANULYTE V,
BALCIUNIENE I.**

Factors related to job satisfaction among Lithuanian dentists.

Stomatol Baltic Dent Maxillofac J 2007 ; 9:109-113.

**91. A PURIENE, V JANULYTE, M MUSTEIKYTE, R
BENDINSKAITE.**

General health of dentists. Literature review.

Stomatol Baltic Dent Maxillofac J 2007 ; 9 :10-20.

92. R FREY.

Quand le syndrome de l'épuisement professionnel entraîne une dysthymie.

J Can Dent Assoc 2000 ; 66 :33-34.

**93. MIRABEL-SARRON, SIOBUD-DOROCANT E, GUELFJ J. D.,
ROUILLON F.**

Les Dysthymies et leur prise en charge en T.C.C.

J Thér Comport Cogn 2007 ; 17(4) :161-164.

94. BRIAN M. LANGE, ERIC Y. K. FUNG, DAVID G.

Dunning Suicide rate in the dental profession: Fact or myth and coping strategies.

Dental Hypothèses 2012 ; 3 :164-168.

95. BÜGEL P.

Le burn out.

Santé Conjug 2005 ; 32 :33-36

96. AHOLA K, HAKANEN J.

Job strain, burn out, and depressive symptoms: a prospective study among dentists.

J Affect Disord 2007; 104(1/3):103-110.

97. OLIE J-P, LÉGERON P.

Rapport de l'Académie nationale de médecine : le burn out.

Paris : ANM, 2016.

98. MASLACH C, JACKSON SE.

Maslach Burnout Inventory Manual.

Palo Alto (California): Consulting Psychologists Press, 1986.

99. DELBROUCK M.

Le burn out du soignant.

Bruxelles : De Boeck, Larcier, 2003.

100. GREBOT E.

Stress et burn out au travail.

Paris : Eyrolles, 2008.

101. GUERITAUT-CHALVIN V et COOPER C.

Mieux comprendre le burn out professionnel et les nouvelles stratégies de prévention : un compte rendu de la littérature.

J Théor Comport Cogn 2004 ; 14(2) :59-70.

102. TRUCHOT D.

In : Epuisement professionnel et burn out. Concepts, méthodes, interventions.

Paris : Dunod, 2015.

103. TE BRAKE JH, BOUMAN AM, GORTER RC et coll.

Using the Maslach Burnout Inventory among dentists: burn out measurment and trends.

Com Dent Oral Epidemiol 2008; 36(1):69-75.

104. SCHAUFELI WB, BAKKER AB, HOOGDUIN K et coll.

On the clinical validity of the maslach burn out inventory and the burn out measure.

Psychol Health 2001; 16(5):565-582.

105. BRÜHLMANN T.

Diagnostic et traitement du burn out en pratique.

Forum Med Suisse 2012 ; 12(49) :955-960.

106. ZAWIEJA P.

Le Burn out, mal du siècle.

Sci Hum 2017 ; 290 :137-140.

107. CENTRE D'ETUDE SUR LE STRESS HUMAIN.

Le Stress et vous.

<http://www.stresshumain.ca/>

108. ROGER E, ALEXANDER, D.D.S.

Stress-related suicide by dentists and other health care workers: Fact or folklore?

J Am Dent Assoc 2001 ; 132(6) :786-794.

109. SIMPSON R, BECK J, JAKOBSEN J, SIMPSON J.

Suicide statistics of dentists in Iowa, 1968 to 1980.

J Am Dent Assoc 1983 ; 107(3) :441-3.

110. STACK S.

Suicide risk among dentist: A multivariate analysis.

Deviant Behavior 2010; 17(1):107-117.

**111. REPERTOIRE NATIONAL DES CERTIFICATIONS
PROFESSIONNELLES.**

<http://www.rncp.cncp.gouv.fr/>

112. BONNAFOUS F.

Bien organiser son cabinet dentaire.

Paris : Quintessence Internationale, 2015.

113. CROCHET R.

Mieux gérer son agenda.

Inf dent 2015 ; 131:44-46.

114. COCHET R.

Le manuel du chirurgien-dentiste manager.

Créteil : Le Fil Dentaire, 2005.

115. COCHET R.

Les fondements d'une bonne collaboration.

Prof Assist Dent 2007 ; 7(5):8-10.

116. MASINI G.

Des primes pour motiver !

Indépendentaire 2015 ; 33 :38-40.

117. DIRIDOLLOU B.

Manager son équipe au quotidien.

Paris : Eyrolles, 2005.

118. L'EXPRESS

119. MOREL C.

La haute fiabilité contre le stress.

Inf Dent 2015 ; 97(41/42):24-28.

120. DR PERREAUT-PIERRE E.

La préparation mentale au service des chirurgiens-dentistes en situation de stress aigu.

Inf Dent 2015 ; 97(41/42) :62-66.

121. LAIGNEAU F.

Les protocoles, une parade au stress, interview.

Inf Dent 2015 ; 97(41/42) :38-41.

122. GRANRY JC, MOLL MC.

Haute Autorité de Santé. État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins.

<http://www.has-sante.fr>

123. JAFFRELOT M.

La formation par simulation pour faire face au stress.

Inf Dent 2015 ; 97(41/42) :58-61.

124. GAUTIER MA, LANGEVIN V.

Institut National de Recherche et de Sécurité.

Les risques psychosociaux : le stress au travail les étapes d'une démarche de prévention.

<http://www.inrs.fr/publications/essentiels/risques-psychosociaux.html>

125. GORTER, R.C

Burn out among dentists: Identification and prevention. Literature Review.

Amsterdam: Univ Amsterdam January 2000.

<https://dare.uva.nl/search?identifieur=e2117e07-7e2d-4acc-93dd-bfe4d69469f6>

126. FELTON JS.

Burn out as a clinical entity, its importance in health care workers.

Dep Med, Univ Calif, USA. 1998; 48(4):237-50.

**127. CONFEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS
DENTAIRE.**

<http://www.cnsd.fr/services-a-outils/observatoire-nationale-de-la-sante-des-chirurgiens-dentistes>

128. LOUBRY N.

Maladie et insuffisance pro.

<https://www.macsfr-exerciceprofessionnel.fr/Reglementation-et-actualite/Prevention-des-risques/maladie-insuffisance-pro>

Figure 1 : Le schéma de Berggren (1984)



Figure 2 : Dental Anxiety Scale (DAS)

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Tâchez toujours de choisir une réponse. Ne réfléchissez pas trop longtemps.	
1.	Si vous deviez aller chez le dentiste demain, comment réagiriez-vous? 0 Je considérerais cela comme une expérience plutôt agréable 0 Cela ne me dérangerait pas beaucoup 0 Je ne me sentirais pas tout à fait à l'aise 0 J'aurais peur que cela ne soit désagréable ou douloureux 0 J'aurais horriblement peur de ce que le dentiste devra faire
2.	En attendant votre tour dans la salle d'attente du dentiste, comment vous sentez-vous? 0 Détendu 0 Pas tout à fait à mon aise 0 Tendu 0 Anxieux 0 Si anxieux que j'en ai des sueurs ou que je me sente mal
3.	Une fois installé dans le fauteuil du dentiste, attendant que celui-ci prépare la fraise avec laquelle il va soigner votre dent, comment vous sentez-vous? 0 Détendu 0 Pas tout à fait à mon aise 0 Tendu 0 Anxieux 0 Si anxieux que j'en ai des sueurs ou que je me sente mal
4.	Vous êtes assis dans le fauteuil du dentiste pour un nettoyage de vos dents. Alors que vous attendez et que le dentiste prend les instruments dont il aura besoin pour détartrer vos dents, comment vous sentez-vous? 0 Détendu 0 Pas tout à fait à mon aise 0 Tendu 0 Anxieux 0 Si anxieux que j'en ai des sueurs ou que je me sente mal

Figure 3 : Modified Dental Anxiety Scale (MDAS)

POURRIEZ-VOUS NOUS DIRE VOTRE NIVEAU D'ANXIÉTÉ, SI C'EST LE CAS, LORS DE VOTRE VISITE CHEZ LE DENTISTE ?

VEUILLEZ INDIQUER EN NOTANT 'X' DANS LA CASE APPROPRIÉE

Si vous devez rendre visite à votre dentiste pour un TRAITEMENT DEMAIN, comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux ☐ Légèrement anxieux ☐ Assez anxieux ☐ Très anxieux ☐ Extrêmement anxieux ☐

Si vous êtes assis dans la SALLE D'ATTENTE (en attente de votre traitement), comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux ☐ Légèrement anxieux ☐ Assez anxieux ☐ Très anxieux ☐ Extrêmement anxieux ☐

Si l'on est sur le point de vous FRAISER UNE DENT, comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux ☐ Légèrement anxieux ☐ Assez anxieux ☐ Très anxieux ☐ Extrêmement anxieux ☐

Si l'on est sur le point de vous DÉTARTRE ET DE VOUS POLIR LES DENTS, comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux ☐ Légèrement anxieux ☐ Assez anxieux ☐ Très anxieux ☐ Extrêmement anxieux ☐

Si vous êtes sur le point de recevoir une INJECTION ANÉSTHÉSIQUE LOCALE dans votre gencive, au-dessus d'une dent supérieure à l'arrière, comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux ☐ Légèrement anxieux ☐ Assez anxieux ☐ Très anxieux ☐ Extrêmement anxieux ☐

Instructions pour la notation (supprimer la section ci-dessous avant de copier pour l'utilisation par les patients)

L'échelle d'anxiété dentale modifiée. Chaque élément est noté de la manière suivante :

Pas anxieux	=	1
Légèrement anxieux	=	2
Assez anxieux	=	3
Très anxieux	=	4
Extrêmement anxieux	=	5

Le score total est la somme des cinq éléments, située entre 5 et 25 : un score à partir de 19 ou au-delà indique un patient souffrant d'une anxiété élevée de nature dentaire, probablement une phobie dentaire.

Figure 4 : Echelle Visuelle Analogique (EVA)

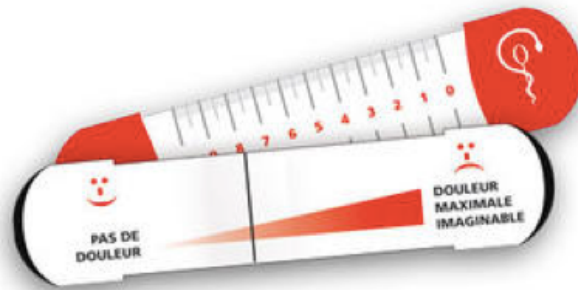


Figure 5 : State and Trait Anxiety Index

	Non	Plutôt oui	Plutôt non	Oui
1 Je me sens calme.	☐	☐	☐	☐
2 Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.	☐	☐	☐	☐
3 Je suis tendu, crispé.	☐	☐	☐	☐
4 Je me sens surmené.	☐	☐	☐	☐
5 Je me sens tranquille, bien dans ma peau.	☐	☐	☐	☐
6 Je me sens ému, bouleversé, contrarié.	☐	☐	☐	☐
7 L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.	☐	☐	☐	☐
8 Je me sens content.	☐	☐	☐	☐
9 Je me sens effrayé.	☐	☐	☐	☐
10 Je me sens à mon aise.	☐	☐	☐	☐
11 Je sens que j'ai confiance en moi.	☐	☐	☐	☐
12 Je me sens nerveux, irritable.	☐	☐	☐	☐
13 J'ai la frousse, la trouille j'ai peur.	☐	☐	☐	☐
14 Je me sens indécis.	☐	☐	☐	☐
15 Je suis décontracté, détendu.	☐	☐	☐	☐
16 Je suis satisfait.	☐	☐	☐	☐
17 Je suis inquiet, soucieux.	☐	☐	☐	☐
18 Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté, dérouté.	☐	☐	☐	☐
19 Je me sens solide, posé, pondéré, réfléchi.	☐	☐	☐	☐
20 Je me sens de bonne humeur, aimable.	☐	☐	☐	☐

CERRINA (Constance). – Gestion du stress au cabinet dentaire : le patient et les professionnels.

-126 f ; ill. ; tabl. ; 128 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2018)

RESUME

Le but de cette thèse est de faire le point sur l'anxiété au cabinet dentaire, au travers de deux points de vue : celui du patient et celui du soignant.

En effet il s'agit pour chacun d'un lieu de stress s'il est mal appréhendé. Ainsi nous avons mis en avant d'une part les causes et les conséquences du stress de nos patients au cabinet dentaire et les moyens possibles pour y remédier. D'autre part les étiologies et conséquences du stress chez les professionnels au sein de la structure de soin que sont : le chirurgien-dentiste, l'assistante et la secrétaire, et les moyens connus pour aborder le travail plus sereinement.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Santé publique

MOTS CLES MESH :

Phobie des soins dentaires - Dental anxiety

Anxiété – Anxiety

Relations dentiste-patient – Dentist-patient relations

Dentistes – Dentists

Assistants dentaires – Dental assistants

Etiologie – Etiology

Epuisement professionnel – Burnout professional

JURY

Président : Professeur Amouriq Y.

Directeur : Docteur Amador Del Valle G.

Assesseur : Professeur Le Guehennec L.

Assesseur : Docteur Le Bars P.

ADRESSE DES AUTEURS

2 bis rue Harouys 44 000 Nantes