

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2023

N°:

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

Présentée et soutenue publiquement le [03 MAI 2023]

Par François CREME

Né le 27 mars 1997 à Lesquin – France

**GESTION NON PHARMACOLOGIQUE DE L'ANXIÉTÉ DU PATIENT AU
CABINET DENTAIRE**

JURY

Président : Professeur Thomas COLARD

Assesseeurs : Docteur Mathilde SAVIGNAT
Docteur Philippe BOITELLE
Docteur Thomas TRENTESAUX

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2023

N°:

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

Présentée et soutenue publiquement le [03 MAI 2023]

Par François CREME

Né le 27 mars 1997 à Lesquin – France

**GESTION NON PHARMACOLOGIQUE DE L'ANXIÉTÉ DU PATIENT AU
CABINET DENTAIRE**

JURY

Président : Professeur Thomas COLARD

Assesseeurs : Docteur Mathilde SAVIGNAT
Docteur Philippe BOITELLE
Docteur Thomas TRENTESAUX



Président de l'Université	:	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université	:	M-D. SAVINA
Doyen UFR3S	:	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S	:	G. PIERSON
Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S	:	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services	:	M. DROPSIT
Responsable de la Scolarité	:	G. DUPONT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

K. AGOSSA	Parodontologie
P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
C. DELFOSSE	Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S Odontologie Pédiatrique
E. DEVEAUX	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Responsable du Département de Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
X. COUDEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du jury...

Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur au Muséum National d'Histoire Naturelle en Anthropologie Biologique

Chargé de mission Recherche

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille2

Master Recherche Biologie Santé - Spécialité Physiopathologie et Neurosciences

Responsable du Département des Sciences Anatomiques Chargée de mission PASS - LAS

Monsieur le Docteur Philippe BOITELLE

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

*Section Réhabilitation Orale
Département Prothèses*

Docteur en Chirurgie Dentaire
Habilitation à Diriger des Recherches (Université de Lille)
Docteur de l'Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité. Spécialité : Mécanique des matériaux.

Master 2 recherche Biologie et Santé, mention Biologie cellulaire et biologie quantitative – Université Lille2
Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales – Université Lille2
CES d'Odontologie Prothétique option Prothèse fixée – Université Paris Descartes

Prix 2006 Annual Scholarship Award for outstanding academic achievements in dentistry – Pierre Fauchard Academy Foundation – New-York – U.S.A

Responsable du Département de Prothèses
Responsable de l'Unité Fonctionnelle de Prothèse
Responsable du DU Biomimétique, Esthétique et Numérique (Lille) Chargé de mission à la Formation Continue

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

*Section Développement, Croissance et Prévention
Département Odontologie Pédiatrique*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Ethique et Droit Médical de l'Université Paris Descartes (Paris V)

Certificat d'Etudes Supérieures de Pédodontie et Prévention – Paris Descartes (Paris V)

Diplôme d'Université « Soins Dentaires sous Sédation » (Aix-Marseille II)

Master 2 Ethique Médicale et Bioéthique Paris Descartes (Paris V)

Formation certifiante « Concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient »

Vice-président de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique Responsable du département d'Odontologie Pédiatrique

Table des matières

ANNEXES.....	13
INTRODUCTION	14
1. PSYCHOLOGIE DU PATIENT AXEE SUR L'ODONTOLOGIE	15
1.1. Troubles anxieux et terminologies (anxiété, phobie, peur, stress, ...).....	15
1.1.1. Troubles Anxieux	15
1.1.2. L'anxiété.....	16
1.1.3. L'angoisse.....	16
1.1.4. La crainte.....	17
1.1.5. La peur	17
1.1.6. La phobie.....	17
1.2. Odontophobie.....	18
1.2.1. Histoire de l'art dentaire au fil des années	18
1.2.2. La vision du chirurgien-dentiste qui évolue, mais une anxiété qui perdure.....	19
1.2.3. L'origine de la peur de nos patients.....	20
1.2.4. Les différents types de peur.....	21
1.2.5. Les conséquences de la peur sur la vie des patients.....	23
1.2.6. Symbolisme de la sphère orale.....	24
1.2.7. La relation patient-praticien.....	26
1.2.8. L'anxiété d'un point de vue neurologique et physiologique	27
1.2.9. Le comportement des patients anxieux en fonction de leur âge	30
1.2.10. L'influence du style parental sur l'anxiété du jeune patient	31
2. LES METHODES D'EVALUATION DE L'ANXIETE	33
2.1. Mesures objectives : physiologiques.....	33
2.2. Mesures subjectives.....	33
2.2.1. Auto-évaluation.....	33
2.2.2. Hétéro-évaluation.....	37
2.3. Technique projective : le dessin.....	38
3. L'ENVIRONNEMENT AU CABINET DENTAIRE : L'EXPLORATION DES 5 SENS.....	41
3.1. La vue	41
3.1.1. Ce qu'il faut éviter	41
3.1.2. Aménagement du cabinet en fonction des salles.....	41
3.1.3. Les couleurs.....	44
3.1.4. La technologie en dentisterie.....	44
3.1.5. Tenues vestimentaires de l'équipe soignante	45
3.1.6. Distraction (télévisions, ipad...) / Réalité virtuelle.....	45
3.2. L'ouïe.....	49
3.2.1. Ce qu'il faut éviter	49
3.2.2. Musicothérapie	50
3.3. L'odorat	52
3.3.1. Ce qu'il faut éviter	52
3.3.2. Aromathérapie (Huiles essentielles).....	52
3.4. Le goût.....	53
3.4.1. Ce qu'il faut éviter	53
3.5. Le toucher.....	53
3.5.1. Ce qu'il faut éviter	53
3.6. Un sixième sens insoupçonné ?	54
4. LES DIFFERENTES TECHNIQUES DE GESTION DE L'ANXIETE	56
4.1. Techniques de gestion du comportement ou BMT (Behaviour Management Technics).....	56
4.1.1. Techniques de Communication	56
4.1.2. « Tell-show-do » (expliquer – montrer - faire).....	56
4.1.3. Technique de modélisation/modelage	57
4.1.4. Techniques de modifications comportementales par la distraction et le renforcement...57	
4.1.5. Le stop signal.....	58

4.1.6.	Autres techniques.....	58
4.2.	TCCE : Techniques Cognitives, Comportementales et Émotionnelles	58
4.2.1.	Thérapies cognitives	59
4.2.2.	Désensibilisation systématique / thérapie d'exposition	59
4.2.3.	TAS - Thérapie d'affirmation de soi	59
4.2.4.	Techniques de Relaxation / Biofeedback (BFB) / Cohérence cardiaque	60
4.2.5.	ACT (thérapie d'acceptation et d'engagement).....	61
4.3.	Méditation.....	62
4.4.	Sophrologie.....	63
4.5.	Hypnose.....	64
4.6.	PNL (Programmation Neuro-Linguistique).....	66
4.7.	Phytothérapie	66
4.8.	Autres	67
4.8.1.	Acupuncture.....	67
4.8.2.	Shiatsu	67
4.8.3.	RESC (Résonance Énergétique par Stimulation Cutanée)	67
4.8.4.	Feng shui, Qi Qong.....	68
CONCLUSION		69
BIBLIOGRAPHIE.....		70
ANNEXES.....		79
ICONOGRAPHIE.....		86

Annexes :

Annexe n°1 : *CDAS (Corah's Dental Anxiety Scale) : L'échelle de Corah*

Annexe n°2 : *MDAS (Modified Dental Anxiety Scale) : L'échelle de Corah modifiée*

Annexe n°3 : *DAI : Dental Anxiety Inventory*

Annexe n°4 : *IDAF 4C (Index of Dental Anxiety and Fear) : indice d'anxiété et de peur dentaire*

Annexe n°5 : *DFS : Dental Fear Survey*

Annexe n°6 : *MCDAS : Modified Child's Dental Anxiety Scale*

Annexe n°7 : *CFSS-DS : Children's fear survey schedule-Dental Subscale*

Annexe n°8 : *STAIC : State Trait Anxiety Inventory for children*

Introduction

De nos jours encore de nombreux patients retardent voire refusent les soins dentaires par peur ou appréhension. En effet, malgré de nombreux progrès technologiques et scientifiques améliorant la prise en charge des patients, cette angoisse du dentiste est ancrée dans notre société, et donne une image négative de notre profession. Cela impacte donc la santé bucco-dentaire de la population.

De ce fait l'anxiété dentaire devrait être une préoccupation majeure pour un chirurgien-dentiste du XXIème siècle afin de bâtir une relation patient-praticien sur de la confiance le tout dans un climat apaisant. Ainsi nous pourrions délivrer des soins de qualité dans une atmosphère agréable tant pour le soigné que pour le soignant.

L'objectif de cet exposé est donc de trouver des méthodes nous permettant de prendre en charge au mieux cette anxiété sans recours à des solutions pharmacologiques. Pour cela il est important de connaître les origines de cette phobie, les éléments anxiogènes mais également les méthodes d'évaluations ainsi que les techniques pour gérer au mieux l'anxiété du patient dans un environnement adapté aux soins.

1. Psychologie du patient axée sur l'odontologie

1.1. Troubles anxieux et terminologies (anxiété, phobie, peur, stress, ...)

La langue française est très riche et de multiples termes permettent de décrire un même sentiment.

L'anxiété, la peur, la phobie, l'angoisse, la crainte, l'appréhension ou encore la panique peuvent définir les troubles anxieux. La subtilité qui réside entre ces différents termes peut être difficile à cerner. En effet, on les rencontre souvent dans la littérature de façon équivalente (1).

Il sera donc intéressant de commencer ce travail en tentant de définir chacun d'entre eux.

1.1.1. Troubles anxieux

Ces troubles sont très présents dans notre société, ils sont d'ailleurs parmi les plus fréquents de l'ensemble des troubles mentaux.

Leur prévalence sur la vie d'un individu est variable selon les études mais peut atteindre 21%, soit une personne sur cinq. On remarque aussi que les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes (2,3,4).

Une étude réalisée en 1999 montrait déjà cette différence d'anxiété entre les deux sexes (5).

Ces troubles mentaux sont tous regroupés dans un manuel diagnostique et statistique venant de l'association américaine de psychiatrie appelé le DSM V (6).

Ils sont caractérisés dans ce manuel par une « peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique » (7,8).

La HAS (Haute Autorité de Santé) les définit comme « une sensation de peur, des inquiétudes, des craintes, des signes de stress, avec une angoisse prédominante ». Ils sont souvent « excessifs par rapport à leur danger réel ou supposé » ce qui « perturbe durablement notre vie quotidienne ».

Différentes maladies y sont référencées telles que :

- Un trouble « d'anxiété généralisée » (état d'inquiétude)
- « Un trouble panique » (répétition d'attaques de panique) associé ou non à de l'agoraphobie
- « Une anxiété ou phobie sociale » (crainte intense et persistante des rapports sociaux)
- « Un trouble obsessionnel compulsif (TOC) »
- « Un état de stress post traumatisme » (ESPT)
- « Une phobie spécifique » qui est une « angoisse inadaptée à un objet, animal ou situation » comme « le sang, les soins dentaires, les piqûres, ... ». Elle est la plus fréquente (3,9).
- Ou encore le trouble d'anxiété de séparation (4)

De nos jours, il y a une volonté croissante de prise en charge et de reconnaissance de cette pathologie chronique. L'ALD (affection longue durée) numéro 23 « Trouble anxieux grave » peut d'ailleurs depuis plusieurs années être demandée par le médecin traitant (9).

1.1.2. L'anxiété

L'anxiété est une peur anticipée. Elle est causée par l'incertitude d'une situation, l'appréhension d'un événement, une menace imminente et s'accompagne de symptômes neurovégétatifs. Elle n'a pas d'objet précis et sa source peut être réelle ou fantasmatique (anxiété réaliste et anxiété névrosée selon Freud). Le danger qui la provoque est anormalement exagéré (10).

Selon le dictionnaire Larousse, l'anxiété est une inquiétude pénible, une tension nerveuse ainsi qu'un trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité (11).

L'anxiété peut être un phénomène normal car exprimée par tous les individus, en revanche elle peut prendre un caractère excessif ou pathologique lorsqu'elle est trop intense ou inadaptée (7).

1.1.2.1. Anxiété trait – anxiété état

L'anxiété peut être classée en deux catégories selon Spielberger : l'anxiété-état et l'anxiété-trait (12).

L'anxiété-état aussi appelée situationnelle s'observe lors d'une situation précise. C'est une réaction émotionnelle ponctuelle qui survient lors d'une situation stressante comme lors de la vue d'une aiguille d'anesthésie par exemple. Elle est donc de nature immédiate et de courte durée.

A l'inverse l'anxiété-trait appelée aussi caractérielle fait, selon sa définition, partie intégrante de la personnalité de l'individu, c'est une caractéristique générale. En exemple on pourrait donner la peur d'aller voir un chirurgien-dentiste.

Selon Spielberger c'est une « disposition comportementale » (12).

Cette réaction est plus ancrée et ne nécessite pas de situation spécifique, elle s'inscrit donc plus durablement dans le temps, contrairement à la première qui se manifeste sur de courtes périodes. C'est donc là que résiderait la différence entre les deux selon Eysenck (13).

1.1.3. L'angoisse

L'angoisse vient du latin « Angustia » signifiant passage étroit, étroitesse. C'est une peur irrationnelle provoquant des sensations pénibles de malaise profond et d'extrême inquiétude. Elle est déterminée par l'impression diffuse d'un danger vague, imminent devant lequel on reste désarmé et impuissant (14).

Cette impression est corrélée à des douleurs psychiques ainsi qu'à des sentiments physiques (constriction épigastrique voire paralysie totale) provoquant des symptômes neurovégétatifs caractéristiques (transpiration, tremblements, vertiges,...) (15).

La différence avec l'anxiété selon Brissaud (cité par Guelfi) serait psychique alors que l'angoisse serait plutôt somatique. Mais maintenir une telle limite apparaît difficile et artificiel (16).

1.1.4. La crainte

Selon le Larousse, « la crainte est une appréhension d'un danger, d'une douleur ou d'un mal à venir » (11).

1.1.5. La peur

Selon le Larousse, la peur est un « sentiment d'angoisse, d'appréhension de crainte, éprouvé en présence ou à la pensée d'une menace ou d'un danger réel ou supposé » (11).

C'est une émotion normale, primaire et fondamentale éprouvée par l'ensemble des êtres vivants. Sartre dit d'ailleurs « Tous les hommes ont peur. Tous. Celui qui n'a pas peur n'est pas normal ; ça n'a rien à voir avec le courage ».

Les signes visibles de la peur sont selon Charles Darwin « la pâleur du visage, des tensions des muscles faciaux qui entraînent le plissement des yeux et l'apparition de rides au niveau de la pyramide nasale » (17).

La peur sert de signal d'alarme pour nous amener à faire face au danger de la meilleure façon possible. Son intensité varie en fonction du danger et disparaît une fois celui-ci passé. Cependant la peur peut être disproportionnée et devenir source de souffrance ; elle devient donc pathologique (10).

1.1.6. La phobie

Lorsque la peur devient démesurée et irrationnelle elle prend le nom de phobie (18). Cette dernière vient du grec « phobos » signifiant peur (19).

Selon le Larousse, la phobie est une « crainte angoissante et injustifiée d'une situation, d'un objet ou de l'accomplissement d'une action » (11).

Cette peur très intense et incontrôlable se déclenche de façon quasi systématique et immédiate lors de la confrontation à l'objet ou à la situation.

Selon le dictionnaire de psychologie, la phobie est définie comme une affection mentale (14).

De plus, on remarque que face à cette phobie des conduites de défense et d'évitement peuvent faire naître des sentiments de repli sur soi, de fuite ou d'agressivité.

Parmi les différentes phobies, il y a les phobies spécifiques. Ce sont celles qui nous intéressent le plus (le sang / les soins dentaires / les piqûres) (10).

La différence entre les termes définis ci-dessus est très subtile dans la littérature. Nous les utiliserons alors de manière équivalente afin de désigner cette notion « d'anxiété » du patient.

1.2. Odontophobie

L'odontophobie est plus communément appelée la « peur du dentiste ». Elle touche en moyenne entre 5 et 15% des adultes des pays industrialisés (20).

Cette prévalence fluctue selon la culture de la population et selon les outils et méthodes employés (21).

Néanmoins elle reste l'une des phobies les plus répandues (22).

L'odontophobie est catégorisée dans les « phobies spécifiques » du DSM V. Selon la HAS, la prévalence d'une phobie spécifique sur un an est de 4,7% et de 11,6% sur une vie entière (23).

De ce fait nous n'évoquons pas là une simple anxiété que pourrait ressentir un patient face aux soins dentaires, mais bien un malaise intense ressenti et un sentiment d'évitement associé (24).

En cas d'exposition aux soins dentaires, le patient développe immédiatement et de manière imprévisible une réaction d'anxiété (25).

Celle-ci peut s'accompagner de nombreux symptômes tels des palpitations, transpiration, tremblements, secousses musculaires, impression d'étouffement, gêne thoracique, sensation de vertiges, peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou, peur de mourir, frissons, bouffées de chaleur etc... Ces symptômes sont énoncés par la HAS afin de définir les troubles paniques (26).

1.2.1. Histoire de l'art dentaire au fil des années

En effet, diverses communautés vont se revendiquer aptes à l'exercice des soins dentaires. On va trouver les barbiers, les chirurgiens généralistes et les nomades qui vont tous transmettre, cette image négative de charlatanisme tant connue de notre profession (27).

Il faudra donc attendre 1699 pour que soient créés les experts dentaires ou chirurgiens-dentistes au sein du monde médical grâce à l'édit royal de Louis XIV.

Puis le XIX^{ème} siècle, pour avoir la création du diplôme permettant une pratique plus respectueuse du patient avec des techniques plus modernes (28).

En près de 5000 ans, la chirurgie dentaire s'est fortement structurée. Nous sommes passés de l'arracheur de dents à un praticien moderne.

A travers cette période de 50 siècles, la volonté de supprimer les douleurs opératoires a toujours été le souci majeur des chirurgiens-dentistes afin d'opérer le plus possible dans le calme.

1.2.2. La vision du chirurgien-dentiste qui évolue, mais une anxiété qui perdure

Malgré l'évolution du métier de chirurgien-dentiste, passant de la vision du « bourreau » à la vision professionnelle et « high-tech », l'anxiété des patients liée aux soins dentaires est toujours présente.

Cette anxiété a pu trouver sa source dans le domaine artistique tel que les spectacles tragiques des arracheurs de dents, qui faisaient hurler les patients sur les places publiques. On les rencontre également dans le domaine de la littérature ou celui de la peinture (Figure 01).



Figure 01 : Œuvre de Domenico Tiepolo – Le charlatan ou l'arracheur de dents – 1754.

De plus, on peut la retrouver aussi dans le domaine du cinéma avec le film « The Dentist » de Brian Yuzna, ou même au sein des médias lorsque l'on évoque les dentistes « bouchers », qui « escroquent » leurs patients.

Dernièrement il y a même les réseaux sociaux qui maintiennent une image négative, en montrant les sourires de stars mutilées par leur dentiste, passant les dents au « taille-crayons ».

Les photos et vidéos de jeunes patients dépités après des soins à l'étranger aux résultats désastreux, corroborent également cette image (Figure 02).

Il serait donc intéressant de connaître les origines possibles de cette anxiété persistante.



Figure 02 : Une influenceuse qui a refait ses dents en Turquie (29).

1.2.3. L'origine de la peur de nos patients

Il est difficile aujourd'hui d'établir les raisons exactes d'une phobie dentaire chez un patient. Les étiologies sont multifactorielles et multidimensionnelles.

On peut en revanche distinguer deux grandes sortes de facteurs : (30)

1.2.3.1. Les facteurs internes

La peur peut trouver son origine avec des facteurs internes aussi appelés facteurs innés.

- En premier lieu, on trouve une origine psychologique avec le trait d'anxiété générale qui est une prédisposition émotive (anxiété trait défini au « 1.1.2.1 »).
- La deuxième origine peut être l'influence génétique.
 - En effet même si ce mode de transmission est plus difficile à identifier (31), plusieurs gènes peuvent être responsables d'une vulnérabilité à la peur et pourront être plus ou moins exprimés.
Le gène du récepteur de la mélanocortine de type 1 (MC1R) qui est responsable de la couleur de cheveux pourrait avoir son importance. En effet il a été déterminé comme « prédicteur de la crainte dentaire », de la « peur de la douleur » et donc de « l'évitement des traitements dentaires » (32).
 - Cette hypothèse d'une prédisposition biologique est appuyée aussi par l'existence d'une agrégation familiale des troubles anxieux. Elle est certes faible mais à prendre en compte (33,34).

Il existerait donc un patrimoine phobique qui pourrait se transmettre de génération en génération (35).

1.2.3.2. Les facteurs externes

Cette peur peut également puiser son origine avec des facteurs externes cette fois appelés facteurs acquis.

Ils ont pour leur grande majorité une influence environnementale.

- Dans un premier temps, le patient peut être conditionné par un traumatisme antérieur.
 - En effet, la peur peut être provoquée par des expériences traumatisantes survenues pendant l'enfance. On parle de mémoire émotionnelle (36–38).
 - On retrouve parmi elles : les douleurs ressenties lors d'anciens soins d'urgence, la perte de dents ou encore le souvenir de la « blouse blanche » lors d'un séjour à l'hôpital, encore appelé nosocomphobie.

- Une étude réalisée en 2002 sur des patients norvégiens anxieux du cabinet dentaire rapporte que cette peur provenait, pour 50% d'entre eux, de l'enfance et pour 27% d'entre eux de l'adolescence (39).
- Le patient craint donc une situation similaire, une peur anticipée de la douleur (40).
- Il peut être conditionné ensuite de manière indirecte, par le biais d'autrui.
 - L'une des influences la plus fréquente est l'entourage familial avec leurs mauvaises expériences vécues (41).
C'est particulièrement vrai pour les parents (42).
 - Dans une étude réalisée à l'université de Madrid, on peut lire que les pères sembleraient un peu plus influents dans la transmission de la peur (43).
 - En parallèle dans l'étude de Corkey et Freeman datant de 1994, on établit une forte corrélation entre l'anxiété de la mère et celle de son enfant. C'est un pré-conditionnement négatif (44).
 - Un entourage plus lointain peut être aussi impactant avec les avis négatifs faits sur les cabinets dentaires, que ça soit par bouche à oreille ou par les avis Google sur internet.
- Enfin en fonction des études, on trouve aussi les facteurs socio-économiques qui ont un rôle dans l'origine de la peur.
 - Ce facteur est particulièrement vrai chez les enfants (45).
 - En effet, les enfants anxieux appartiennent plus souvent aux catégories défavorisées.
De plus, un lien existe entre la classe sociale et l'état bucco-dentaire du fait de l'hygiène défectueuse et des habitudes alimentaires. Ces enfants nécessitent davantage de soins, et donc, la probabilité d'être anxieux est plus forte (46).
 - On le remarque aussi dans une étude ivoirienne réalisée en 2012, où le résultat montrait que la prévalence de l'anxiété était plus importante dans les familles à revenu faible (47).

Après avoir énuméré les différents facteurs à l'origine de la peur du patient, il serait judicieux de tenter de comprendre les raisons de cette dernière.

1.2.4. Les différents types de peur

Maintenant que l'on a spécifié les sources étiologiques de l'anxiété dentaire, nous allons énumérer les éléments qui la causent.

L'un des plus fréquents est la peur des instruments utilisés par le dentiste. Parmi eux, il y a la bélonéphobie qui est la peur des aiguilles utilisées lors de l'anesthésie,

communément appelée « piqûre » par les patients. On estime qu'elle touche 10% de la population (48).

La turbine appelé « roulette » ainsi que le bruit des fraises sont aussi à l'origine du stress du patient.

Ensuite l'impuissance et la perte de contrôle, ressenties par le patient une fois dans le cabinet, lui suscitent aussi une grande anxiété. Le fait que le dentiste pénètre dans l'intimité profonde du patient et que ce dernier ne puisse pas être maître de la situation, l'angoisse (22).

L'absence ou la perte de confiance du patient envers le dentiste brise la relation praticien-patient. Beaucoup d'entre eux ont également peur de l'incompétence du dentiste, ou de la possibilité de contracter une infection par manque d'hygiène de ce dernier.

Ils ont peur de contamination croisée ou de la nocivité de certains matériaux comme l'amalgame par exemple.

A l'inverse, le patient peut aussi avoir peur et être « honteux » de montrer sa bouche car il la considère comme « un chantier ».

En parallèle l'attitude du dentiste va aussi avoir un rôle sur la peur du patient (49). Son stress, le manque d'explications, son mépris sont des éléments d'anxiété. A l'inverse le comportement empathique pourrait réduire cette peur (50) (Figure 03).



Figure 03 : Sympathie, compassion, empathie : quelle différence (51) ?

Certains patients ont peur de la vue du sang, appelée aussi hémaphobie (52), alors que d'autres sont déjà angoissés à l'idée du rendez-vous ou projettent les dépenses onéreuses qui vont lui être demandées suite aux soins.

D'autres ont peur des traitements tels que les soins sur dent vitale, les dévitalisations, les chirurgies et surtout les extractions (53) : (5)

- D'après les études de Irving Janis (54), un simple soin carieux avait en amont du traitement, un pourcentage d'anxiété semblable aux chirurgies majeures et mineures. En revanche une fois fini, le soin carieux a récupéré un niveau d'anxiété très faible contrairement à celui des chirurgies qui reste assez haut (Figure 04).

- On retrouve également ces résultats dans une étude sur les patients hospitalisés en psychiatrie où l'anxiété diminuait de manière significative après les soins bucco-dentaires (55).
- Nous sommes donc confrontés aujourd'hui davantage à la peur du traitement et non pas à la peur de la maladie.

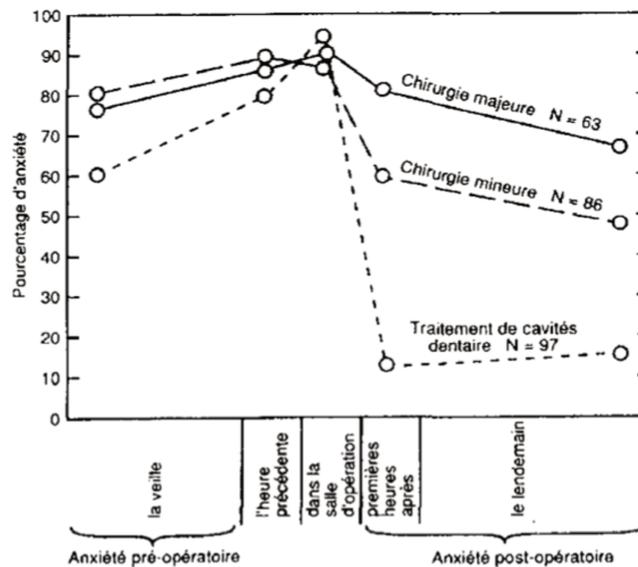


Figure 04 : Évolution de l'anxiété dans le temps chez différents groupes de patiente en chirurgie (54).

Enfin, et elle fait partie des principales sources d'anxiété, le patient craint la douleur. Il a peur de souffrir. C'est d'ailleurs, selon l'évaluation au sein du CHU de Nice, la principale cause (53).

Cela s'explique par le fait que l'angoisse abaisse le seuil de la douleur (56).

- L'intensité de la perception de la douleur est amplifiée dans un environnement médical.
- Dans ce milieu hostile, le patient se tient bien plus en éveil et reste très vigilant vis-à-vis de ses sensations ressenties.
- Ce sont particulièrement les douleurs post-opératoires qui sont craintes (57).
- Une autre étude a également montré qu'il existait un lien entre cette anxiété et les complications post-opératoires enregistrées en salle de réveil (58).
- Montaigne a d'ailleurs dit « Qui craint de souffrir souffre déjà de ce qu'il craint », essais, III, 13.

La quasi-intégralité des peurs évoquées sont donc en rapport avec les soins dentaires ou le soignant (59).

En revanche elles ne sont pas sans effet sur le quotidien de nos patients.

1.2.5. Les conséquences de la peur sur la vie des patients

Outre les effets néfastes de l'anxiété sur la santé, l'irrégularité des rendez-vous dentaires font rentrer le patient dans ce que l'on appelle le CERCLE VICIEUX de la peur (Figure 05).



Figure 05 : Cercle vicieux de la peur des soins dentaire selon Berggren (cité par Moore) (60).

Les patients, du fait de leur anxiété, évitent les soins dentaires. Cela entraîne inévitablement une détérioration de la dentition. De cette détérioration va naître un sentiment de culpabilité, de honte et d'infériorité, qui renforce de manière directe la peur et l'anxiété.

On retrouve donc à nouveau un évitement des soins dentaires ce qui fait perdurer ce cercle vicieux.

Cette spirale provoque un préjudice esthétique entraînant une mauvaise estime de soi, voire une introversion.

Beaucoup de patients anxieux (67,3%) entrant dans ce cercle vicieux ne consulteront alors que pour des urgences surtout pour le soulagement de la douleur (61).

Du fait de cette peur, ces patients ont parallèlement plus de chance d'avoir des lésions carieuses, des dents manquantes et une mauvaise hygiène bucco-dentaire (39,62,63).

Les conséquences sur la vie du patient sont donc considérables surtout lorsque l'on prend en compte l'importance et le symbolisme de la sphère orale dans notre société.

1.2.6. Symbolisme de la sphère orale

Souvent dans l'environnement d'un cabinet dentaire, on associe la sphère orale à la douleur et à la souffrance, or il ne faut pas oublier qu'elle peut être aussi associée au plaisir, à la beauté et à la séduction.

1.2.6.1. La valeur symbolique de la bouche

La bouche a une grande symbolique dans la sphère orale et pour l'individu. En effet, elle est associée au premier plaisir (64) mais également aux premières expressions.

- Zone érogène, la bouche est remplie de terminaison nerveuse. Elle est un organe nutritionnel possédant une grande charge émotionnelle.

- Zone d'expression permettant la relation avec autrui à travers le sourire, la bouche est aussi un élément symbolique chargée d'une valeur psycho-affective (65).
- Le symbolisme de la cavité buccale est très fort. En effet c'est grâce à elle qu'est émis le premier cri ainsi que le dernier soupir. Elle est également à l'origine des fonctions physiologiques, telles que la mastication (gustation), la phonation et la respiration. Elle est au sein du carrefour des fonctions vitales (64).
- Pour finir la bouche permet aussi l'exploration, grâce à la fonction de morsure. Cela permet ainsi au nouveau-né de découvrir le monde qui l'entoure (66,67).

1.2.6.2. La valeur symbolique des dents

Elles sont à l'origine de multiples fonctions (instrument, défense, ornement, ...) (64).

- Tout d'abord la fonction instrumentale qui regroupe comme la bouche les fonctions de mastication, déglutition, d'élocution mais aussi de l'expression de nos états d'âme (sourire ou agressivité).
- Une fonction ornementale, qui aura une symbolique différente en fonction des ethnies, comme la richesse ou la puissance (68).
- Les dents sont également un symbole de défense et d'agressivité d'où l'expression « Armé jusqu'aux dents » par exemple.
- Elles sont également un symbole culturel et plus largement, un symbole de vie.
 - En effet le sourire denté représente la force, la santé et la jeunesse d'où les expressions suivantes : « Croquer la vie à pleine dent ». À l'inverse la perte des dents fait penser à la vieillesse et à la mort.
 - Aujourd'hui les dents doivent être alignées et blanches ce qui appelle à la notion de beauté et de fraicheur.
 - Symbole sexuel, elles jouent un rôle de séduction et esthétique du visage (69).

1.2.6.3. Homonculus de Penfield (70)

Pour appuyer la symbolique de la sphère orale, on peut s'intéresser à l'Homonculus de Penfield. En effet ce dernier associe chaque partie du corps à la proportion de cortex sensoriel ou moteur qui lui est associé.

Il est alors aisé d'en conclure que la bouche est une zone très développée.

En effet les voies sensorielles nerveuses qu'elles soient afférentes ou efférentes y sont très nombreuses (64).

L'Homonculus de Penfield le met donc très bien en exergue, car elle est avec les mains et la tête, la quasi moitié de la zone sensitive chez l'homme (Figure 06).

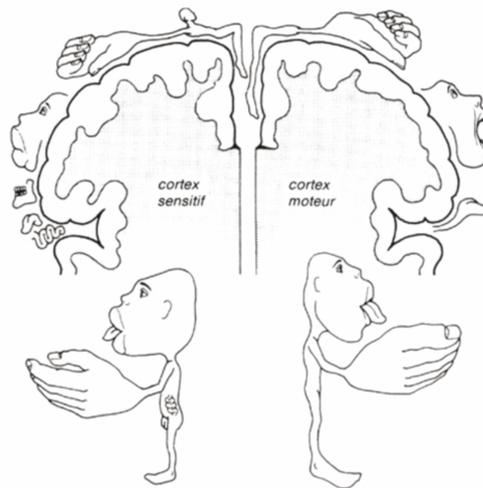


Figure 06 : Homonculus sensitif (à gauche) et Homonculus moteur volontaire (à droite), (D'après Godefroid, J. – 1988, modifié).

Pour conclure, au vu de l'importance de la sphère orale, notre métier peut être ressenti par les patients comme une agression. Cela fera inéluctablement place à de la crainte ou à de la peur (59).

Il ne faut donc pas oublier de prendre en compte l'aspect sensoriel et affectif de cette partie du corps que nous côtoierons quotidiennement lors de nos futurs soins dentaires.

1.2.7. La relation patient-praticien

La relation patient-praticien est au cœur de notre métier. Il faudra la créer et la préserver afin de l'entretenir tout au long des soins. Le patient pourra alors nous confier sa cavité buccale, partie intime de l'individu que l'on a vue riche en symbolique.

Cette relation est caractérisée par une attente et une espérance des deux parties engagées qui doit conduire à la fin, à la satisfaction des deux côtés.

Lorsque le praticien correspond aux attentes du patient, on parle de transfert positif.

À l'inverse, si le dentiste adopte une attitude méfiante, cela entraînera un transfert négatif (71).

En revanche, malgré la volonté d'avoir une relation symétrique, la position basse et allongée du patient reflète un sentiment d'impuissance, le patient est dominé.

D'autre part, lors des soins en plus d'avoir un savoir inférieur au dentiste, il se trouve dans l'impossibilité de s'exprimer car il a des instruments dans la bouche.

Il faudra donc faire naître une relation de confiance mutuelle entre ces deux protagonistes.

Être à l'écoute et faire particulièrement attention à la communication aussi bien verbale que non verbale (expressions, mimiques et attitudes anxiogènes), devront être un des objectifs du praticien.

Il sera aussi dans l'obligation de rétablir la santé du patient dans un cadre propice aux soins, ainsi que de communiquer avec ce dernier, afin d'éviter les contre-transferts. Un consentement libre et éclairé du patient sera également attendu avant de réaliser le plan de traitement. En effet, ce sont les objectifs de la relation thérapeutique mais c'est aussi une obligation légale (72).

Depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002, la vision paternaliste du praticien a été abandonnée car elle était trop inégalitaire. Le patient n'est donc plus passif mais il devient un acteur de la relation. La relation thérapeutique a évolué positivement.

1.2.7.1. Une relation singulière : la relation triangulaire

Lorsque la relation patient-praticien concerne un enfant, les parents auront aussi un rôle à jouer. Il faudra donc trouver un juste équilibre à cette triade (73).

D'un côté une relation directe avec l'enfant doit être envisagée. De l'autre les parents doivent tout de même se sentir concernés. En effet, ils ne doivent pas être exclus par les décisions prises. Ils ont aussi besoin d'être rassurés quant à la compétence du dentiste.

En parallèle, le praticien a la tâche complexe d'expliquer au patient que parfois, leur présence ou leurs réflexions pourraient avoir une influence néfaste sur le comportement de leur enfant (74).

Pour conclure le langage doit donc être simple et sincère.

Les solutions pour améliorer cette relation patient – praticien seront davantage exposées dans le grand 3 de cette thèse.

1.2.8. L'anxiété d'un point de vue neurologique et physiologique

Lors d'un épisode anxieux, l'anxiété est étroitement liée au stress. Elle serait considérée comme la manifestation émotionnelle du stress.

Ce dernier, vu comme le « mal du 21^{ème} siècle », se différencie de l'anxiété par le fait qu'il existe une cause objective dans le stress.

À l'inverse, l'anxiété est très subjective, elle est donc propre à chaque individu selon Anshel (75).

Elle peut même survenir s'il n'y a pas de danger réel.

1.2.8.1. Réaction neurologique (au cerveau)

Avant que survienne un sentiment de peur, l'individu active sa stimulation sensorielle. Ses 5 sens étant en éveil, cela permet de prévenir d'un potentiel danger.

Ces organes sensoriels sont les premiers vecteurs d'une cascade de réactions nerveuses ou hormonales, qui mènera à la réaction de stress.

Le système nerveux composé du système nerveux sympathique et du système nerveux parasympathique permet un équilibre entre la fuite lors d'un danger et l'apaisement pour réduire l'excitation (76).

Lors d'une anxiété pathologique il y a une surstimulation qui augmente la mobilisation des fonctions de l'individu. Cela le rend beaucoup plus attentif sans pour autant augmenter sa qualité de réponse (77).

1.2.8.2. Réaction physiologique

L'action hormonale engendrée par la peur agit sur l'organisme, elle peut stimuler ou inhiber certains organes (30) (Tableau 01).

Tableau 01 : Effets instantanés des hormones de stress sur les organes cibles (78,79).

Organe	Réaction	Effets perçus et/ou observables
Cerveau	Meilleure oxygénation	Augmentation de la vigilance
Sens (vue, ouïe...)	Dilatation des pupilles	
Muscles	Augmentation du tonus	Les muscles se tendent
Appareil digestif	Diminution de la motilité Réduction du péristaltisme intestinal	Ralentissement de la digestion
Bronches	Élévation du rythme respiratoire et dilatations des bronches	
Cœur	Augmentation de la fréquence cardiaque	Le cœur bat plus vite
Vaisseaux	Vasodilatation Augmentation de la pression artérielle	Les muscles reçoivent plus de sang
Vessie	Relâchement des muscles lisses	Diminution de l'envie d'uriner
Peau	Horripilation	Les poils se dressent (réaction primitive pour impressionner l'adversaire)

Hans Selye, un endocrinologue, décrit en 1946 les réactions de l'organisme face au stress sous le terme SGA (Syndrome général d'adaptation) (80).

Il décompose la réponse physiologique au stress en 3 phases :

- La phase d'alarme
- La phase de résistance
- La phase d'épuisement

Pour lutter contre les agressions physiques et physiologiques, l'organisme a établi des mécanismes réflexes qui modifieront de façon importante l'équilibre biologique (60,81).

- La phase d'alarme

Elle déclenche de manière immédiate et active toutes les réactions physiologiques. Cette mobilisation active l'hypothalamus, libérant les hormones et médiateur du stress : l'adrénaline et la noradrénaline.

En parallèle le cerveau entrainera une stimulation qui permettra la mémorisation des informations émotionnelles afin d'acquérir une meilleure reconnaissance pour les futurs dangers (34).

L'inconvénient réside dans le fait que ce système va accentuer le ressenti du patient et l'activation de l'anxiété pourrait devenir automatique et plus fréquente à l'avenir (82).

- La phase de résistance

Lors de cette phase, le « stresser » perdurant, il faudra mobiliser l'ensemble des énergies de l'organisme donc le système endocrinien.

Une succession d'évènements permettra la libération d'hormones glucocorticoïdes dont le cortisol.

Le cortisol est en effet considéré comme l'hormone du stress. C'est lui qui nous aidera à mieux réagir en cas de danger. Il permet de récupérer plus rapidement de l'énergie afin de faire fonctionner les muscles.

Une étude néerlandaise avait déjà démontré cette relation en 1999 avec l'excrétion de cortisol avant les soins dentaires (83).

Cette phase permet donc de se préparer à la réponse qui est « fuir ou combattre ».

- La phase d'épuisement

Cette dernière marque la fin de la phase de résistance. L'agression par le « stresser » persistante en durée et en intensité provoque chez l'individu un épuisement de ses ressources.

L'organisme est submergé et des effets délétères pour la santé peuvent apparaître.

La phobie des soins dentaires provoque d'ailleurs plus souvent une bradycardie qu'une tachycardie. En effet, on fait plus souvent face à des malaises vagues lors de l'exposition du stimulus phobogène.

1.2.8.3. Impact physique et cognitif

Un impact physique de l'anxiété peut aussi être visible.

En effet elle a une action sur le langage, sur le regard, sur les mimiques, gestuelles et même sur les expressions faciales.

- Charles Darwin disait justement que ces expressions faciales étaient l'un des moyens de communication utilisé pour la survie. En effet il était possible de signaler le danger par l'expression de la peur (17).

Enfin, la peur provoque également des effets cognitifs tel que les problèmes de raisonnement, l'hyperactivité ou encore la nervosité.

Pour conclure l'anxiété dentaire a donc de multiples effets sur le corps, mais chaque réaction est différente en fonction des individus. Il pourrait donc être intéressant de comprendre les différents comportements adoptés en fonction du patient, particulièrement de son âge.

1.2.9. Le comportement des patients anxieux en fonction de leur âge

L'âge des patients fait varier énormément nos prises en charge mais leur comportement aura également une influence sur le déroulé de la séance de soins.

En effet, si on prend le cas d'un enfant hyperactif ou agité il deviendra plus complexe d'effectuer des longs soins sans que l'enfant gesticule. A l'inverse, un enfant ou adulte calme et serein pourra se laisser plus facilement soigner durant de longues séances.

Nous pouvons désormais nous focaliser sur les différences en fonction des classes d'âge.

- Nourrisson / enfant en bas âge

Les très jeunes enfants possèdent des peurs élémentaires inévitables comme, la peur de la séparation des parents, le noir... L'anxiété dentaire est alors normale à cet âge. Leur niveau de compréhension étant très faible, il est donc dans un stade pré-coopératif (0-3 ans) (84).

- Le jeune enfant / d'âge scolaire

Certes l'enfant grandit mais il manque de maturité. Il est difficile pour lui de comprendre la notion de temporalité.

- « c'est bientôt fini » « ça ne va pas durer longtemps » ne sont pas des phrases qui vont rassurer l'enfant (10).

En revanche, intellectuellement il a tout de même évolué. Il peut grâce au langage participer à une discussion.

Il est donc cette fois dans un stade coopérant (84).

Au fur et à mesure qu'il se développera, il va souhaiter être considéré et soigné comme une grande personne.

En revanche le praticien ne doit pas oublier qu'il reste tout de même un enfant.

- L'adolescent

Avec l'adolescence, du fait de la puberté, on pourra rencontrer des profils assez opposés, certains seront introvertis ou d'autres à l'inverse plutôt extravertis. Quoiqu'il en soit, il faudra se montrer prudent dans les réflexions que l'on pourra faire sur son hygiène bucco-dentaire afin de ne pas le braquer.

- L'adulte

Le fait que notre patient soit un adulte n'empêche ni le dialogue ni la communication, bien au contraire. Cela permet de comprendre davantage ses angoisses.

A l'inverse du jeune enfant on a la chance d'avoir en face de nous une personne intellectuellement développée qui peut expliquer et détailler ses sentiments. Il ne faut donc pas s'en priver.

- La personne âgée

L'espérance de vie augmentant, nous sommes de plus en plus, en tant que professionnel de santé, confrontés à devoir soigner des patients polymédiqués possédant de multiples pathologies.

Lors de pathologie neurodégénérative par exemple, la prise en charge peut redevenir autant voire plus compliquée que celle d'un enfant.

L'objectif est donc d'être à l'écoute de nos patients, peu importe qu'ils soient jeunes ou non, afin de réduire leur anxiété. La relation praticien-patient sera nettement améliorée. Freud disait justement qu'il fallait laisser l'enfant exprimer librement ses sentiments à travers des mots ou des actions. C'est donc au soignant de scruter l'enfant afin de mieux le comprendre (85).

En effet, réaliser des consultations positives sans réaliser de gros soins lors des premières séances permettrait d'éviter une future anxiété dentaire (46).

En revanche, qu'en est-il de l'influence des parents lorsqu'un jeune enfant se présente dans notre cabinet ? Comment peut-on faire pour transformer cet accompagnant comme une aide renforçant positivement nos séances de soins ?

1.2.10. L'influence du style parental sur l'anxiété du jeune patient

Comme abordé dans l'un des points précédent (1.9.1), la présence parentale a un réel effet sur l'anxiété de l'enfant.

Tout d'abord, on peut s'intéresser aux différences d'environnements familiaux. En effet le climat émotionnel dans lequel l'enfant sera élevé reflète des styles parentaux différents (86) ainsi que trois grandes structurations : (87)

- Celle faiblement structurée qui sera très souple et dans laquelle il n'y aura aucune règle. L'enfant sera donc plus capricieux, têtu et difficile à contrôler au fauteuil. On sera face à un style permissif voire désengagé. L'enfant sera son propre chef (88).
- A l'inverse, dans celle rigidement structurée, les règles y sont clairement établies. L'enfant sera donc plus timide et même craintif. Il voudra tout faire pour satisfaire ses parents qui ont eu un style plutôt autoritaire.

- Enfin, celle entre les deux qui sera souplement structurée, permettant de moduler les règles et de les adapter. Il sera donc peut être plus facile de les soigner, en modulant nos consignes afin que les soins se déroulent du mieux possible. Ce style parental serait plutôt démocratique entraînant une attitude favorable de l'enfant avec une meilleure hygiène bucco-dentaire (89). Indirectement son niveau d'anxiété sera plus faible (90).

En dehors de l'environnement, il y a aussi le comportement des parents qui va avoir une forte influence. En effet un enfant qui a des parents négligents, surprotecteurs, dominateurs, ou plutôt anxieux voire impatientes n'aura bien évidemment pas le même comportement.

De par l'éducation transmise et leur comportement au sein du cabinet dentaire, les parents auront donc une grande influence sur l'enfant concernant sa gestion d'anxiété (85).

On peut d'ailleurs donner des conseils aux parents, en pré-visite, afin que l'enfant arrive dans les meilleures dispositions (par exemple, ne pas présenter à l'enfant les soins comme une « punition ») (10).

Le praticien doit donc décider si les parents doivent rester dans la salle de soins ou non ; déterminer si leur présence est bénéfique ou à l'inverse si elle perturbe le comportement de l'enfant (91).

La communication doit toujours rester notre préoccupation car les enfants soignés aujourd'hui seront les parents de demain.

Les troubles anxieux entraînent de grandes incapacités. Ils doivent donc être considérés comme un vrai problème de santé publique. Il est donc primordial d'utiliser les outils d'évaluation de cette anxiété afin de mieux l'appréhender dans notre prise en charge au cabinet.

2. Les méthodes d'évaluation de l'anxiété

Beaucoup de patients souffrent d'anxiété dentaire. Il est indispensable que le chirurgien-dentiste puisse évoquer ce sujet avec son patient. Le rassurer, le mettre en confiance ainsi qu'évaluer son anxiété permettra une meilleure prise en charge thérapeutique.

Pour cela, de nombreuses possibilités existent. En revanche certaines sont objectives et faciles à reproduire, tandis que d'autres sont plus subjectives voire complexes à mettre en place.

La première étape consistera en la communication. Il faudra donc prêter attention à l'importance des mots utilisés par le patient afin de mieux comprendre son passé et cerner sa phobie dentaire. Ensuite, il sera possible d'utiliser les différents tests que nous allons exposer.

2.1. Mesures objectives : physiologiques

Les mesures objectives sont basées sur des processus physiologiques universels. Parmi elles, la fréquence cardiaque et la tension artérielle, qui vont varier selon l'anxiété, pourront être mesurées par le praticien. L'activité électrodermale également, liée aux glandes sudoripares, provoque une augmentation de la quantité de sueur.

Enfin, il y a les concentrations salivaires de cortisol (83) ou encore d'Alpha Amylase (92) qui vont varier. Un test salivaire pourra donc être utilisé afin de mesurer le stress du patient.

Certes objectives, ces mesures sont aussi très lourdes et coûteuses à mettre en place. En cela, leur utilisation au cabinet dentaire reste compliquée (1).

En revanche, il serait tout à fait envisageable pour le praticien, d'observer sur son patient, une sudation excessive, une tension musculaire intense ou encore une hyperventilation qui font partie des symptômes de l'anxiété.

2.2. Mesures subjectives

Les mesures subjectives sont-elles plus faciles à mettre en œuvre dans un cabinet libéral ? Certaines sont des auto-évaluations faites par le patient. D'autres, seront des hétéro-évaluations faites par un observateur. Et enfin, nous pourrions combiner les deux avec les techniques projectives où le patient réalisera un dessin qui sera analysé par le dentiste.

2.2.1. Auto-évaluation

La démarche d'auto-évaluation nécessite la coopération du patient, par le biais de tests, qui seront en majeure partie des questionnaires.

- **EVA** : L'échelle visuelle analogique (Figure 07)

Elle est très souvent utilisée dans le but de mesurer l'intensité de divers symptômes comme l'anxiété par exemple.

- Elle consiste en une règle de 10 cm où le patient devra y déplacer un curseur coulissant afin de mettre en évidence son niveau d'anxiété.
- Nous pouvons l'utiliser au quotidien. En effet, c'est un outil avec une bonne reproductibilité qui est simple et rapide d'utilisation (93).

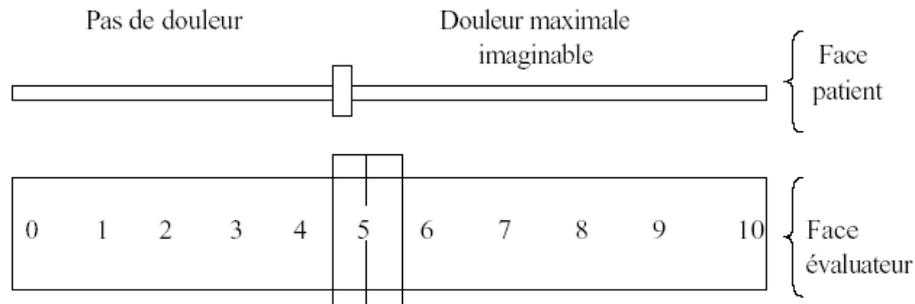


Figure 07 : EVA (L'échelle visuelle analogique) (94).

- **CDAS** (Corah's Dental Anxiety Scale) : L'échelle de Corah (Annexe n°1)

Cette échelle, datant de 1969, a été créée par le psychologue Norman Corah. Elle est l'une des plus répandue dans le monde dentaire (95,96).

- Elle consiste en 4 questions de 5 items chacune. Chacun des items vaudra par ordre croissant 1, 2, 3, 4, 5 points. Ainsi nous obtiendrons un score compris entre 4 et 20 points.
 - Entre 9 et 12, le patient sera considéré comme modérément anxieux.
 - Au-dessus ou égal à 13, comme très anxieux vis-à-vis des soins dentaires (22).
 - Et enfin si le score est supérieur à 15, nous pourrions conclure que le patient a une phobie très sévère.
- Nous pourrions donc en fonction du résultat adapter notre prise en charge (31).
- Ce test, ergonomique de par sa rapidité de compréhension, permet de mesurer l'anxiété du patient. En revanche il n'y a pas d'évaluation de la cause ni des conséquences de celle-ci.

- **MDAS** (Modified Dental Anxiety Scale) : L'échelle de Corah modifiée (Annexe n°2)

L'échelle de Corah a été modifiée en 1995 par G. Humphris (97).

- Elle a été d'une part simplifiée avec des questions plus courtes.
- Et d'autre part améliorée avec l'ajout d'une 5^{ème} question sur les anesthésiques locaux et leur injection.
- Le score possible fluctuera cette fois entre 5 et 25.

- **DAI** (Dental Anxiety Inventory) (98) (Annexe n°3)

Stouthard a créé un questionnaire évaluant 4 aspects multifactoriels :

- L'angoisse face aux soins dentaires, celle face aux remarques du dentiste ou encore aux procédures dentaires spécifiques. Et enfin l'angoisse générale (99).
- Il y a 36 questions avec 5 possibilités de réponses donnant un score compris entre 36 et 180 ; ce dernier étant l'angoisse extrême. Il existe aussi une version simplifiée (S-DAI).

- **IDAF 4C** (Index of Dental Anxiety and Fear) : indice d'anxiété et de peur dentaire (100)

Ce test prend en compte les 4 composantes (cognitive, émotionnelle, physiologique et comportementale) de l'anxiété et de la réponse à la peur.

L'objectif est de caractériser l'attitude du patient afin d'améliorer sa prise en charge.

- Une adaptation française validée a été faite en 2013 par I.Quenneville (échelle de la peur et de l'anxiété des traitements dentaires) (21). (Annexe n°4)

- **DFS** (Dental Fear Survey) (Annexe n°5)

Datant de 1973, ce test est utilisé pour déterminer le comportement (101), les réactions physiologiques et le sentiment d'angoisse en fonction des situations.

- Il est composé de 20 questions dont 12 en lien avec les stimuli dentaires et une, liée à la peur des traitements.
- Le score peut s'étendre de 20 à 100 avec un seuil à 72 pour considérer le patient comme angoissé.
- Il est également très fiable.

Enfin, il existe également d'autres tests tels que :

- **PSS** (Perceived Stress Scale) : L'échelle de mesure du stress perçu
- Le **FSS III** (Fear Survey Schedule) : L'échelle des peurs.
- Ou le **VAS** (Visual Analog Scale for pain and anxiety).

2.2.1.1. Tests spécifiques pour les enfants

Les tests précédents sont parfois trop complexes pour être utilisés avec un enfant. C'est donc pour cela qu'il existe des modifications, voire des tests uniquement dédiés aux plus jeunes.

- **MCDAS** (Modified Child's Dental Anxiety Scale) (Annexe n°6)

C'est le test CDAS adapté par Parkin pour les enfants (102)

- Il ne comprend que 8 questions et permet facilement de distinguer l'enfant anxieux de celui qui ne l'est pas.
- Ce test reste très fiable.

- **CFSS-DS** (Children's fear survey schedule-Dental Subscale) (Annexe n°7)

Ce test fait partie des tests les plus utilisés chez les enfants (103). De plus, il contient des items spécifiques à la peur du traitement dentaire tel que « le bruit de la fraise » ou encore « quelqu'un qui regarde dans ta bouche ».

- Il y a 15 items dont la réponse sera notée de 1 à 5 points (de la première « pas effrayé » à celle « complément effrayé »).
- Si le score, compris entre 15 et D5, est supérieur à la moitié, une angoisse prononcée est démontrée.
- Il est fiable et possède une bonne validité.
- Étant un peu long, il existe une version plus épurée : **CFSS-SF** (Short Form of Children's Fear Survey Schedule)

- **STAIC** (State Trait Anxiety Inventory for children) (58) (Annexe n°8)

Ce test, décrit par Spielberger, est composé de :

- 2 questionnaires indépendants de 20 items chacun.
 - Le 1^{er} sur l'anxiété trait (quantifier l'anxiété dans la vie de tous les jours).
 - Le 2^{ème} sur l'évaluation de l'anxiété à un moment donné (comme lors de la visite dentaire)
- Les inconvénients sont qu'il est beaucoup plus long à mettre en place et l'enfant doit correctement maîtriser la lecture.

- **FIS** (Facial Image Scale) (Figure 08)

Ce test datant de 2002 est une suite de visages. L'enfant devra choisir la figure qui correspond à ce qu'il ressent.

- Il est rapide mais cela reste difficile de prouver sa fiabilité.

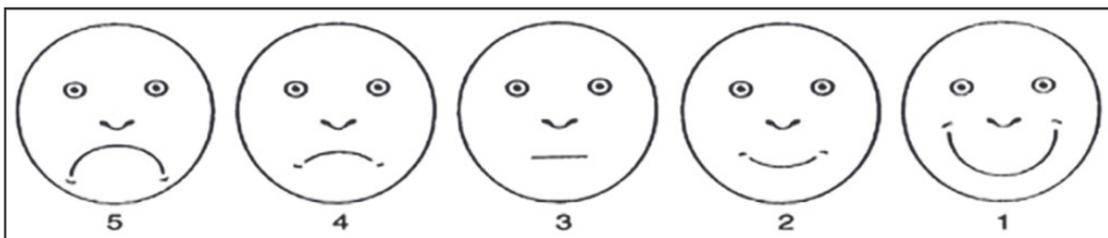


Figure 08 : FIS (Facial Image Scale) (104).

Il existe aussi une version d'échelle indienne, RMS-PS (RMS Pictorial Scale), qui est plus réaliste, car elle est faite avec des vrais visages de fille et de garçon (Figure 09).

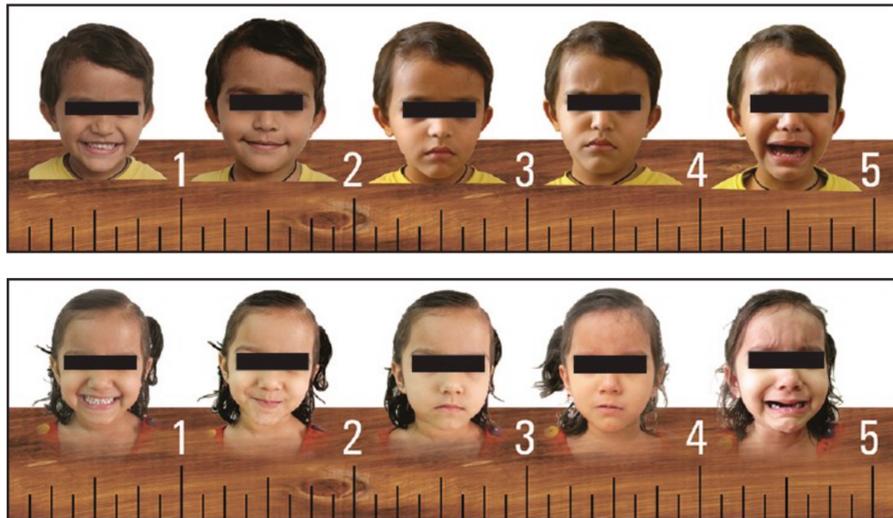


Figure 09 : RMS-PS (RMS Pictorial Scale) (104).

Enfin, il existe également d'autres tests, tels que :

- **VPS** ou **VPT** (Venham Picture Scale/Test)
- **CDFP** (Children's Dental Fear Picture Test)
- **SFP** (Smiley Faces Program) sous format numérique développé en collaboration avec des enfants.

2.2.2. Hétéro-évaluation

Pour réaliser un test d'hétéro-évaluation, la présence d'un tiers, en position d'observateur, est nécessaire. Il doit être entraîné et rigoureux, afin de noter et étudier les signes d'anxiété du patient.

Cette méthode vient souvent en complément de l'auto-évaluation sauf dans le cas du patient handicapé avec des troubles psychomoteurs pour lequel nous n'utiliserons que celle-ci.

Néanmoins, elle reste plus souvent utilisée en milieu hospitalier qu'en cabinet de ville.

- **Échelle de Venham** modifiée par Veerkamps :

Cette échelle est très souvent utilisée pour évaluer le comportement du patient sous sédation consciente (105).

Elle s'accompagne donc parfois d'enregistrements vidéos pour réaliser l'évaluation.

Le résultat varie de 0 à 5 :

- Du score 1 : mal à l'aise et préoccupé. Le patient arrive à maîtriser son anxiété et à communiquer. Il pourra facilement coopérer avec le dentiste.
- Au score 5 : totalement déconnecté de la réalité du danger. Il ferme la bouche, pleure et crie. Il est inaccessible à la communication et peut être agressif voire adopter une attitude de fuite.

- **Échelle SEM** (Sound Eye Motor) :

Cette échelle réalise une évaluation comportementale. L'observateur focalise son regard sur les yeux, les sons et l'attitude corporelle du patient afin d'analyser son anxiété (106).

Enfin, il existe également d'autres tests, tels que :

- **Échelle de Houpt** : à l'aide d'enregistrements vidéos également.
- **Échelle de Franckl**
- **BPRS** (Behavior Profile Rating Scale)

2.3. Technique projective : le dessin (74)

Le dessin est accessible très tôt à partir d'1 an environ. Il est d'ailleurs préférable de réaliser cette technique avec des jeunes enfants car l'adolescent, du fait de son développement intellectuel pourrait ne pas y être sensible.

Le dessin, déjà utilisé depuis de nombreuses années en psychologie, peut être utilisé en chirurgie dentaire afin de cibler de nombreux sentiments dont l'anxiété.

En effet, il possède le gros avantage de dépasser toute barrière de communication et de langue.

- Hammers disait : « A travers le dessin, la personne apporte souvent à la lumière ce que n'osent pas dire les mots » (107).

- **Le Test du Bonhomme**

Le premier à avoir établi ce test est Goodenough, cité par Eichenbaum et coll. en 1926 (107).

La consigne de ce test est simple : l'enfant doit dessiner un bonhomme sur une feuille blanche.

- Concernant le résultat, plusieurs auteurs s'accordent pour dire que l'absence de détails, l'omission de certains éléments évidents, ou l'utilisation d'une très petite partie de la feuille donnée sont des indices d'anxiété (108).
- Une grille pour l'évaluation a d'ailleurs été réalisée par Patricia Engle afin de pouvoir mieux interpréter le dessin de l'enfant.

- **Étude d'Eichenbaum et Dunn**

Pour cette étude, la consigne était la suivante : « se dessiner soi avec le dentiste à côté ». Il fallait réaliser un dessin avant la première séance, mais également, après la séance ainsi qu'à chaque autre visite.

- Les résultats obtenus ont montré des corrélations, entre les changements de comportement observés par l'enfant et les changements analysés sur les différents dessins (107)

- La **théorie de l'étirement** de Goldberg

Ces tests sont réalisés sur des enfants de 4 à 12 ans. Les analyses poussées des dessins réalisés ont montré que les déformations par étirement sur le dessin étaient synonymes d'anxiété.

Le dessin est une technique qui permet une grande liberté. Elle est peu coûteuse et facile à mettre en place.

Il faut en revanche trouver un endroit propice et calme afin que l'enfant puisse exprimer ce qu'il souhaite, tout en ayant le temps pour le faire (109).

Pour résumer, les nombreux tests cités précédemment, bien qu'il en existe une multitude, sont précieux pour nous aider à diagnostiquer la peur d'un patient.

Pour autant, nous pouvons constater qu'il n'y a pour l'instant pas de consensus sur ces tests. L'aspect multidimensionnel de l'anxiété rend son évaluation objective difficile.

Du fait de cette difficulté, nous devons donc nous diriger vers des mesures qui seront plus subjectives.

En effet, pour les adultes, il faudrait idéalement utiliser les tests d'auto-évaluation qui possèdent la plus grande fiabilité telle que l'échelle de Corah ou le Dental Fear Survey (DFS).

Nous pourrions le lui donner dans la salle d'attente par exemple en parallèle du questionnaire médical.

Concernant les enfants, nous pouvons utiliser les questionnaires adaptés en fonction de leur catégorie d'âge. L'échelle de Corah modifiée, ou encore le Smiley Faces Program (SFP) permet de rendre l'évaluation plus ludique pour eux.

Enfin si le temps nous le permet, la technique projective avec le dessin peut être idéale dans les cas où la communication est difficile. Le résultat sera probablement plus fiable, qu'un jugement faussé d'un parent, qui est lui-même anxieux (110).

En plus de la fiabilité, il faut de la rapidité. En effet notre cadre de travail nous permet difficilement de prendre plusieurs dizaines de minutes afin d'évaluer l'anxiété d'un patient. L'EVA ou encore le Facial Image Scale (FIS), peut permettre d'obtenir une évaluation rapide qui pourra être appliquée au quotidien, et cela, pour chaque patient.

Enfin, il est tout à fait envisageable de coupler la propre évaluation du patient avec l'hétéro-évaluation du praticien ou de l'assistante s'ils sont formés et habitués.

Au minimum, le praticien devra prendre quelques secondes afin d'analyser le comportement, les gestes et postures de l'être humain présent en face de lui. Il devra avoir de l'empathie et adopter une grande sensibilité afin de mieux comprendre l'anxiété de ce dernier.

En parallèle, il faudra également agir sur l'environnement direct du patient dès ses premiers pas dans notre cabinet afin de minimiser ses angoisses. Nous pourrions voir cela comme de la « prévention de l'anxiété ».

Comment peut-on alors, le plus positivement possible, influencer sur l'odontophobie d'un patient ?

3. L'environnement au cabinet dentaire : l'exploration des 5 sens.

La cavité orale se situe à une place essentielle au sein du carrefour des sens (111). De ce fait lorsqu'un patient se rend chez son chirurgien-dentiste, ses 5 sens sont sollicités.

Ces derniers se composent de cellules sensibles réceptrices qui enregistrent les informations d'ordre physique ou chimique du monde extérieur. Notre système nerveux s'occupera ensuite de l'interpréter.

L'anxiété du patient peut se manifester dès les premiers pas au cabinet dentaire. Notre objectif sera ainsi de lui proposer le meilleur environnement possible.

Pour cela, nous devons dans un premier temps analyser ces 5 sens et leur rôle au cabinet pour, dans un second temps, proposer un cadre propice au bon déroulement des soins.

3.1. La vue

La vue est le premier sens activé lors de l'entrée dans un cabinet dentaire.

3.1.1. Ce qu'il faut éviter

3.1.1.1. Éclairages agressifs

Pour éviter l'anxiété liée à une surstimulation de ce sens, il conviendra de réduire les sources d'hypersensibilité oculaire.

Parmi eux nous avons le scialytique, la lampe à photopolymériser ou encore les reflets des surfaces blanches qui peuvent éblouir le patient.

En effet la lumière a une action sur le corps humain en modifiant le rythme cardiaque et l'état d'éveil.

Il faut donc proscrire les éclairages agressifs qui éblouissent le patient et préférer une ambiance lumineuse douce et chaleureuse.

3.1.1.2. Vision d'instruments anxiogènes

Essayons également, dans la mesure du possible, de masquer au patient la vue d'instruments pouvant déclencher de manière automatique une montée d'anxiété.

Parmi eux, on retrouve l'aiguille d'anesthésie, le davier ou encore la lame froide lors d'une incision par exemple.

3.1.2. Aménagement du cabinet en fonction des salles

« Les Œuvres de l'architecture parlent au cœur de l'homme, éveillent des émotions. La tâche de l'architecture est de provoquer des émotions justes. » (112)

Lorsqu'un patient entre dans un cabinet dentaire, l'aménagement qu'il découvrira aura beaucoup d'importance pour la suite de sa prise en charge.

3.1.2.1. Hall d'entrée / Accueil / Secrétariat

L'accueil du patient est la première étape mais aussi la plus importante. Dès cet instant, le patient doit se sentir rassuré, en confiance et surtout considéré par la secrétaire, les assistantes et les chirurgiens-dentistes afin d'élever son seuil de stress. Il faudrait dans l'idéal optimiser sa prise en charge afin de le guider rapidement dans la salle d'attente, car un patient peut être stressé ou anxieux avant même sa rencontre avec le dentiste dans la salle de soins.

L'accueil du patient va influencer inévitablement sur son niveau d'anxiété. Le premier regard du patient sur notre établissement sera déterminant dans le bon déroulement des soins. Un bureau d'accueil dégagé, clair et bien rangé est à privilégier pour inciter une bonne communication (113).

En effet, c'est au praticien, en tant que chef d'entreprise, qu'incombe la charge de former mais surtout de conseiller ses employés, sur les règles de politesse et d'accueil qu'il souhaite voir appliquer au sein de sa structure.

3.1.2.2. Toilettes / Espace de brossage des dents

Cet espace doit être constamment entretenu afin qu'il reste propre et agréable pour le patient.

3.1.2.3. Salle de radiologie (Panoramique/CBCT)

La salle de radiologie doit être la moins étroite possible. Le patient doit pouvoir circuler facilement et se sentir à l'aise pour la réalisation de cet acte médical.

3.1.2.4. Salle d'attente

Selon la définition, « la salle d'attente est une salle mise à disposition pour les usagers dans un bâtiment » (114). Cette dernière devra être plaisante et moderne, car attendre dans une salle sombre, triste, lugubre n'est en aucun cas motivant pour le patient.

Cette pièce devra être relaxante afin d'induire un sentiment de sécurité au patient et le mettre dans les meilleures dispositions en amont de la séance. Pour cela, nous pouvons ramener « de la nature » dans la salle d'attente avec des plantes ou des murs végétaux (Figure 10). De plus il faudra s'équiper de sièges confortables avec accoudoirs, idéalement individuels, pour respecter une certaine distance sociale.



Figure 10 : Mur végétal d'une clinique dentaire dans la région parisienne (115).

Un petit espace avec des jeux pour enfants pourra être aménagé afin qu'ils puissent eux aussi se sentir à l'aise et ne pas construire ou développer de l'anxiété en s'ennuyant.

Enfin, il conviendra d'abandonner les journaux et magazines datant de plusieurs années mais plutôt afficher des tableaux, des images de paysages relaxants, voire installer un aquarium ou une fontaine à eau relaxante.

De plus, comme son nom l'indique, la salle d'attente est une salle dans laquelle le patient va attendre.

Pour ce dernier, la durée de cette attente va influencer sur son niveau d'anxiété. En effet, patienter pendant 30 minutes pour entrer dans la salle de soins est source d'énerverment pour certains, de stress ou du cumul des deux pour d'autres.

Il faut donc essayer de respecter les horaires de rendez-vous car cela a un impact sur le ressenti d'anxiété du patient.

Pour résumer, les soins dentaires sont vécus comme une invasion dans le cercle intime. Il est donc important d'avoir une attention particulière sur la décoration et l'aménagement de sa salle d'attente afin qu'ils ne les ressentent pas comme une agression.

3.1.2.5. Salle de soins

Dans la salle de soins, il revient aux praticiens et aux assistantes de gérer l'anxiété du patient.

Il conviendra dans la continuité de la salle d'attente de réaliser un aménagement qui inspirera la relaxation.

Pour cela, il faut tout d'abord créer un espace pour le patient où il pourra déposer ses affaires (vestes/sac) sur une chaise ou une tablette (113).

Il pourra même être judicieux, lorsque cela est réalisable, de créer un espace soin et un espace bureau au sein de cette salle afin de permettre la discussion avec le patient dans un climat moins angoissant et plus neutre. Il sera possible d'y évoquer son motif de consultation, d'approfondir un questionnaire médical ou encore d'expliquer un plan de traitement.

En parallèle, la partie dédiée au soin doit être équipée d'un fauteuil confortable avec éventuellement des accoudoirs pour les bras du patient. Nous pouvons ajouter en plus, un matelas à mémoire de forme (proposé par Tempur-Med par exemple) pour renforcer la détente.

Ensuite, il est également nécessaire d'avoir une organisation et des rangements optimisés afin d'éviter d'avoir des plans de travail encombrés. Une salle propre, aérée, récente et bien organisée reflète au patient un certain professionnalisme, ce qui est rassurant.

Dans le même ordre d'idée, l'utilisation de sachets stériles à ouvrir devant le patient diminue de manière inconsciente son anxiété. Il sentira que nous tentons de lui donner les meilleurs soins possibles.

De plus, l'utilisation de masques, gants et même de canules d'aspirations colorés peuvent aussi rendre la séance moins médicalisée.

Enfin, outre les éléments de décoration qui doivent respecter les normes d'hygiène et d'asepsie, une ouverture vers l'extérieur sur un espace vert, quand elle est réalisable, peut renforcer l'apaisement de nos patients. Celle-ci pourra aussi diminuer la charge de stress du dentiste. Il sera donc lui aussi plus détendu et cette positivité se transmettra indirectement aux patients.

3.1.3. Les couleurs

La teinte des murs aura également un impact sur l'état psychologique du patient. Les couleurs sombres seront vues comme déprimantes. À l'inverse, les couleurs trop vives comme le rouge seront plutôt énervantes. Il faudrait donc privilégier les couleurs claires, moins vives, qui donneront une ambiance plus positive. Le bleu clair par exemple qui calme et rafraichit ou bien le vert pour apaiser.

3.1.4. La technologie en dentisterie

La dentisterie actuelle nous offre un panel d'outils alliant confort de travail et nouvelles technologies.

Leur utilisation peut intriguer le patient lui faisant oublier le côté angoissant du rendez-vous. En effet de nos jours tout ce qui est nouveau attire. Beaucoup de patients sont émerveillés par l'utilisation de la caméra optique CAO qui peut aussi être associée à une usineuse. Le patient peut regarder sa dent se créer au fur et à mesure.

Cela est également vrai pour les nouveaux systèmes d'anesthésie (quicksleeper / spleeper one / soan...) qui font oublier la vision archaïque de la « seringue et son aiguille ».

3.1.5. Tenues vestimentaires de l'équipe soignante

L'apparence physique de l'équipe soignante, composée des praticiens mais aussi des assistantes dentaires, des secrétaires ou d'autres employés de la structure, a son importance dans la vision du patient.

On a dit que l'anxiété du patient pouvait diminuer grâce à l'environnement de la structure du cabinet. Cette dernière peut également décroître de la tenue vestimentaire. En effet, elle doit être sobre et la plus propre possible pour montrer le sérieux du praticien.

De plus, il peut être conseillé de porter des tenues colorées afin de refléter une ambiance plus chaleureuse et moins stressante que les tenues blanches hospitalières. En revanche, il faut accorder un peu d'importance à la couleur choisie en fonction de l'effet recherché. Une tenue grise ou bleue foncée reflètera sobriété, confiance et sérieux, et les tenues vert clair, turquoise évoquent santé, équilibre et guérison (128,129).

Pour les enfants, il est également possible d'avoir des tenues spéciales ou des calots avec des dessins, personnages de dessins animés ou superhéros, afin qu'ils se sentent plus proches du dentiste. Le masque peut aussi être personnalisé pour attirer le regard de l'enfant dessus et non pas sur les soins réalisés.

3.1.6. Distraction (télévisions, ipad...) / Réalité virtuelle

3.1.6.1. La distraction

Cela consiste à détourner l'attention du patient de son environnement immédiat, en dehors du cadre du cabinet dentaire. Il évitera donc les perceptions inconfortables et angoissantes ainsi que les comportements négatifs.

Cette technique permet une diminution de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle et donc de l'anxiété (118).

On peut retrouver la distraction sous différentes formes : auditive (musique de fond), audiovisuelle (téléviseurs) plus ou moins couplée à de la distraction tactile (jeux informatiques, lunettes vidéos 2D et 3D) (119,120).

L'objectif de ces techniques est de faciliter grandement l'adhésion des patients et plus particulièrement des plus jeunes, tout en agissant sur leur stress.

La distraction est une technique plus concrète. On fait « pour de vrai » contrairement à l'hypnose où l'on fait « comme si » (121).

Avec un enfant, il sera donc possible de parler des vacances ou de ce qu'il aime faire (sport/dessin animé/collection/ jeux vidéo), de sa vie ou de ses frères et sœurs...

Les parents ou l'assistante peuvent d'ailleurs participer à cette conversation.

De plus, l'humour, à utiliser avec parcimonie, peut aussi être un atout dans la distraction du patient.

Pour résumer si on sature l'attention de ce dernier par des messages extérieurs, certains actes anxiogènes peuvent être mieux vécus par les patients quel que soit leur âge.

3.1.6.1.1. Distraction physique

Salle d'attente :

En salle d'attente, afin de diminuer l'anxiété du patient, il est possible pour le praticien d'installer une télévision. L'objectif n'étant pas de diffuser aux patients des chaînes d'informations où les mauvaises nouvelles peuvent affluer. En effet, cela ne pourrait qu'accentuer leur anxiété. Il faut à l'inverse leur éviter un stress inutile en les amenant dans une dimension plus relaxante. Nous pouvons diffuser des vidéos avec images de nature, ou des paysages paradisiaques.

Il est également possible de diffuser des vidéos pédagogiques expliquant les actes réalisés par le dentiste et son équipe médicale. Cela peut préparer et rassurer le patient à recevoir ses futurs soins, car il aura déjà des explications avant même d'entrer dans la salle de soins.

C'est le cas de « Webdentiste » qui simplifie la mise en place dans nos cabinets, à travers des « bouquets » de prévention et traitement, de présentation du cabinet ou encore de divertissement et relaxation.

Il est possible aussi de proposer une console avec des jeux vidéo calmes ou une tablette avec des dessins animés pour faire patienter et distraire les plus jeunes. On peut leur proposer des jeux mimant le rôle du dentiste. Ainsi, les enfants s'approprient et comprennent mieux nos instruments tout en diminuant l'attente de leur rendez-vous. L'ensemble entraînera une diminution de leur anxiété.

Salle de soins :

Dans la salle de soins, nous serons davantage limités sans pour autant être sans solution. Il sera tout à fait possible d'utiliser de la distraction physique pour les plus jeunes enfants. On peut tout simplement leur demander pendant l'anesthésie par exemple de lever leur propre jambe au cours du soin afin qu'ils focalisent leur attention sur leur jambe levée et non pas sur l'acte réalisé (122).

La télévision au plafond est aussi un accessoire pour diminuer le stress du patient comme dans la salle d'attente (Figure 11).



Figure 11 : Écran au plafond - Vision du patient sur le fauteuil dentaire.

En revanche, il faut faire attention à ce que le patient puisse toujours réagir et maintenir une conversation avec nous durant le soin.

De plus, il faut éviter de passer en boucle les mêmes images afin qu'un patient suivant un traitement en plusieurs séances ne subisse pas les mêmes images à chaque rendez-vous.

Enfin, on peut également utiliser cet objet comme outil de communication afin de pouvoir expliquer le plan de traitement du patient.

Pour conclure, le patient doit donc se sentir relaxé le plus possible pour recevoir les soins dans l'ambiance la plus calme possible notamment lors de soins longs.

3.1.6.1.2. Distraction mentale

L'objectif est de tout faire pour éviter de projeter l'attention du patient sur le moment présent et sur ce qu'il ressent.

Par exemple, on peut lui demander de « compter à l'envers dans sa tête à partir de 100 » ou « penser à des événements positifs dans sa vie ».

En résumé, la distraction permet, avec une grande simplicité et à faible coût, de réduire l'anxiété de nos patients (10).

3.1.6.2. Distraction par réalité virtuelle

La distraction par la réalité virtuelle est une combinaison des 3 dimensions : auditive, visuelle, tactile (123).

Elle a justement prouvé son efficacité dans l'étude de Prabhakar et coll. (124), où son effet était jugé supérieur à l'absence de distraction voire même à la distraction audio seule.

Arrivée depuis les années 2000 dans le milieu médical mais inventée plusieurs dizaines d'années auparavant (125), elle se présente sous la forme d'un casque (qui obstrue entièrement le champ de vision) ou de lunettes 3D qui peuvent d'ailleurs être plus adaptées aux soins dentaires (125,126).

Concernant les effets sur le patient, on s'est aperçu selon certaines études que la réalité virtuelle donnait une sensation de temps de traitement diminué (127) et pouvait interrompre le processus de la mémoire, même chez les patients très anxieux (118). De plus, le patient n'ayant pas la vue dirigée vers les instruments utilisés par le dentiste, cela va potentialiser la réduction de l'anxiété (128).

Il existe à la fois des casques de réalité virtuelle VR (Pico 3 ou 4) (Figure 12) à dissocier des casques de réalité augmentée AR (Magic Leap) où l'on a une projection d'objets 3D sur la vue du monde physique de l'utilisateur en temps réel. De plus, il est possible d'avoir des manettes sans fil ou encore d'acheter des logiciels d'hypnose associés (hypnoVR par exemple).



Figure 12 : Casques de VR Pico 3 (avec logiciel hypnoVR) et Pico 4 (129).

Concernant les fonctions des casques, soit on se positionne en mode passif c'est-à-dire une immersion totale dans un jeu ou un environnement apaisant, une balade sur la plage ou en forêt par exemple ; soit le patient utilisateur peut même être en mode actif dans cet univers en jouant via une télécommande. Selon une étude, c'est plutôt ce dernier mode qui pourrait davantage apaiser leur seuil d'anxiété (125).

Qu'en est-il de leur utilisation au cabinet dentaire ? Que choisir ?

Pour les casques de réalité virtuelle du monde médical, il y a certaines contraintes (130). Tout d'abord le casque peut être difficile à mettre en place sur des enfants avec un petit visage (125) Ensuite le poids, la taille peuvent aussi être des obstacles aux soins dentaires. Enfin il faut utiliser des modèles compatibles avec une position allongée, résistant à nos désinfectants de surface, tout en évitant les câbles déjà nombreux dans notre pratique.

Lors de la séance, le dentiste ne doit certes pas perturber l'immersion du patient mais ce dernier ne doit pas non plus entraver les soins qui lui seront réalisés. Il doit pouvoir rester en contact permanent avec le dentiste afin de pouvoir répondre à ses questions.

Certains systèmes permettent de communiquer directement dans le casque du patient ou nous donnent la possibilité d'actionner des messages divertissants (lâché de ballons, feux d'artifices) lors de l'anesthésie par exemple.

Il est également possible d'inventer des codes pour permettre la communication sans couper l'expérience (exemple toucher l'épaule du patient pour signifier ouvrir la bouche). Pour cela, l'utilisation des lunettes peut être plus appropriée (131).

Il en est de même s'il y a une manette ou télécommande. Celle-ci doit être simple avec une ou deux touches afin que le patient s'y habitue rapidement sans avoir besoin de la regarder pendant l'immersion.

Ces systèmes causent-ils des effets secondaires ?

En parallèle, il faut aussi garder à l'esprit les effets secondaires possibles. En effet il est possible que le patient développe des vertiges et pertes d'équilibre, des nausées, des migraines, ou encore plus paradoxalement de l'anxiété car il ne se sent pas rassuré lors du rendez-vous.

Pour conclure, la réalité virtuelle active est ce qu'il y a de plus ludique, surtout pour l'enfant. La réalité virtuelle passive peut en revanche complètement convenir pour le patient adulte avec une « balade dans la nature ». Il faut donc tenter de trouver des jeux avec des durées flexibles et réglables, évitant les mouvements brusques, où la défaite est exclue afin de ne pas lui créer de frustration.

De plus, nous devons l'utiliser au sein d'une bonne relation de confiance où le matériel aura été accepté par le patient. Enfin, rien ne nous empêche de combiner cette technique avec la distraction conversationnelle par exemple.

En constante évolution, la réalité virtuelle trouvera probablement dans le futur de plus en plus d'applications dans le domaine de la dentisterie.

3.2. L'ouïe

L'ouïe qui est la capacité à percevoir des sons sera le deuxième sens en action au cabinet dentaire.

Les sons, plus ou moins forts, perçus au cabinet provoquent de multiples nuisances sonores.

Du bip du localisateur d'apex au bruit des rotatifs, on peut atteindre un niveau sonore de 85 décibels au sein des cabinets dentaires (132).

Il faut donc essayer de réduire au maximum les bruits néfastes au bien être psychologique du patient.

3.2.1. Ce qu'il faut éviter

3.2.1.1. Équipement technique du cabinet

De nombreux instruments et équipements sont utilisés, plus ou moins en continu et plus ou moins directement, afin de soigner les patients.

Certains sont inévitables comme le bruit anxiogène des rotatifs (turbine (1) ou contre angle), celui produit par les inserts US lors d'un détartrage ou encore le bruit de l'aspiration.

D'autres à l'inverse peuvent être atténués comme le compresseur qui doit être éloigné au maximum afin d'éviter des nuisances sonores inutiles. La salle de stérilisation et ses nombreux appareils doit, elle aussi, être disposée le plus à l'écart possible de la salle de soins.

De nombreux efforts supplémentaires peuvent également être faits sur le traitement acoustique du cabinet afin d'avoir une bonne isolation (doublage des cloisons ou des vitrages par exemple). Cela minimisera les résonances, les bruits externes de la rue ou les bruits secondaires telles que la sonnerie de téléphone ou la sonnette du cabinet.

Enfin il est possible d'acheter du mobilier silencieux dans les cabinets pour éviter les claquements de tiroirs, et en parallèle anticiper la préparation et l'installation du matériel avant l'arrivée du patient.

3.2.1.2. La communication

Nous devons également nous focaliser sur le langage utilisé. Les mots stressants doivent être bannis. En effet il faut faire attention au vocabulaire employé par le personnel médical de la structure. Les mots « bistouri », « aiguille », « pique », « sang », « mal » doivent être évités aussi bien avec les enfants que les adultes.

De plus, notre inconscient ne connaît pas la négation (133). De ce fait, si nous demandons au patient de « ne pas se focaliser sur ce qu'il ressent au moment de l'anesthésie », son cerveau fera tout l'inverse. Il en est de même pour les phrases « n'ayez pas peur », « ne vous inquiétez pas » qui devront être remplacées par d'autres plus positives, comme « tout se passera bien ».

Pour conclure, il faut éviter au possible les termes négatifs et anxiogènes afin de prendre en considération la peur de l'enfant ainsi que celle de l'adulte. Nous devons d'ailleurs posséder plus de ressources avec ce dernier car les stigmates de son angoisse sont davantage ancrés dans son psychique.

Maintenant, il peut être intéressant d'aborder les sons bénéfiques à la relaxation du patient, qui pourront même contrer les nuisances sonores, comme la musicothérapie par exemple (134).

3.2.2. Musicothérapie

La musicothérapie, facile à mettre en place, peut venir accompagner la voix douce et calme de l'équipe soignante tout au long des soins, afin d'apporter une ambiance incitant à la relaxation.

La musique est utilisée depuis des millénaires sous de multiples formes. En revanche, son utilisation impliquée dans les soins est beaucoup plus récente (135).

Ce sera d'ailleurs au cours du 19^{ème} siècle, que l'on parlera de musicothérapie, une thérapie à part entière.

Elle est largement applicable pour nous, chirurgiens-dentistes, d'autant plus qu'elle favorisera une diminution de l'anxiété grâce à son impact sur le cerveau et le corps humain lui donnant un pouvoir thérapeutique.

Malgré cela, comme chaque technique, nous pourrons observer des effets contraires en fonction de son utilisation. Effectivement, diffuser des musiques très énergiques avec un niveau de bpm (battements par minute) trop élevé pourra provoquer des tensions, de l'énerverment ou des crispations, ce qui vient à l'encontre de la détente souhaitée.

Selon un article de 1988, les conseils donnés étaient portés sur de la musique avec un niveau sonore relativement bas, sans voix humaine filtrant les sons aigus, pour éviter l'excitation du patient. Il fallait privilégier les instruments tels que le piano, le violoncelle ou le violon ainsi que les grandes œuvres de la musique classique (136).

Aujourd'hui, malgré l'impact toujours positif des compositeurs tels que Bach, Beethoven ou Chopin sur la détente des patients, il ne me semble pas que nous soyons forcés de suivre à la lettre ces conseils d'autant plus que 30 ans de musique sont accessibles depuis cette étude.

En effet, même si elle continue à être efficace, de nombreux styles musicaux existent aujourd'hui. Il est aussi possible de communiquer avec le patient dans le but de connaître ses préférences ou même de lui laisser la liberté de diffuser lui-même sa musique.

Une autre alternative pourra être de préparer à l'avance une playlist adaptée qui doit être changée et actualisée régulièrement afin d'éviter au patient l'écoute en boucle du même CD dans la salle d'attente par exemple.

Concernant la radio, pratique à instaurer dans son cabinet, elle peut être parfois moins efficace du fait de la difficulté à maîtriser les musiques diffusées et les publicités pouvant nuire à l'apaisement du patient.

Les moyens et les sources de diffusion sont donc multiples entre les sons d'enceintes, d'écouteurs, de casques provenant de CD, radio, plateformes de musique (Deezer Spotify) ou vidéo via une télévision (YouTube, Dailymotion). Il sera aisé pour le praticien de trouver une solution à l'instauration de la musicothérapie dans son cabinet.

Pour conclure, la musique est donc une technique efficace, en apportant un effet positif sur le psychique du patient (détournement de l'attention / augmentation du seuil de vigilance) mais aussi du praticien et du personnel soignant.

Elle est également très facile à mettre en place, dans la salle d'attente par exemple afin d'entamer l'induction à la relaxation ou dans la salle de soin pour apaiser le patient.

Enfin il existe un large panel d'utilisations ne possédant pas une solution idéale. Cette dernière doit être choisie en fonction des préférences du patient, du praticien et des possibilités d'installation et de diffusion dans le cabinet.

Le plus important est d'utiliser au maximum la musicothérapie dans notre pratique pour nous aider dans notre prise en charge globale.

3.3. L'odorat

L'odorat est également un des sens à ne pas délaissier dans notre pratique. En effet, au sein de nos cabinets, les millions de récepteurs du patient sont en action afin de percevoir des odeurs.

3.3.1. Ce qu'il faut éviter

Nos soins nécessitent l'utilisation de nombreux produits et matériaux dégageant de fortes odeurs. Parmi elles, nous retrouvons l'odeur du clou de girofle (à travers l'eugénol), celle de l'hypochlorite, des résines, des matériaux d'empreintes (comme le polysulfure) ou encore l'odeur d'une dent cariée ou nécrosée.

Il peut donc être intéressant de créer des aérations adaptées, avec l'installation d'extracteurs pour faciliter la ventilation et diminuer les odeurs nauséabondes qui peuvent rappeler des anciens souvenirs au patient renforçant son anxiété antérieure.

En parallèle, il peut être conseillé de mettre en place l'aromathérapie dans nos cabinets dentaires grâce à l'utilisation de diffuseur d'huiles essentielles.

3.3.2. Aromathérapie (Huiles essentielles)

L'aromathérapie consiste donc en la diffusion d'huiles essentielles afin d'apaiser le patient.

Certaines de ces huiles sont issues de plantes aromatiques, réputées pour la relaxation, la détente et le bien-être. Il est donc recommandé de bien choisir ce que l'on diffuse dans nos cabinets afin d'éviter d'utiliser d'autres huiles qui auront des vertus plus dynamisantes.

Selon certaines études, nous retrouvons l'huile essentielle de lavande (137) ou encore celle d'orange douce (138) qui pourraient favoriser la diminution de l'anxiété des patients en les inhalant. En complément, la camomille noble ou le romarin (139) permettent aussi de réduire cette anxiété.

Enfin la voie orale pourra également être utilisée avec des gouttes sur un support neutre par exemple.

L'aromathérapie ne consiste donc pas simplement à diffuser une odeur agréable pour assainir l'air ambiant ou contrebalancer tous les matériaux cités dans le « 3.3.1 », mais bien comme son nom l'indique, d'avoir une vertu thérapeutique.

Pour résumer, au cabinet dentaire, de par son côté facile à mettre en œuvre, c'est surtout la forme par diffusion atmosphérique (volatile) qui sera utilisée. Elle peut se faire à l'aide d'un diffuseur électrique plusieurs fois dans la journée pendant quelques minutes (140).

En revanche, il faut tout de même bien connaître les précautions d'emploi, les contre-indications (femme enceinte et enfant en bas âge) et les risques de toxicité avant de la conseiller à l'un de nos patients.

L'aromathérapie est donc une technique supplémentaire parmi le large panel dont dispose le chirurgien-dentiste. Néanmoins elle vient en complément des autres, et ne peut en aucun cas, à elle seule, traiter une anxiété sévère.

3.4. Le goût

Le goût est lié au domaine de la dentisterie à travers les récepteurs présents sur la langue ou sur les papilles du palais. Elles permettent d'identifier des substances qui pourront être perçues comme plus ou moins agréables.

3.4.1. Ce qu'il faut éviter

De nombreux matériaux déjà cités ci-dessus ont également un goût désagréable. Parmi eux, il y a les produits anesthésiques ou encore les polysulfures.

Idéalement, il faudrait réussir à ne pas surprendre le patient. En effet, très souvent il est possible d'anticiper cela et donc d'avertir le patient en amont.

Étant prévenu, ce dernier sera certainement moins anxieux. On renforce ainsi cette relation praticien-patient, si précieuse, comme on l'a vue.

De plus, pour corroborer cela, la mise en place d'une digue (pose d'un champ opératoire étanche) permet d'éviter au maximum le contact des produits avec les papilles gustatives comme l'adhésif lors d'un collage ou l'hypochlorite (pour éviter les fuites du produit).

Si cela n'est pas envisageable, la présence d'une assistante réalisant une aspiration efficace, plus ou moins avec rinçage du produit lors de l'anesthésie par exemple, permet de réduire ces sensations amères.

3.5. Le toucher

Pour le patient, le toucher permet l'exploration, la découverte de l'environnement autour de lui.

Ce 5^{ème} sens peut à la fois renforcer l'anxiété de ce dernier ou à l'inverse être utilisé pour le rassurer.

3.5.1. Ce qu'il faut éviter

La première étape de nos soins, l'anesthésie, est très souvent vécue comme très gênante pour les patients. Nous pouvons donc utiliser les techniques très connues aujourd'hui pour minimiser ses sensations (injection lente et passive, réchauffer le produit avant l'injection, bonne orientation du biseau de l'aiguille).

Lors de nos soins, les vibrations dues au fraisage peuvent également être perçues comme déplaisantes. Il est donc possible de préférer la turbine au contre angle quand le patient est très angoissé.

Ensuite, la perception de chaleur lors d'un compactage du cône de gutta avec un fouloir chauffé ou encore plus simplement, l'accumulation de l'eau dans la bouche ou les projections lors d'un détartrage sont également des facteurs ressentis qui accroissent l'anxiété du patient.

Ce faisant, il faudra éviter au maximum les mouvements brusques lors de l'intrusion dans la cavité buccale et penser à mettre un champ opératoire le plus souvent possible afin que notre patient ressente le moins de contacts possibles avec nos instruments. Attention tout de même, à la sensation d'étouffement qui pourrait être ressentie chez certains patients.

Enfin, la présence des parents lors des soins sur les enfants ou encore la simple attention physique de l'assistante (une main posée sur l'épaule du patient par exemple) apportera une sensation très réconfortante et montrera l'empathie de l'équipe soignante envers le soigné.

De simples gestes peuvent parfois engendrer bien plus d'impacts positifs qu'escompté.

3.6. Un sixième sens insoupçonné ?

Lors de ce travail, nous avons abordé et analysé les 5 sens du patient en relation avec son anxiété au sein du cabinet dentaire. Néanmoins, il semble important de s'intéresser à ce fameux « sixième sens » que le patient ressent inéluctablement lors de la réalisation des soins. Il s'agit de l'anxiété du praticien lui-même.

Elle peut être en effet ressentie d'une part par le patient ou d'autre part transmise par l'équipe soignante (contagion émotionnelle). Aussi étonnant que cela puisse paraître, le praticien peut donc provoquer un accroissement de l'anxiété de son patient s'il n'est pas lui-même, zen et relaxé.

Dans cette relation thérapeutique, l'environnement ainsi que la personnalité du praticien seront perçus par le patient (141). De plus, à cause de la communication non verbale et le stress du praticien perçu au travers de ses gestes, ses expressions et sa posture, le patient pourra être angoissé avant même de recevoir ses soins.

Ainsi, pour réussir à diminuer l'anxiété du patient, il faut tout d'abord diminuer son stress personnel.

En effet, il est très difficile d'interférer positivement sur l'anxiété du patient si l'on est nous-même incapable de le faire. Réaliser des séances de relaxation, d'autohypnose ou de méditation pourrait être aussi valable pour le dentiste afin de réussir à cacher son propre stress ou son énervement lors des situations délicates.

Pour résumer, le praticien devra donc se préoccuper également de gérer son propre stress avant de pouvoir prendre en charge la phobie de ses patients.

Pour conclure, toutes ces solutions agissent positivement sur les sens du patient permettant de nous mettre dans les meilleures conditions pour réaliser sa prise en charge au cabinet dentaire.

Il convient maintenant d'aborder les techniques plus approfondies de la gestion de l'anxiété que nous avons la chance d'avoir à notre disposition en tant que chirurgien-dentiste.

4. Les différentes techniques de gestion de l'anxiété

4.1. Techniques de gestion du comportement ou BMT (Behaviour Management Technics)

Ces techniques ont pour but d'aider notre patient à adopter l'attitude la plus positive possible lors de ses soins dentaires.

4.1.1. Techniques de Communication

C'est une notion fondamentale. Chaque dentiste devrait, idéalement, pouvoir communiquer de la meilleure des manières avec son patient (142).

4.1.1.1. Communication verbale

Expliquer par la voix, avec un discours adapté, le déroulé de la séance et les possibles manifestations de la douleur pendant le soin permet de rassurer le patient afin d'adopter un comportement propice au bon déroulement de la séance.

Celui-ci doit à la fois avoir une confiance sur le plan technique pour recevoir des soins de qualité mais également sur le plan relationnel. Ces qualités humaines sont tout aussi importantes. En effet, avoir un praticien qui anticipe la possibilité d'une douleur chez son patient, qui adopte une communication médicale et dédramatise les soins, aura davantage de chances de réduire l'anxiété de celui-ci (143).

4.1.1.2. Communication non verbale

Cette communication quasiment omniprésente durant la phase de soins, de par le fait que le patient doit garder la bouche ouverte, ne doit pas être délaissée.

En effet comme développé dans le « 3.6 », ce sixième sens du patient capte en permanence des informations. En revanche, nous pouvons nous aussi en tant que praticiens, l'utiliser afin d'observer notre patient. La tension forte de ses mains sur l'accoudoir du fauteuil accompagnée d'une crispation faciale n'aura pas la même signification que s'il adopte une respiration calme, profonde tout en fermant les yeux avec ses mains détendues le long du corps.

4.1.2. « Tell-show-do » (expliquer – montrer - faire)

Au cabinet dentaire la perte de contrôle pour un patient fait partie intégrante des sources possibles d'anxiété, comme vu dans le 1.2.4. Ainsi, il paraît intéressant d'utiliser des stratégies qui permettront de redonner ce contrôle au patient, essentiel au confort et à la sécurité des soins. C'est le cas du « tell-show-do », qui est l'une des techniques les plus utilisées par les dentistes (144), plus ou moins consciemment, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Il faudra tout de même prendre du temps et avoir un langage adapté.

« Tell-Show-Do » (expliquer, montrer, faire) :

- Tell : explications verbales du déroulement du traitement où chaque mot devra être bien choisi afin d'avoir un discours positif et rassurant (10)
- Show : démonstration au patient
 - Visuelle et auditive : voir et entendre le bruit des instruments comme la turbine ou l'insert ultrasonore
 - Olfactive : sentir les produits tels que l'alginat ou la pâte à polir
 - Tactile : progression graduelle en montrant d'abord sur la main du dentiste puis sur celle de l'enfant
- Do : réalisation de la procédure de soins en tentant de le faire le plus rapidement après la démonstration précédente (145).

Cette technique fait appel aux compétences de communication du praticien qu'elle soit verbale ou non verbale dans le but de réduire l'incertitude et d'augmenter la prévisibilité du traitement (120) tout en permettant le renforcement positif (146) (qui sera développé dans le 4.1.4)

4.1.3. Technique de modélisation/modelage

Cette technique se base sur l'observation de l'environnement ainsi que sur le comportement des autres. Le patient peut observer des soins dentaires à travers des vidéos montrant la démarche à adopter dès l'entrée au cabinet ou des vidéos de soins réels réussis afin de diminuer son l'anxiété due à la peur de l'inconnu.

De ce fait, avant de débiter le traitement, le fait de lui montrer le comportement exemplaire d'un patient détendu et coopérant, au début et à la fin des soins dentaires, réduira son angoisse.

Le patient doit en revanche réussir à s'identifier à lui (âge similaire).

4.1.4. Techniques de modifications comportementales par la distraction et le renforcement

Les techniques de distraction ont déjà été abordées dans le «3.1.5.»

Renforcement positif

Il se définit comme une récompense réelle palpable ou sociale au patient, en réponse à un comportement désiré (147).

Cette technique consiste à féliciter les attitudes positives d'un patient. Cela renforcera positivement son effort et permettra qu'il le reproduise plus facilement lors des prochains rendez-vous.

Cette récompense peut être un encouragement, un éloge verbal, ou un remerciement pour des efforts spécifiques réalisés (avoir bien ouvert sa bouche par exemple) ou encore pour les enfants, un petit cadeau donné en guise de récompense. Ainsi, il ne retiendra que le positif et pourra oublier les difficultés vécues durant le soin.

Cela permettra le façonnement du patient, c'est-à-dire qu'au travers des petits objectifs fixés et accomplis à chaque rendez-vous, on tendra vers un comportement idéal.

En parallèle il faudra essayer d'éviter au possible les renforcements négatifs. Ainsi si un jeune patient tente de stopper les soins avec des questions répétées comme le nombre

de minutes restant pour finir la séance, il vaut mieux les ignorer et enchaîner sur des éléments plus positifs (10). En effet, les enfants cherchent à capter notre attention. Si on passe du temps à répondre à leurs questions et que le stimulus désagréable est en plus arrêté (les soins), ils reproduiront alors cela régulièrement, ce qui donnera lieu à un renforcement négatif (35).

4.1.5. Le stop signal

Le stop signal est une technique qui permet de montrer au patient qu'il contrôle le déroulement de la séance de soins. Lever la main pour arrêter la procédure par exemple. Le praticien doit en revanche s'exécuter immédiatement afin de renforcer la relation de confiance (148).

4.1.6. Autres techniques

Ces techniques sont à utiliser en dernier recours lorsque les autres n'ont pas fonctionné.

- Le contrôle vocal

Le contrôle vocal est utilisé avec les enfants pour montrer la hiérarchie entre enfant (patient) et adulte (praticien). Le praticien élève la voix afin d'attirer l'attention du patient. Cela permet parfois de faciliter la suite des soins. Il est en revanche important d'anticiper cette technique en prévenant les parents.

- La technique HOM

La technique HOM (hand over the mouth) ou main sur la bouche qui est, elle aussi utilisée sur les enfants est assez controversée (146).

- La technique de stabilisation protectrice

La technique de stabilisation protectrice consiste en une immobilisation du patient pendant la période de soins afin de le protéger lui et l'équipe soignante. Elle est elle aussi très controversée.

4.2. TCCE : Techniques Cognitives, Comportementales et Émotionnelles

La création des TCC se définit en 3 vagues. La première principalement « comportementale » au début du XXème siècle (1920), la deuxième ajoutant la partie « cognitive » une cinquantaine d'années plus tard et enfin la 3^{ème}, composante émotionnelle, a été ajoutée bien plus récemment (TCCE).

Ces techniques ont pour objectif d'être à la fois pratiques et de faire en sorte que le patient se sente mieux au moment présent « ici et maintenant »

4.2.1. Thérapies cognitives

L'objectif du traitement cognitif de manière simplifiée serait la restructuration de ses pensées négatives, c'est-à-dire changer ses croyances inconscientes sur les soins dentaires notamment.

Cette restructuration se déroule ainsi :

- Prise de conscience de la part du patient, de ses pensées automatiques et de leur rôle sur ses émotions (149).
- Réussir à dissocier ses pensées objectives de ses pensées subjectives. Le patient à travers le thérapeute doit s'auto-questionner (150).
- Et enfin inciter le patient à apprendre au fur et à mesure de nouvelles pensées plus adaptées aux éléments à l'origine de son anxiété.

4.2.2. Désensibilisation systématique / thérapie d'exposition

Cette technique a été inventée par Joseph Wolpe en 1958 et est basée sur la relaxation. L'objectif est d'affronter ses propres sources anxieuses progressivement afin d'éviter les comportements d'évitement qui renforcent la peur des patients. Ainsi ce dernier s'habitue à ces stimuli angoissants (149).

Cette procédure est très structurée et se décompose en trois étapes :

- Inciter le patient à communiquer et surtout hiérarchiser ses peurs (les classer du moins au plus angoissant pour lui).
- Lui apprendre des techniques de relaxation (respiration par exemple)
- Réaliser l'exposition progressive (suivant le classement précédent) (151)

S'il n'est pas possible de réaliser l'exposition comme pour le milieu dentaire par exemple, on peut le faire avec des vidéos ou encore au travers de l'imagination (s'imaginer recevoir le traitement). On appelle donc cela la « désensibilisation imaginaire systématique ».

Ainsi après une relaxation préalable, le thérapeute expose en faisant imaginer au patient de manière graduelle, les éléments anxiogènes qu'il avait hiérarchisés au départ.

Cela aura donc malgré la petite dizaine de séances requises, un impact bénéfique sur les émotions ressenties par le patient lors de ses futurs soins dentaires.

En réalité, il existe de multiples méthodes d'expositions qui peuvent aboutir à la diminution de l'anxiété du patient. Elles vont de la technique d'imagination à celle *in vivo*, réalisée directement au cabinet dentaire, en passant par l'exposition au travers de la réalité virtuelle (*in virtuo*).

4.2.3. TAS - Thérapie d'affirmation de soi

Cette technique consiste à adopter des comportements affirmés afin de pouvoir lutter contre la survenue de situations anxiogènes. L'objectif étant de ne pas fuir mais plutôt de combattre.

Cette thérapie est interactive et permet au travers de jeu de rôle (10), d'apprendre au patient à être davantage affirmé et de ne plus craindre d'affronter ses peurs.

4.2.4. Techniques de Relaxation / Biofeedback (BFB) / Cohérence cardiaque

La relaxation permet au patient d'obtenir un relâchement musculaire accompagné d'une détente mentale en quelques minutes (152).

Elle permettra à la fois de détourner l'attention du patient durant les soins mais également d'améliorer son état émotionnel et d'augmenter son seuil d'anxiété.

Training autogène de J-H.Schultz :

Le training autogène est composé de plusieurs stades de relaxation qui consistent à focaliser son attention sur la lourdeur du corps une fois relâché, sur la chaleur corporelle, les battements cardiaques et sur les effets de la respiration. Le patient réalise ces entraînements seul dans un but de domination du corps, de manière consciente par son cerveau (152).

Méthode progressive de Jacobson :

Cette technique a pour but d'alterner contraction et décontraction afin de ressentir le bien être provoqué par cette dernière. Cela prouve le lien entre la tension musculaire et le stress. L'objectif au long terme est de ne plus être obligé de contracter ses muscles afin d'obtenir une bonne relaxation (153).

On retrouve également le Biofeedback (BFB), qui ne sera pas développé ici de par l'instrumentation nécessaire et donc moins facile à mettre en place dans notre quotidien de dentiste, ainsi que la cohérence cardiaque qui influe sur la fréquence cardiaque en la faisant varier.

Pour atteindre cette relaxation, il existe donc de nombreuses techniques qui ont dans l'ensemble un objectif commun, celui d'avoir une action physique, psychique et émotionnelle afin de réussir à gérer l'anxiété du patient.

La relaxation au cabinet dentaire :

La relaxation est une technique pouvant être enseignée au patient par le praticien au sein du cabinet dentaire. De ce fait, après entraînement chez lui, le patient pourra appliquer cette méthode de lui-même que ce soit dans la salle d'attente ou sur le fauteuil au cours des soins.

Avec les enfants, il est tout simplement possible de lui demander de se concentrer sur son ventre qui se gonfle et se dégonfle comme un ballon (10). Ainsi il pratique la respiration abdominale sans s'en apercevoir.

C'est une méthode qui présente l'avantage de ne nécessiter aucun matériel et donc un coût très faible. De plus, la relaxation peut s'acquérir en très peu de temps contrairement à la thérapie d'exposition de J. Wolpe. Elle nécessite peu de

connaissances de la part du praticien. En revanche, elle demande une pratique très régulière pour le patient.

La relaxation a donc, pour conclure, un impact sur tout le corps, du rythme de la respiration à la fréquence cardiaque en passant par la diminution de la tension artérielle et musculaire (154).

4.2.5. ACT (thérapie d'acceptation et d'engagement)

L'« ACT » est un modèle de compréhension du langage de psychothérapie et des émotions (155).

« Acceptation » ne signifie pas ici une démarche passive ou le patient doit juste accepter et subir ses émotions négatives, sources de son anxiété. Au contraire, on prononce cette technique en un seul mot « acte » pour montrer le caractère actif de cette thérapie (156) qui incite au changement de comportement de la part du patient. Le patient a souvent l'habitude de lutter contre ses peurs lors des soins dentaires. Il réalise ce que l'on appelle « de l'évitement expérientiel ». Ainsi l'objectif est d'accepter ses émotions et pensées négatives et ne plus lutter afin de ne plus perdre de l'énergie inutilement. Il pourra alors ensuite rentrer plus facilement dans une démarche active (157). Grâce à ce recul pris vis-à-vis de son ressenti, le patient peut donc acquérir une flexibilité psychologique.

En pratique, cette thérapie ne nécessite pas de suivre une démarche étape par étape. Il existe en effet de multiples protocoles. A travers 6 processus, commençant par la dissociation de ses pensées néfastes et se terminant par le passage à l'action, nous allons impacter positivement l'anxiété du patient en lui apportant détente morale et calme intérieur.

En revanche elle nécessite, comme beaucoup de thérapies, de l'expérience de la part du praticien et du temps car on ne peut l'appliquer directement lors d'une consultation en urgence.

Pour conclure, les TCCE permettent d'augmenter au long terme la coopération aux soins dentaires des patients tout en diminuant leur niveau d'anxiété. Elles ont donc une efficacité similaire voire supérieure à des techniques médicamenteuses qui ont à l'inverse bien plus d'effets secondaires (158). Elles sont également selon une étude de 2010 (159), plus efficaces encore que les soins sous hypnose.

Par conséquent, au vu du peu d'effets néfastes de ces stratégies cognitivo-comportementales et émotionnelles, il ne sera que bénéfique de les utiliser, en complément de celles déjà abordées, afin de gérer au mieux l'anxiété de nos patients actuels et futurs. Néanmoins, il est préconisé de se former et/ou de travailler conjointement avec des thérapeutes, de par la mise en œuvre complexe de ces techniques. Tout cela intervient dans le but d'optimisation du résultat (160).

4.3. Méditation

La méditation, non loin de la relaxation, vue dans les TCC « 4.2 », est une méthode très ancienne qui commence depuis plusieurs années à prendre de la place dans notre société. Utile à la fois pour notre vie personnelle afin d'atteindre un bien être intérieur, elle peut être aussi très importante dans la relaxation du patient avant, pendant et après des soins dentaires. Ces séances de méditation permettent d'atteindre un très haut niveau d'apaisement augmentant son seuil d'anxiété.

Au niveau du cerveau, ces séances ont un impact sur diverses zones spécifiques, dont l'hippocampe qui gère les émotions (161) ainsi que sur l'amygdale (162), à l'origine de l'anxiété et des peurs. La méditation semble donc avoir un rôle bénéfique sur la structure et l'activité du cerveau (163).

En pratique, nous pouvons réaliser de multiples exercices. En effet, nous pouvons par exemple utiliser une méditation de « pleine conscience », qui consistera à accueillir tout ce que l'on ressent dans notre environnement direct, au moment présent. Il est donc nécessaire pour cela d'être dans un cadre propice à la relaxation et de ne pas la proposer au patient au cours d'un traitement au fauteuil.

Lors de ce type de méditation, le patient tentera de ressentir à la fois ses battements cardiaques, sa respiration (164) les sensation internes de son corps, les bruits environnants afin d'éloigner de l'esprit toutes pensées négatives ou stressantes.

Ensuite, une autre méthode consiste au « Body scan » :

Elle permet de réaliser très lentement et progressivement un scannage du corps. Pour cela il faut, les yeux fermés, se focaliser progressivement sur chaque zone de notre corps en commençant par les pieds par exemple pour remonter jusqu'à la tête. Cette technique permet elle aussi d'abaisser le niveau de stress du patient.

Enfin il existe d'autres types de méditations, qui peuvent, elles aussi, être facilement envisageables au cabinet durant un soin telle que la méditation « focalisée ».

Celle-ci permet de centrer son esprit sur quelque chose en particulier, comme la respiration, avec l'air frais qui rentre à l'inspiration et l'air chaud qui sort du corps à l'expiration. Nous pouvons coupler cet exercice en incitant le patient à imaginer et visualiser un paysage de nature et le bruit des oiseaux ou encore le paysage d'une plage avec le bruit des vagues sur le sable.

L'objectif étant ici, d'emmener la conscience du patient dans un endroit agréable et de focaliser son attention sur des éléments qu'il apprécie (nature, famille ou encore un super héros pour les enfants). Ainsi, tout en évitant au possible le vagabondage de l'esprit, cet exercice fera baisser sa fréquence cardiaque et l'amènera progressivement dans un état de relaxation où l'angoisse diminuera.

Il est donc possible d'imaginer un dentiste informer et conseiller le patient afin qu'il réalise quotidiennement des séances de méditation chez lui dans un endroit calme et propice à la détente. Certaines applications sur les smartphones telles que « Petit Bambou » peuvent le permettre. Ainsi après plusieurs séances à son domicile, il sera capable de réaliser ces exercices de méditation en salle d'attente puis progressivement au fauteuil voire même pendant les soins. De plus, en tant que chirurgien-dentiste, il est

également concevable d'inciter le patient à réaliser sa séance de méditation sur le fauteuil et même de le guider la première fois comme dans la méditation « focalisée ».

Cette technique, comme les précédentes permet de concourir à la diminution de l'anxiété dans la prise en charge du patient au cabinet dentaire. Elle nécessite en revanche une pratique régulière car c'est ainsi que l'on obtient les meilleurs résultats (165).

4.4. Sophrologie

Fondée en 1960 par le professeur Alfonso Caycedo, la sophrologie peut être définie étymologiquement parlant comme la science de l'harmonie de la conscience.

Son objectif est de permettre au patient d'être en harmonie avec soi-même et avec son environnement.

Proche et inspirée de certaines techniques de relaxation, de médiation (déjà abordées au 4.2.4 et 4.3) voire d'hypnose (abordée au 4.5), la sophrologie reste une technique à part entière.

En pratique, elle consiste en un ensemble d'exercices à la fois de respiration, de visualisation et de relâchement musculaire. Le sophrologue accompagne donc le patient de manière personnalisée afin d'aspirer à un certain équilibre de l'être.

Cette méthode, non pharmacologique, permet de diminuer la douleur et l'anxiété d'un patient, peu importe son âge, en développant maîtrise de soi et contrôle des émotions (166).

La sophrologie peut être réalisée à travers de nombreuses méthodes, certaines par exemple basées sur une respiration synchronique, d'autres sur la sophro-acceptation progressive (on peut faire imaginer au patient une bonne acceptation de sa future prothèse amovible afin que la livraison se passe le mieux possible) ou encore une sophro-substitution sensorielle qui, avec de l'entraînement et grâce aux paroles du praticien, peut substituer une sensation de chaleur désagréable par une sensation de froid. Cette dernière se réalise grâce à des projections d'images de glace par exemple, permettant l'amélioration des effets post-opératoires si des interventions sous sophronisation ont eu lieu (167).

Les séances doivent s'effectuer dans un lieu calme, préférentiellement avec une posture assise, ISOCAÏ (Intégration sophrologique caycédienne), qui est celle de référence pour réussir à atteindre un niveau de relaxation lors des séances chez son dentiste. La relation Patient-Sophrologue est elle aussi essentielle autant que la relation du patient avec son dentiste.

A noter aussi que ce dernier peut éventuellement jouer le rôle de sophrologue mais il lui faut pour cela acquérir de nombreuses connaissances et bien maîtriser cette technique.

4.5. Hypnose

L'hypnose pourrait se définir comme un état de conscience modifié, différent du sommeil (133).

Elle est définie en 2014, de manière internationale comme «un état de conscience impliquant une focalisation de l'attention avec une attention périphérique diminuée, et caractérisée par une capacité accrue à répondre à la suggestion » (168).

Elle a pour but de créer un univers propre au patient dans lequel il pourra s'évader, grâce à l'utilisation du « faire comme si », afin de le plonger dans cet état de relaxation.

Cette technique permet de remplacer la peur par de la confiance en provoquant un état de détente accompagné d'un sentiment de sécurité (169), où le patient aura une conscience réduite de la réalité environnante (170).

C'est donc une solution efficace pour le praticien, à la fois dans son accompagnement auprès du patient, mais également dans le but de s'épargner des séances épuisantes, qui lui demandent beaucoup d'énergie au vu de la difficulté lors de la réalisation du soin (8).

Cet outil peut parfois effrayer, mais il est important d'expliquer au patient que nous faisons toutes et tous face à des situations hypnotiques dans notre quotidien. En effet la transe naturelle est un état naturel vécu par chacun d'entre nous, tous les jours, sans s'en apercevoir : lecture d'un livre, vision d'un film ou en conduisant lorsque l'on n'a pas eu conscience du chemin parcouru (133).

Au cabinet, nous réalisons de l'hypnose médicale en utilisant cette fois une transe induite. Cela permet d'obtenir un état de concentration, de relaxation et de détente, afin de permettre à l'inconscient du patient d'être plus réceptif. Nous devons en revanche avoir un patient consentant, coopérant et motivé, qui participe activement à la séance (169).

Au cabinet dentaire :

Au cabinet dentaire, nous pouvons utiliser deux techniques en fonction du niveau d'anxiété du patient.

- **Hypnose Conversationnelle**

Ce type d'hypnose est très rapide à mettre en place. Il est basé sur l'utilisation de métaphores, d'humour et de vocabulaire positif (« sentez-vous la zone endormie ? » / « fermez les yeux » / « je vais mettre un gant magique » (8)), tout cela dans un rythme calme, accompagné plus ou moins de musique. Ici, l'environnement aura encore une grande importance.

Le praticien devra adopter un ton rassurant et des gestes calmes, tout en s'attardant sur la communication non verbale qui aura également un rôle conséquent dans la séance (171).

Le succès dépend en effet à 30% de l'alliance thérapeutique. Il faut donc accorder (comme vu dans le 4.1.1.1) une grande importance à la relation soignant-soigné (172).

Pour conclure, l'avantage est que cette hypnose peut être utilisée par les profanes (133), et ce lorsque le patient présente une anxiété modérée.

- Hypnose Formelle

A l'inverse, l'hypnose formelle s'utilise particulièrement lors d'une anxiété plus sévère et nécessite que le praticien maîtrise un certain nombre de connaissances.

Il n'est pas question ici d'hypnose classique, traditionnelle, spectacle, mais bien de l'hypnose Ericksonienne à visée thérapeutique où nous aurons une synchronisation des 3 protagonistes (assistante, dentiste, patient). Le patient doit justement sentir qu'il peut maîtriser la séance librement.

En pratique, malgré le fait qu'il y ait autant d'hypnoses que d'hypno-thérapeutes (133), une séance d'hypnose formelle, peut se dérouler ainsi : (en préambule ou non d'une séance de soins)

- Entretien initial :
Nous réalisons une anamnèse afin de connaître les centres d'intérêts du patient, son univers et ce qui le rassure, afin de pouvoir amener la séance dans son sens. De plus une observation clinique permettra de cerner le problème (173).
- Induction d'une Transe hypnotique :
A travers la concentration sur la respiration et l'importance de la parole, il est possible de plonger le patient dans une transe hypnotique. Cela sera accompagné par un phénomène de dissociation, d'exploration d'un lieu agréable et/ou d'un lieu de sécurité qui, par le biais de suggestions et métaphores, permettra un état hypnotique plus ou moins approfondi.
- Réassociation Réorientation :
Nous utiliserons ces mots : « retour ici et maintenant », afin de réveiller le patient et de le réassocier à l'environnement direct.
- Entretien post hypnotique / débriefing :
Nous effectuerons un bilan sur la séance passée afin de réaliser les modifications nécessaires lors des prochains soins.

Il existe aussi l'autohypnose, afin de mieux supporter les situations anxiogènes au cabinet ainsi que l'hypno-analgésie et l'hypno-sédation qui ne seront pas abordées ici.

- Les avantages au cabinet dentaire

Les avantages d'une utilisation au cabinet dentaire sont multiples. Tout d'abord il peut y avoir un rôle bénéfique sur le réflexe nauséux (133), l'hyposialie (utilisation de la métaphore du robinet (174), mais également de la phobie dentaire ou du trouble phobique (8). Enfin il y a également un lien avec le ressenti du patient concernant l'intervention mais également sur la diminution de la quantité d'antalgique dont il aura besoin en post opératoire (169).

Pour conclure, hormis certains patients de moins de 3 ans, ceux non réceptifs (entre 5 et 20% selon les études) ou encore ceux porteurs de grand handicap et troubles psychiques, nous pouvons appliquer l'hypnose de façon régulière lors de nos traitements. De plus, cette technique est peu coûteuse et facile à mettre en place (175). En revanche, l'hypnose thérapeutique, très utile lors des soins dentaires ne doit pas être confondue avec l'hypnose spectacle, qui, avec les polémiques et la médiatisation de l'hypnose lors d'émissions TV, peut inquiéter les patients.

À l'inverse, elle doit apporter sérénité tout en améliorant la relation entre le patient et l'équipe dentaire (169). Elle doit permettre aussi au praticien d'être rassurant et d'augmenter le seuil d'anxiété de son patient. Le dentiste devra alors bien expliquer en quoi consiste l'hypnose médicale et le déroulement de la séance. Naturellement, une formation est nécessaire pour être en mesure d'appliquer l'hypnose en cabinet.

4.6. PNL (Programmation Neuro-Linguistique)

Dans la Programmation Neuro-Linguistique (PNL) inventée il y a une cinquantaine d'années, le but pour le praticien est d'observer le patient en se focalisant sur la communication verbale « Linguistique » et non verbale de son corps, afin de comprendre sa vision des choses dans telle ou telle situation (176).

Ainsi le praticien pourra proposer une « Programmation » de nouveaux comportements, plus adaptés que les anciens acquis dans le passé et effectués comme un ordinateur. Les comportements d'évitement dus au stress ou à une phobie (177), la phobie dentaire pour ce qui nous concerne seront ainsi mis de côté.

De ce fait, en s'aidant de la puissance du système nerveux « Neuro », il est possible de changer la manière dont le patient va percevoir son environnement ; sa vision sera plus positive.

Cette technique peut être utilisée de manière complémentaire aux séances d'Hypnose. Elle permet comme démontré dans certaines études (178) d'influer sur l'anxiété des patients nous donnant une meilleure acceptation de nos soins futurs.

En revanche cette méthode est assez complexe à mettre en place et d'autant plus pour un dentiste. Il faut donc travailler en équipe afin de permettre une meilleure gestion des comportements de nos patients.

4.7. Phytothérapie

L'objectif de cette technique est de prescrire au patient des plantes sédatives, calmantes et tranquillisantes, ou leurs extraits, pouvant influencer positivement sur son stress.

Parmi elles nous avons la verveine, la valériane, la passiflore ou le tilleul par exemple (179,180)

Il faut, comme dans chaque technique évoquée, être formé afin d'en connaître les contre-indications, les risques et les interactions médicamenteuses.

4.8. Autres

D'autres techniques existent aussi dans le but de gérer l'anxiété de nos patients. En revanche il faut bien comprendre que ces solutions viennent en complément de celles évoquées précédemment. Nous aborderons des stratégies en grande partie issues de la médecine traditionnelle chinoise.

4.8.1. Acupuncture

Technique où le but est de traiter une maladie par l'insertion d'aiguilles aux divers points du corps nommés « points d'acupuncture » (181).

En termes d'application dans le domaine de la chirurgie dentaire, l'acupuncture semblerait avoir un impact sur les réflexes nauséeux (avec des points sur le menton (182), mais également sur la douleur, la sécheresse buccale et les dysfonctions temporo mandibulaires. Enfin, et c'est ce qui nous intéresse ici, il est possible de trouver certaines sources qui montreraient une amélioration de l'anxiété des patients (183), dont des résultats prometteurs obtenus avec des points d'acupuncture auriculaires (184).

En revanche, ces études démontrant le rôle bénéfique de l'acupuncture dans la gestion de l'anxiété dentaire ne sont pas assez nombreuses et ne peuvent être concluantes. Il n'est alors pas possible de pouvoir en affirmer les bienfaits (181).

Naturellement, l'acupuncture nécessite une formation spéciale et approfondie. De plus, malgré le côté indolore du traitement il paraîtrait judicieux de ne pas le proposer à des patients déjà anxieux des aiguilles dentaires.

4.8.2. Shiatsu

Le shiatsu est une discipline énergétique japonaise amenant à un état de détente grâce à des étirements, mobilisations et pressions appliquées sur le corps. L'objectif étant de favoriser une meilleure circulation de l'énergie permettant la relaxation et le bien-être. Une étude sur le contrôle de l'anxiété du patient tente justement d'établir un lien avec un massage shiatsu (185).

4.8.3. RESC (Résonance Énergétique par Stimulation Cutanée)

Cette technique s'appuyant également sur les concepts énergétiques, s'intéresse en plus à la propagation des ondes sonores dans les liquides corporels grâce au toucher digital. Sa réalisation selon la médecine traditionnelle chinoise, permet à travers le côté relationnel soignant/soigné d'être antalgique, anxiolytique et d'apaiser le patient. Certaines études ont d'ailleurs été réalisées dans un cadre dentaire et démontrent une efficacité sur l'anxiété des patients (186).

D'autre part, cette méthode doit être vue comme un accompagnement du patient et non comme une thérapie miracle à l'anxiété dentaire.

4.8.4. Feng shui, Qi Qong

Le Feng Shui a pour but d'établir un juste équilibre entre les énergies qui nous entourent, en se basant sur les règles de l'équilibre du « Yin et du Yang ».

Le Qi Qong consiste lui en une gymnastique douce, alliant des postures immobiles, de la respiration, de la visualisation et des étirements, permettant de retrouver un certain équilibre du corps.

Pour conclure : Ces quatre techniques abordées doivent être utilisées en complément des autres et surtout dans un second temps, car il existe trop peu de preuves sur leur efficacité scientifique. En revanche le patient peut tout à fait les pratiquer dans un but de bien être personnel. Cela aura probablement un impact positif sur son stress en général, et par conséquent sur sa propre gestion de son anxiété lors de ses futurs soins dentaires.

Conclusion

Pour conclure, nous avons vu que la phobie dentaire pouvait être d'origines multiples et qu'elle pouvait toucher chacun des patients de manière plus ou moins importante.

De ce fait il est important de prendre en considération cette anxiété, et de tenter de la réduire au maximum à l'aide des multiples techniques énumérées.

Il est d'ailleurs important de garder à l'esprit un gradient thérapeutique quant à leur utilisation. En effet il est préférable tout d'abord de proposer à l'ensemble de nos patients un cadre de soins propice à la détente, en gravitant autour de ses cinq sens pour augmenter son seuil d'anxiété et tenter de minimiser sa peur (l'aménagement, l'aromathérapie, la musicothérapie).

Ainsi dans un second temps, il sera possible d'utiliser au cas par cas, des méthodes complémentaires plus ou moins avancées alliant nouvelles technologies (Réalité virtuelle) ou techniques plus traditionnelles (Méditation).

De la Communication verbale aux TCC (Techniques Cognitivo Comportementales) en passant par l'hypnose ou la relaxation, ces techniques aussi nombreuses soient-elles, doivent faire partie intégrante de l'arsenal thérapeutique d'un chirurgien-dentiste, et doivent, dans un premier temps être privilégiées vis-à-vis des solutions pharmacologiques. « Primum non nocere », « Tout d'abord ne pas nuire ». Il pourra donc être intéressant en ouverture de cet exposé, d'évoquer la place des techniques médicamenteuses et de sédation pouvant elles aussi être facilitatrices de soins.

Bibliographie :

1. Guinot Jimeno F, Yuste Bielsa S, Cuadros Fernández C, Lorente Rodríguez AI, Mercadé Bellido M. Objective and subjective measures for assessing anxiety in paediatric dental patients. *Eur J Paediatr Dent.* déc 2011;12(4):239-44.
2. Thomson WM, Locker D, Poulton R. Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. *Community Dent Oral Epidemiol.* août 2000;28(4):289-94.
3. Léonard P. Troubles anxieux. *Inf Dent.* 8 oct 2014;25-6.
4. Inserm, La science pour la santé. Troubles anxieux - Quand l'anxiété devient pathologique. [Internet]. 2021. [Consulté le 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/>
5. Stabholz A, Peretz B. Dental anxiety among patients prior to different dental treatments. *Int Dent J.* avr 1999;49(2):90-4.
6. Cohidon C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités ». août 2007;6.
7. The American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013.
8. Zeidan J, Bobo MLG, Descroix V. Intérêt de l'hypnose dans la gestion des troubles phobiques liés aux soins dentaires. *Inf Dent.* janv 2019;(3):22-4.
9. HAS-Haute Autorité de Santé. La prise en charge de votre trouble anxieux. Guide - Affection de longue durée. 2007.
10. Berthet A, Desprez-Droz D, Manière MC. Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant. *Quintessence international.* 2006. 125 p.
11. Larousse, éditeur. Dictionnaire Larousse français. [Internet]. [Consulté le 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>
12. Spielberger CD. State-Trait Anxiety Inventory. John Wiley & Sons, Ltd; 2010.
13. Eysenck MW. Anxiety: The Cognitive Perspective. Lawrence Erlbaum Associates. 1992. 192 p.
14. Sillamy N. Dictionnaire usuel de psychologie. Bordas. Paris; 1983. 784 p.
15. Chemama R. Dictionnaire de la psychanalyse. Larousse. 2018. 604 p.
16. Guelfi JD, Olivier-Martin R, Boyer P. Anxiété et angoisse. Laboratoires Substantia. 1980.
17. Darwin C. The Expression of the Emotions in Man and Animals. Oxford University Press. 1998.
18. Larivey M. Angoisse et anxiété: Les vigiles de l'équilibre mental. Alexandre Stanké - Livre audio. 2003.
19. Delamare M, Garnier J. Dictionnaire illustré des termes de médecine, 31^e édition. Paris: MALOINE; 2012.
20. Farhad Mollashahi N. Adult dental patients with avoidance behaviours. *Int J High Risk Behav Addict.* mars 2015;4(1).
21. Quenneville I. Adaptation québécoise-française et validation de l'index of dental anxiety and fear (échelle de peur et d'anxiété dentaire). Université de Laval; 2013.
22. Armfield JM. The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. *Aust Dent J.* déc 2010;55(4):368-77.
23. HAS-Haute Autorité de Santé. Affections psychiatriques de longue durée Troubles anxieux graves. Guide - Affection de longue durée. 2007.
24. Potter CM, Kinner DG, Tellez M, Ismail AI, Heimberg RG. Clinical implications of

- panic symptoms in dental phobia. *J Anxiety Disord.* oct 2014;28(7):724-30.
25. Enkling N, Marwinski G, Jöhren P. Dental anxiety in a representative sample of residents of a large German city. *Clin Oral Investig.* mars 2006;10(1):84-91.
 26. HAS-Haute Autorité de Santé. Actes et prestations - Affection longue durée n°23 - Troubles anxieux graves. 2017.
 27. Lecomte O, Tristan D. Les praticiens des armées dans l'histoire de l'art dentaire. *Medécine Armées.* 4 mars 2010;38:469-76.
 28. Vidal F. Regards sur l'histoire de l'art dentaire, de l'époque romaine à nos jours.
 29. Recherche Youtube - influenceuse qui a refait ses dents en Turquie. [Internet]. [Consulté le 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=IOAWBnecLNw>
 30. Appukuttan DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2016;8:35-50.
 31. Prathima V, Anjum MS, Reddy PP, Jayakumar A, Mounica M. Assessment of anxiety related to dental treatments among patients attending dental clinics and hospitals in Ranga Reddy District, Andhra Pradesh, India. *Oral Health Prev Dent.* 2014;12(4):357-64.
 32. Ghevert M. Représentation de l'hypnose chez les patients consultant le service d'odontologie du CHRU de Lille [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille - Faculté de chirurgie dentaire; 2017.
 33. Bailly D, Bouvard M, Casadebaig F, Corcos M, Fombonne E, Gorwood P, et al. Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM); 2003 p. 887, tableaux, graphiques.
 34. Boulenger JP, Lépine JP. Les troubles anxieux. Cachan: Lavoisier; 2014. 342 p. (Psychiatrie).
 35. Maldonato T. Les techniques cognitivo-comportementales à adopter face à l'enfant phobique des soins dentaires [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille - Faculté de chirurgie dentaire; 2012.
 36. Armfield JM, Ketting M. Predictors of dental avoidance among Australian adults with different levels of dental anxiety. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* sept 2015;34(9):929-40.
 37. Locker D, Thomson WM, Poulton R. Psychological disorder, conditioning experiences, and the onset of dental anxiety in early adulthood. *J Dent Res.* juin 2001;80(6):1588-92.
 38. Ten Berge M, Veerkamp JSJ, Hoogstraten J. The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *J Anxiety Disord.* 2002;16(3):321-9.
 39. Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dent Oral Epidemiol.* avr 2003;31(2):116-21.
 40. Vanhoorneweder R. La Sophrologie du praticien. Paris: J. Prélat; 1975. 92 p.
 41. Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH. Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clin Psychol Rev.* juill 2017;55:25-40.
 42. Luoto A, Tolvanen M, Pohjola V, Rantavuori K, Karlsson L, Lahti S. A longitudinal study of changes and associations in dental fear in parent/adolescent dyads. *Int J Paediatr Dent.* nov 2017;27(6):506-13.
 43. Lara A, Crego A, Romero-Maroto M. Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. *Int J Paediatr Dent.* sept 2012;22(5):324-30.
 44. Corkey B, Freeman R. Predictors of dental anxiety in six-year-old children:

- findings from a pilot study. *ASDC J Dent Child*. août 1994;61(4):267-71.
45. Chen E, Martin AD, Matthews KA. Trajectories of socioeconomic status across children's lifetime predict health. *Pediatrics*. août 2007;120(2):297-303.
 46. Townend E, Dimigen G, Fung D. A clinical study of child dental anxiety. *Behav Res Ther*. janv 2000;38(1):31-46.
 47. Messa Savi de Tove M, Bakayoko-Ly R, Arthur N'Guessan K, Kolomdou K, N'Cho-Oka Affiba E. Corrélation entre l'anxiété et la douleur dentaire chez l'enfant : investigations faites au Centre de consultations et de traitements odontostomatologiques d'Abidjan (Côte d'Ivoire). *Médecine Buccale Chir Buccale*. nov 2012;18(4):333-7.
 48. Yim L. Belonephobia--a fear of needles. *Aust Fam Physician*. août 2006;35(8):623-4.
 49. Eli I, Uziel N, Blumensohn R, Baht R. Modulation of dental anxiety - The role of past experiences, psychopathologic traits and individual attachment patterns. *Br Dent J*. 12 juin 2004;196(11):689-94; discussion 683.
 50. Chadwick BL, Hosey MT. *Child Taming: How to Manage Children in Dental Practice*. London: Quintessence Publishing Co Ltd; 2017. 142 p.
 51. Sympathie, compassion, empathie. Harmonie et Vitalité des Espaces. [Internet]. [Consulté le 08 Janv 2023]. Disponible sur: <http://www.moninterieurfengshui.com/sympathie-compassion-empathie.html>
 52. Guelfi JD, Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*. Elsevier Masson. 2017 ; 976 p.
 53. Ghazel M. Anxiété des patients adultes au cabinet dentaire: origines, impacts et évaluation dans le cadre d'une étude au sein du CHU de Nice [Thèse d'exercice]. [France]: Université Côte d'Azur. Faculté d'Odontologie; 2020. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02982019>
 54. Deldime R, Vermeulen S. *Le développement psychologique de l'enfant*. 7e édition. Bruxelles: De Boeck; 2004. 237 p.
 55. Bollore O, Ourrad A, Andrianisaina P, Terbeche M, Laidi C, Yekhlif W, et al. Evaluation de la douleur et de l'anxiété lors de soins dentaires chez les patients hospitalisés en psychiatrie. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. avr 2020;65(4):273-7.
 56. Okawa K, Ichinohe T, Kaneko Y. Anxiety may enhance pain during dental treatment. *Bull Tokyo Dent Coll*. août 2005;46(3):51-8.
 57. Raadal M, Skaret E. Background Description and Epidemiology. In: *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety*. Lars-Göran Öst 2013. p. 21-31.
 58. Gay MC, Marmion D. Lien entre anxiété et complications postopératoires en chirurgie dentaire. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mai 2009;167(4):264-71.
 59. Bohl JB, Pirnay P. *La peur du dentiste : comprendre et réduire l'anxiété des patients*. Vol. 1. [Rueil-Malmaison]: Editions CdP; 2016. 112 p.
 60. Brion C. *Gestion du stress per-opératoire du patient en odontologie* [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2011.
 61. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*. 14 janv 2007;7:15.
 62. Dobros K, Hajto-Bryk J, Wnek A, Zarzecka J, Rzepka D. The level of dental anxiety and dental status in adult patients. *J Int Oral Health*. juin 2014;6(3):11-4.
 63. Eitner S, Wichmann M, Paulsen A, Holst S. Dental anxiety--an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *J Oral Rehabil*. août 2006;33(8):588-93.
 64. Pasini W, Haynal A. *Manuel de psychologie odontologique*. Paris: Elsevier Masson; 1992. 176 p.

65. Saint-Pierre F. Bouche entre plaisir et souffrance. Eska. 1999. (Médecine).
66. Thibault C. Orthophonie et oralité La sphère oro-faciale de l'enfant - 2ème édition. Elsevier Masson. 2017. 192 p. (Orthophonie).
67. Bourassa M. Dentisterie comportementale. Montréal: Méridien; 2000. 421 p.
68. Didelot A. Principaux aspects psychanalytiques et symboliques de la dent [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré; 2011. p. 100.
69. Paris JC, Faucher AJ. Le Guide Esthétique: Comment Réussir Le Sourire De Vos Patients. Paris: Quintessence Pub Co; 2003.
70. Longo MR, Haggard P. An implicit body representation underlying human position sense. Proc Natl Acad Sci U S A. 29 juin 2010;107(26):11727-32.
71. Jevan P. Incitation à la cohérence et au traitement de l'anxiété dentaire. Rev Francoph Odontol Pediatr. 2009;30-47.
72. Fioretti F, Brunet-Canonne A, Arreto CD. Consulter en odontologie: La relation praticien patient. CDP; 2006. 127 p.
73. Clinical Affairs Committee-Behavior Management Subcommittee, American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. Pediatr Dent. sept 2015;37(5):57-70.
74. Fournel E, Desprez-Droz D. L'anxiété de l'enfant au cabinet dentaire: évaluation par le dessin [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré ; 2000.
75. Anshel MH. Coping with Stress. In: Seel NM, éditeur. Encyclopedia of the Sciences of Learning. Boston, MA: Springer US; 2012. p. 818-22.
76. Salthun-Lassalle B. Les circuits de la peur. Pour la science. 26 nov 2010. [Internet]. [Consulté le 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.pourlascience.fr/sd/neurosciences/https://www.pourlascience.fr/sd/neurosciences/les-circuits-de-la-peur-10773.php>
77. Eysenck MW, Derakshan N, Santos R, Calvo MG. Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. Emot Wash DC. mai 2007;7(2):336-53.
78. Jourdain S. Le stress. Ed Aedis. 2004.
79. Guénard H. Physiologie humaine. Paris: Éditions Pradel; 2009.
80. Selye H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. J Clin Endocrinol Metab. 1946;6:117-230.
81. Boudarene M, Timsit-Berthier M, Legros JJ. Qu'est-ce que le stress? Rev Med Liege. août 1997;52(8):541-9.
82. Franklin Z, Smith N, Holmes P. Anxiety symptom interpretation and performance expectations in high-anxious, low-anxious, defensive high-anxious and repressor individuals. Personal Individ Differ. 30 avr 2015;77.
83. Brand HS. Anxiety and Cortisol excretion correlate prior to dental treatment. Int Dent J. 1999;49(6):330-6.
84. Law CS, Blain S. Approaching the pediatric dental patient: a review of nonpharmacologic behavior management strategies. J Calif Dent Assoc. sept 2003;31(9):703-13.
85. Freeman R. A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. Int J Paediatr Dent. nov 2007;17(6):407-18.
86. Suárez-Relinque C, Del Moral Arroyo G, León-Moreno C, Callejas Jerónimo JE. Child-To-Parent Violence: Which Parenting Style Is More Protective? A Study with Spanish Adolescents. Int J Environ Res Public Health. 12 avr 2019;16(8):1320.
87. Vallée V. Les effets de l'environnement audiovisuel sur l'anxiété de l'enfant: intérêts des nouvelles technologies [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille ; 2018.
88. Viswanath S, Asokan S, Geethapriya PR, Eswara K. Parenting Styles and their

- Influence on Child's Dental Behavior and Caries Status: An Analytical Cross-Sectional Study. *J Clin Pediatr Dent.* 2020;44(1):8-14.
89. Howenstein J, Kumar A, Casamassimo PS, McTigue D, Coury D, Yin H. Correlating parenting styles with child behavior and caries. *Pediatr Dent.* févr 2015;37(1):59-64.
 90. Aminabadi NA, Deljavan AS, Jamali Z, Azar FP, Oskouei SG. The Influence of Parenting Style and Child Temperament on Child-Parent-Dentist Interactions. *Pediatr Dent.* août 2015;37(4):342-7.
 91. Fenlon WL, Dabbs AR, Curzon ME, Dobbs AR. Parental presence during treatment of the child patient: a study with British parents. *Br Dent J.* 9 janv 1993;174(1):23-8.
 92. Aoyagi-Naka K, Koda A, Kawakami T, Karibe H. Factors affecting psychological stress in children who cooperate with dental treatment : a pilot study. *Eur J Paediatr Dent.* déc 2013;14(4):263-8.
 93. Chamoux A, Rouffiac K, Duthail F, Millot-Theis B, Gabrillargues D, Boudet G. Comment mesurer le stress au travail ? Bilan de cinq années de pratique au CHU de Clermont-Ferrand.
 94. L'échelle visuelle analogique d'évaluation de la douleur (EVA) - Cours soignants - EspaceSoignant.com. [Internet]. [Consulté le 05 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.espacesoignant.com/soignant/pratiques-de-soins/evaluation-de-la-douleur-echelle-visuelle-analogique-eva>
 95. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res.* août 1969;48(4):596.
 96. Bahammam MA, Hassan MH. Validity and reliability of an Arabic version of the modified dental anxiety scale in Saudi adults. *Saudi Med J.* nov 2014;35(11):1384-9.
 97. Modified Dental Anxiety Scale | University of St Andrews. [Internet]. [Consulté le 26 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.st-andrews.ac.uk/dentalanxiety/>
 98. Stouthard ME, Hoogstraten J, Mellenbergh GJ. A study on the convergent and discriminant validity of the Dental Anxiety Inventory. *Behav Res Ther.* juin 1995;33(5):589-95.
 99. Armfield JM. How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? *Oral Health Prev Dent.* 2010;8(2):107-15.
 100. Armfield JM. Development and psychometric evaluation of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+). *Psychol Assess.* juin 2010;22(2):279-87.
 101. Al-Harasi S, Ashley PF, Moles DR, Parekh S, Walters V. Hypnosis for children undergoing dental treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017.
 102. Parkin SF. Assessment of the clinical validity of a simple scale for rating children's dental anxiety. *ASDC J Dent Child.* févr 1989;56(1):40-3.
 103. Lopes D, Arnrup K, Robertson A, Lundgren J. Validating the dental subscale of the children's fear survey schedule using Rasch analysis. *Eur J Oral Sci.* juin 2013;121(3 Pt 2):277-82.
 104. Shetty R, Khandelwal M, Rath S. RMS Pictorial Scale (RMS-PS): An innovative scale for the assessment of child's dental anxiety. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 9 janv 2015;33:48-52.
 105. Nicolas E, Collado V, Faulks D, Bullier B, Hennequin M. A national cross-sectional survey of dental anxiety in the French adult population. *BMC Oral Health.* 10 oct 2007;7:12.
 106. M M A, Khatri A, Kalra N, Tyagi R, Khandelwal D. Pain perception and efficacy of local analgesia using 2% lignocaine, buffered lignocaine, and 4% articaine in pediatric dental procedures. *J Dent Anesth Pain Med.* avr 2019;19(2):101-9.
 107. Eichenbaum IW, Dunn NA. Projective drawings by children under repeated dental stress. *ASDC J Dent Child.* juin 1971;38(3):164-73.

108. Sonnenberg E, Venham L. Human figure drawings as a measure of the child's response to dental visits. *ASDC J Dent Child*. déc 1977;44(6):438-42.
109. Aminabadi NA, Ghoreishizadeh A, Ghoreishizadeh M, Oskouei SG. Can drawing be considered a projective measure for children's distress in paediatric dentistry? *Int J Paediatr Dent*. janv 2011;21(1):1-12.
110. Olak J, Saag M, Honkala S, Nömmela R, Runnel R, Honkala E, et al. Children's dental fear in relation to dental health and parental dental fear. *Stomatologija*. 2013;15(1):26-31.
111. Amzalag A. Codes de la relation dentiste-patient. Elsevier masson. 2007. 160 p.
112. Loos A. Paroles dans le vide. Champ libre. 1979. p. 227.
113. Thépot P, Pasquet G. Conception architecturale du cabinet d'orthodontie. *Rev Orthopédie Dento-Faciale*. juin 2008;42(2):139-53.
114. Salle d'attente - Définition Wikipédia. Wikipédia. 2021. [Internet]. [Consulté le 06 novembre 2022]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Salle_d%27attente&oldid=178676818
115. Neogarden - Murs végétaux naturels - Nos Récentes Réalisations. La Fabrique du Mur Vegetal. [Internet]. [Consulté le 05 févr 2023]. Disponible sur: <https://neogarden-mursvegetaux.com/realisations/>
116. Goethe JW., Le traité des couleurs : accompagné de trois essais théoriques. Paris : Triades, 2000. Traité des couleurs. 304 p.
117. Hamula W, Hamula DW. Orthodontic office design. Landscaping. *J Clin Orthod JCO*. mars 1998;32(3):161-9.
118. Tanja-Dijkstra K, Pahl S, White MP, Andrade J, Qian C, Bruce M, et al. Improving dental experiences by using virtual reality distraction: a simulation study. *PloS One*. 2014;9(3):e91276.
119. Wolpe J. Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *AMA Arch Neurol Psychiatry*. août 1954;72(2):205-26.
120. Allen KD, Stanley RT, McPherson K. Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. *Pediatr Dent*. 1990;12(2):79-82.
121. Lombart B. Manuel pratique d'hypnoalgésie pour les soins en pédiatrie. Association Sparadrap. 2015. 100 p.
122. Rumani J. Prise en charge de l'anxiété en odontologie pédiatrique: alternatives à l'utilisation des substances médicamenteuses [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille Université. Faculté d'Odontologie; 2016.
123. Gupta A, Marya CM, Bhatia HP, Dahiya V. Behaviour management of an anxious child. *Stomatologija*. 2014;16(1):3-6.
124. Prabhakar AR, Marwah N, Raju OS. A comparison between audio and audiovisual distraction techniques in managing anxious pediatric dental patients. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2007;25(4):177-82.
125. Ram D, Shapira J, Holan G, Magora F, Cohen S, Davidovich E. Audiovisual video eyeglass distraction during dental treatment in children. *Quintessence Int Berl Ger* 1985. sept 2010;41(8):673-9.
126. Gold JI, Kant AJ, Kim SH, Rizzo AS. Virtual anesthesia: The use of virtual reality for pain distraction during acute medical interventions. *Semin Anesth Perioper Med Pain*. 1 déc 2005;24(4):203-10.
127. Chirico A, D'Aiuto M, Pinto M, Milanese C, Napoli A, Avino F, et al. The Elapsed Time During a Virtual Reality Treatment for Stressful Procedures. A Pool Analysis on Breast Cancer Patients During Chemotherapy. In: Pietro GD, Gallo L, Howlett RJ, Jain LC, éditeurs. Cham: Springer International Publishing; 2016. p. 731-8. (Smart Innovation, Systems and Technologies; vol. 55).

128. Asl Aminabadi N, Erfanparast L, Sohrabi A, Ghertasi Oskouei S, Naghili A. The Impact of Virtual Reality Distraction on Pain and Anxiety during Dental Treatment in 4-6 Year-Old Children: a Randomized Controlled Clinical Trial. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2012;6(4):117-24.
129. Casques de VR Pico 3 et 4. Pico. [Internet]. [Consulté le 08 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.picoxr.com/>
130. Ng Wing Sang C. Apports de la distraction par réalité virtuelle au cabinet dentaire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2015.
131. Bidarra R, Gambon D, Kooij R, Nagel D, Schutjes M, Tziouvara I. Gaming at the dentist's - serious game design for pain and discomfort distraction: GFHEU 2013, Amsterdam, The Netherlands. Schouten B, Schijven M, Bekker M, Fedtke S, Gekker A, éditeurs. *Games Health-Proc 3rd Eur Conf Gaming Play Interact Health Care*. 2013;207-15.
132. Morărașu C, Burlui V, Bortă C, Ignat L, Bortă B, Morărașu G. The evaluation of sound level in dental practice. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 2001;105(4):785-9.
133. Denizart-Gerber C. Apport de l'hypnose en prothèse. *Inf Dent*. 17 juin 2021;Stratégie Prothétique n°3:page 184-190.
134. Hugly C, They MC. La relaxation musicale. *Rev Orthopédie Dento-Faciale*. 1 sept 1988;22(3):393-401.
135. Fertier A. *Musicothérapie Fantasmés et réalités*. l'Harmattan. 2011. 180 p.
136. Lellouche M. La musique au cabinet dentaire. *Rev Orthopédie Dento-Faciale*. 1988;22(3):377-91.
137. Karan NB. Can Lavender Oil Inhalation Help to Overcome Dental Anxiety and Pain in Children? A Randomized Clinical Trial. 2019 oct.
138. Nirmala K, Kamatham R. Effect of Aromatherapy on Dental Anxiety and Pain in Children Undergoing Local Anesthetic Administrations: A Randomized Clinical Trial. *J Caring Sci*. août 2021;10(3):111-20.
139. McCaffrey R, Thomas DJ, Kinzelman AO. The effects of lavender and rosemary essential oils on test-taking anxiety among graduate nursing students. *Holist Nurs Pract*. 2009;23(2):88-93.
140. Lamendin H, Toscano G, Requirand P. Phytothérapie et aromathérapie buccodentaires. *EMC - Dent*. 1 mai 2004;1(2):179-92.
141. Weinstein P, Smith T, Packer M. Method for evaluating patient anxiety and the interpersonal effectiveness of dental personnel: an exploratory study. *J Dent Res*. 1971;50(5):1324-6.
142. Sheta SA. Procedural sedation analgesia. *Saudi J Anaesth*. janv 2010;4(1):11-6.
143. Nossintchouk R. Communiquer en odonto-stomatologie. Obligations et stratégies. Ed Cdp. 2003. 145 p.
144. Crossley ML, Joshi G. An investigation of paediatric dentists' attitudes towards parental accompaniment and behavioural management techniques in the UK. *Br Dent J*. 11 mai 2002;192(9):517-21.
145. Roberts JF, Curzon MEJ, Koch G, Martens LC. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent*. août 2010;11(4):166-74.
146. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J*. déc 2013;58(4):390-407; quiz 531.
147. Widmer R, Cameron A. *Handbook of Pediatric Dentistry - 5th Edition*. Elsevier. 2021.
148. Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Ref Man Pediatr Dent*. 2022;321-39.

149. André C. Thérapie comportementale et cognitive des phobies sociales - Info n°8. ASPCo-Info. 2001;
150. André C. Les thérapies cognitives. Nouv. éd. Paris: Bernet-Danilo; 2009. (Collection Essentialis).
151. Carter AE, Carter G, Boschen M, AlShwaimi E, George R. Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. *World J Clin Cases*. 16 nov 2014;2(11):642-53.
152. Jost J. Equilibre et santé par la musicothérapie. Paris: Albin Michel; 1990. (Médecines actuelles).
153. A. Deneux, F-X. Poudat, T. Servillat, J-L. Venisse, éditeurs. Les psychothérapies: approche plurielle. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2009. 440 p. (Collection Pratiques en psychothérapie).
154. Benson H, Beary JF, Carol MP. The relaxation response. *Psychiatry*. févr 1974;37(1):37-46.
155. Ksstentini SG. Évaluation de l'intérêt de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement, pour la prise en charge de l'anxiété envers les soins bucco-dentaires : étude à partir d'une revue de la littérature. 2017.
156. Schoendorff B, Grand J, Bolduc MF. La thérapie d'acceptation et d'engagement: guide clinique. Bruxelles [Paris]: De Boeck; 2011. (Carrefour des psychothérapies).
157. Dobson KS, éditeur. Handbook of cognitive-behavioral therapies. Fourth edition. New York: Guilford Press; 2019. 526 p.
158. Kebriaee F, Sarraf Shirazi A, Fani K, Moharrerri F, Soltanifar A, Khaksar Y, et al. Comparison of the effects of cognitive behavioural therapy and inhalation sedation on child dental anxiety. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent*. avr 2015;16(2):173-9.
159. Wannemueller A, Joehren P, Haug S, Hatting M, Elsesser K, Sartory G. A practice-based comparison of brief cognitive behavioural treatment, two kinds of hypnosis and general anaesthesia in dental phobia. *Psychother Psychosom*. 2011;80(3):159-65.
160. Heyman RE, Wojda AK, Eddy JM, Haydt NC, Geiger JF, Slep AMS. Dentist-Perceived Barriers and Attractors to Cognitive-Behavioral Treatment Provided by Mental Health Providers in Dental Practices. *Adv Dent Res*. févr 2018;29(1):35-41.
161. Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res*. 30 janv 2011;191(1):36-43.
162. Hölzel BK, Carmody J, Evans KC, Hoge EA, Dusek JA, Morgan L, et al. Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Soc Cogn Affect Neurosci*. mars 2010;5(1):11-7.
163. Hasenkamp W, Barsalou LW. Effects of meditation experience on functional connectivity of distributed brain networks. *Front Hum Neurosci*. 2012;6:38.
164. André C. Le temps de méditer. Paris: l'Iconoclaste; 2019. 261 p.
165. Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH, Gray JR, Greve DN, Treadway MT, et al. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*. 28 nov 2005;16(17):1893-7.
166. Klipfel B. La sophrologie en odontologie: enquête d'opinion, intérêt et possibilités d'applications. [Thèse d'exercice]. [France]: UHP - Nancy 1; 2011.
167. Boon H, Davrou Y, Macquet JC. La sophrologie. Paris: Retz; 1989. (Retz poche).
168. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. *Am J Clin Hypn*. avr 2015;57(4):378-85.
169. Rombourg A, Barmas K, Application de l'hypnose en médecine bucco-dentaire aux hôpitaux civils de Colmar. *Journal-AOS* 262. Avril 2013.

170. Barabasz AF, Barabasz M. The New APA Definition of Hypnosis: Spontaneous Hypnosis MIA. *Am J Clin Hypn.* avr 2015;57(4):459-63.
171. Lamotte AS, Raft J, Meistelman C. S'approprier les techniques d'hypnose conversationnelle. *Oxymag.* mars 2017;30(153):20-1.
172. Bioy A, Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. 2e éd. Malakoff: Dunod; 2020. (Psychothérapies).
173. Schaerlaekens M. Hypnosis and dentistry: water and fire? *Rev Belge Med Dent.* 2003;58(2):118-25.
174. Corydon Hammond D. Métaphores et suggestions hypnotiques. Satas. 708 p. (Collection Le Germe).
175. Chester SJ, Stockton K, De Young A, Kipping B, Tyack Z, Griffin B, et al. Effectiveness of medical hypnosis for pain reduction and faster wound healing in pediatric acute burn injury: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 29 avr 2016;17(1):223.
176. Cudicio C, Cudicio P. PNL et relation thérapeutique: mieux communiquer pour mieux soigner. Paris: Lamarre; 1992.
177. Karunaratne M. Neuro-linguistic programming and application in treatment of phobias. *Complement Ther Clin Pract.* nov 2010;16(4):203-7.
178. Bigley J, Griffiths PD, Prydderch A, Romanowski C a. J, Miles L, Lidiard H, et al. Neurolinguistic programming used to reduce the need for anaesthesia in claustrophobic patients undergoing MRI. *Br J Radiol.* févr 2010;83(986):113-7.
179. Lamendin H. Soignez votre bouche par les plantes: remèdes d'hier et d'aujourd'hui. Paris: l'Harmattan; 2007. (Médecine à travers les siècles).
180. Rubin M. Guide pratique de phytothérapie et d'aromathérapie. Paris: Ellipses; 2004. (Vivre et comprendre).
181. Rosted P. The use of acupuncture in dentistry: a review of the scientific validity of published papers. *Oral Dis.* juin 1998;4(2):100-4.
182. Bobo MLG, Descroix V. Réflexes nauséux : une approche différente avec l'hypnose. *Inf Dent.* 4 nov 2019.
183. Ernst E, Pittler MH. The effectiveness of acupuncture in treating acute dental pain: a systematic review. *Br Dent J.* 9 mai 1998;184(9):443-7.
184. Michalek-Sauberer A, Gusenleitner E, Gleiss A, Tepper G, Deusch E. Auricular acupuncture effectively reduces state anxiety before dental treatment--a randomised controlled trial. *Clin Oral Investig.* déc 2012;16(6):1517-22.
185. Mohaddes Ardabili F, Purhajari S, Najafi Ghzeljeh T, Haghani H. The effect of shiatsu massage on underlying anxiety in burn patients. *World J Plast Surg.* janv 2015;4(1):36-9.
186. Blanchet I, Bandon D. Intérêt de la résonance énergétique par stimulation cutanée dans la gestion de l'anxiété de l'enfant. 15 avr 2020;15:80-3.
187. Aartman IH, van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuurs AH. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. *ASDC J Dent Child.* 1998;65(4):252-8, 229-30.

Annexes :

Annexe n°1 : (95)

CDAS (Corah's Dental Anxiety Scale) : L'échelle de Corah

1. Si vous deviez aller chez le dentiste aujourd'hui, comment vous sentiriez-vous?
 - a. Je l'envisagerais comme une expérience relativement plaisante.
 - b. J'y serais complètement indifférent(e)
 - c. Je serais un petit peu préoccupé(e)
 - d. J'aurais peur que ce soit désagréable ou douloureux
 - e. Je serais très angoissé(e) par le traitement éventuel

2. Quand vous attendez votre tour dans la salle d'attente, comment vous sentez-vous?
 - a. Détendu(e)
 - b. Un petit peu préoccupé(e)
 - c. Tend(e)
 - d. Anxieux(se)
 - e. Tellement Anxieux(se) que je me sens mal

3. Quand vous attendez sur le fauteuil du dentiste pendant qu'il prépare ses instruments pour fraiser vos dents, comment vous sentez-vous?
 - a. Détendu(e)
 - b. Un petit peu préoccupé(e)
 - c. Tend(e)
 - d. Anxieux(se)
 - e. Tellement Anxieux(se) que je me sens mal

4. Vous êtes sur le fauteuil et le dentiste va vous faire un détartrage. Comment vous sentez vous pendant qu'il prépare ses instruments?
 - a. Détendu(e)
 - b. Un petit peu préoccupé(e)
 - c. Tend(e)
 - d. Anxieux(se)
 - e. Tellement Anxieux(se) que je me sens mal

Annexe n°2 : (97)

MDAS (Modified Dental Anxiety Scale) : L'échelle de Corah modifiée

1. 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*

2. 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*

3. 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*

4. 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*

5. 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*

Annexe n°3 : (98)

DAI : Dental Anxiety Inventory

1-----2-----3-----4-----5
totally hardly partly quite completely
untrue true true true true

1. I become nervous when the dentist invites me to sit down in the chair.
2. I need to go to the toilet more often when I sit in the waiting room thinking that the dentist will say my teeth look bad.
3. When I'm on my way to the dentist and thinking about anaesthetic, I would rather go back.
4. I sleep badly when I think about having to make an appointment with the dentist.
5. When I lie back in the dentist's chair, I think about never coming back again.
6. When I know the dentist is going to extract a tooth, I am already afraid in the waiting room.
7. When I think of the sound of the drilling machine on my way to the dentist, I would rather go back.
8. I already feel uncomfortable at home when I think that the dentist will make a remark about my teeth.
9. When the dentist is about to give me anaesthetic, I cling to the arms of the chair.
10. I become afraid in the waiting room when I hear sounds coming from the dentist's surgery.
11. On my way to the dentist, I sweat or freeze at the thought that the dentist will say I brush my teeth badly.
12. When I think of the moment when the dentist blows air into a cavity, I would like to cancel the appointment.
13. When the dentist looks into my mouth, my breathing becomes faster.
14. I want to walk out of the waiting room the moment I think the dentist will not explain what she/he is going to do in my mouth.
15. On my way to the dentist, I feel nervous when I know my teeth will be scaled.
16. I postpone making an appointment with the dentist as long as I can.
17. I feel uncertain when discussing the treatment of my teeth with the dentist.
18. When I am in the waiting room knowing the dentist is going to scale my teeth, I am unable to concentrate on a magazine.
19. When I am on my way to the dentist and think of the smell in the dental practice, I feel uncomfortable.
20. Before going to the dentist, I get palpitations when I think of how the dentist will be displeased at my teeth.
21. As soon as the dentist gets his/her needle ready for anaesthetic, I shut my eyes tight.
22. In the waiting room, I sweat or freeze when I think of sitting down in the dentist's chair.
23. When I am on my way to the dentist and think that she/he will say my teeth look bad, then I want to go home again.
24. I already feel nervous at home when I know the dentist is going to give me an anaesthetic.
25. When the dentist's chair reclines backwards, I tell myself that the treatment will not take long.
26. In the waiting room, I feel nervous at the thought that the dentist will say my teeth are badly brushed.
27. On my way to the dentist, I get anxious at the thought that she/he will have to drill.
28. I already feel uncertain at home thinking of the moment when the dentist will look into my mouth.
29. When I am sitting in the dentist's chair not knowing what is going on in my mouth, I break into a cold sweat.
30. When I am sitting in the waiting room and thinking about the checkup, I would prefer to go home.
31. When I am on my way to the dentist and I imagine his/her instruments, my hands become clammy.
32. I think about cancelling the appointment if I suspect the dentist will be displeased at my teeth.
33. I become nervous when the dentist is about to start checking my teeth.
34. When I'm waiting for the dentist's assistant to call me in, I try to think of something else.
35. On my way to the dentist, the idea of being in the chair already makes me nervous.
36. I sleep badly the night before I have to have a tooth extracted.

Annexe n°4 : (21)

***IDAF 4C (Index of Dental Anxiety and Fear) : indice d'anxiété et de peur dentaire
(adaptation en français)***

1) Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants ? Tout à fait en désaccord / Plutôt en désaccord / Plus ou moins en accord / Plutôt en accord / Tout à fait en accord
a) Je ressens de l'anxiété peu de temps avant ma visite chez le dentiste. b) J'évite généralement les visites chez le dentiste parce que je trouve l'expérience désagréable et pénible. c) Je ressens de la nervosité ou de l'angoisse à l'approche de toute visite chez le dentiste. d) Je pense que quelque chose de très grave pourrait m'arriver si j'allais chez le dentiste. e) J'ai peur lorsque je vais chez le dentiste. f) Mon cœur bat plus vite lorsque je vais chez le dentiste. g) Je remets à plus les rendez-vous chez le dentiste. h) Je pense souvent aux choses qui pourraient mal tourner avant ma visite chez le dentiste.
2) Est-ce que les énoncés suivants s'appliquent à vous ? Oui / non
a) Mon évitement ou ma crainte d'aller chez le dentiste perturbe nettement certaines sphères de ma vie (routine, fonctionnement professionnel ou scolaire, activités sociales ou rapports avec les autres). b) L'ampleur de ma crainte d'une intervention dentaire me perturbe beaucoup. c) Je considère que l'ampleur de ma crainte d'une intervention dentaire est excessive et démesurée. d) J'ai peur d'aller chez le dentiste parce que je m'inquiète à l'idée d'y faire une crise d'angoisse (soudaine peur accompagnée de transpiration abondante).
3) Dans quelle mesure les éléments suivants vous causent-ils de l'anxiété quand vous allez chez le dentiste ? Pas du tout / Un peu / Assez / Modérément / Beaucoup
a) Interventions douloureuses et désagréables b) Sentiment de gêne ou de honte c) Perte de contrôle sur ce qui se passe d) Sensation de malaise, de nausée ou de dégoût e) Engourdissement causé par l'anesthésique f) Ignorance de ce que le dentiste va faire g) Coût du traitement dentaire h) Aiguilles ou injections i) Peur d'avoir des haut-le-cœur ou d'étouffer j) Indifférence ou manque de gentillesse du dentiste

Annexe n°5 :

DFS : Dental Fear Survey
(adaptation en français)

Répondez aux questions suivantes sur l'échelle reprise ci-dessous :

1 : jamais 2 : une seule fois 3 : plus d'une fois 4 : souvent 5 : plutôt toujours

1. La peur des soins dentaires vous a-t-elle un jour retenu pour fixer un rendez-vous chez le dentiste ?
2. La peur des soins dentaires vous a-t-elle un jour conduit à annuler un rendez-vous chez le dentiste ou à ne pas vous y rendre ?

Lors des soins dentaires : (utiliser l'échelle suivante)

1 : pas du tout 2 : un peu 3 : quelque peu 4 : très 5 : très beaucoup

3. Mes muscles sont tendus
4. Ma respiration est plus rapide
5. Je transpire
6. J'ai la nausée
7. Mon cœur bat plus vite

Utilisez l'échelle ci-dessus pour indiquer le degré d'angoisse ou de malaise que provoque chacune des situations suivantes :

8. Prendre rendez-vous chez le dentiste
9. En chemin vers le dentiste
10. Etre en salle d'attente
11. Etre assis dans le fauteuil du dentiste
12. L'odeur du cabinet dentaire
13. Voir le dentiste qui entre
14. La vue d'une seringue d'injection
15. Sentir l'aiguille d'injection
16. La vue de la fraise
17. Le bruit de la fraise
18. Les vibrations de la fraise
19. Le nettoyage de vos dents
20. Si l'on met tout ensemble, quel sera votre degré d'angoisse vu le fait que vous allez recevoir des soins dentaires ?

Annexe n°6 : (102)

MCDAS : Modified Child's Dental Anxiety Scale
(CDAS adapté par Parkin)

1/ Quand les garçons et les filles de ton âge vont chez le dentiste, souvent ils ont peur. C'est normal pour une raison ou une autre. Et toi, quelle est ta propre raison d'avoir peur ?

a) J'ai peur d'avoir mal
b) J'ai peur de quelque chose dont m'ont parlé mes parents
c) J'ai peur parce que je ne connais personne
d) J'ai peur mais je ne sais pas pourquoi
e) J'ai peur à cause de ce que racontent mes camarades de classe
f) Je n'ai pas peur

2/ Comment te sens-tu quand tu te réveilles le matin et que tu te souviens que tu as rendez-vous chez le dentiste aujourd'hui ?

Je ne suis pas inquiet _____ Je suis inquiet _____
Ou je n'ai pas peur _____ ligne de 100 mm _____ ou j'ai peur _____

3/ Comment te sens-tu quand tu attends dans la salle d'attente ?

Je ne suis pas inquiet _____ Je suis inquiet _____
Ou je n'ai pas peur _____ ligne de 100 mm _____ ou j'ai peur _____

4/ Quand tu es assis dans le fauteuil du dentiste et qu'il prend ses instruments pour regarder tes dents, comment te sens-tu ?

Je ne suis pas inquiet _____ Je suis inquiet _____
Ou je n'ai pas peur _____ ligne de 100 mm _____ ou j'ai peur _____

5/ Quand tu es assis dans le fauteuil et que le dentiste va soigner tes dents, comment te sens-tu ?

Je ne suis pas inquiet _____ Je suis inquiet _____
Ou je n'ai pas peur _____ ligne de 100 mm _____ ou j'ai peur _____

Annexe n°7 : (188)

CFSS-DS : Children's fear survey schedule-Dental Subscale

	Pas du tout effrayé	Un petit peu effrayé	Assez effrayé	Effrayé	Très effrayé
1. Les dentistes					
2. Les docteurs					
3. Les piqûres					
4. Quelqu'un qui regarde dans la bouche					
5. Devoir ouvrir la bouche					
6. Un étranger qui te touche					
7. Quelqu'un qui te regarde					
8. Le dentiste qui fraise					
9. Voir le dentiste fraiser					
10. Le bruit de la fraise					
11. Avoir des instruments dans la bouche					
12. S'étouffer					
13. Aller à l'hôpital					
14. Les gens en blouse blanche					
15. Quelqu'un qui te brosse tes dents					

Annexe n°8 : (74)

STAIC (State Trait Anxiety Inventory for children)

Nom..... Prénom.....

Sexe Age Date.....

Consignes:

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les quatre cases à droite celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à l'instant, juste en ce moment. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

		non	Plutôt non	plutôt oui	oui
1	Je me sens calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je me sens en sécurité, sans inquiétude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je suis tendu(e), crispé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Je me sens surmené(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Je me sens tranquille, bien dans ma peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Je me sens content(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Je me sens effrayé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Je me sens à mon aise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Je sens que j'ai confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Je me sens nerveux(se), irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Je me sens indécis(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Je suis décontracté(e), détendu(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Je suis satisfait(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Je suis inquiet(c), soucieux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Je me sens solide, posé(e), pondéré(c), réfléchi(c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Je me sens de bonne humeur, aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Je me sens de bonne humeur, aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Je me sens nerveux et agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Je me sens content(c) de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	J'ai un sentiment d'échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Je me sens reposé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	J'ai tout mon sang-froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Je m'inquiète à propos de choses sans importance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Je suis heureux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	J'ai des pensées qui me perturbent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Je manque de confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Je prends facilement des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Je me sens incompétent(e), pas à la hauteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Je suis satisfait(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Des idées sans importance trotant dans ma tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Je suis une personne posée, solide, stable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Je deviens tendu(e) et agité(c) quand je réfléchis à mes soucis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Iconographie :

Figure 01 : 1754 - Œuvre de Domenico Tiepolo – Le charlatan ou l’arracheur de dents (collection du musée du Louvre, département des peintures)

Figure 02 : Une Instagrammeuse qui a refait ses dents en Turquie (vidéo issue de Youtube)

Figure 03 : Sympathie, compassion, empathie : quelle différence? (51)

Figure 04 : Évolution de l’anxiété dans le temps chez différents groupes de patients en chirurgie. (54)

Figure 05 : Cercle vicieux de la peur des soins dentaire selon Berggren (cité par Moore) (60)

Figure 06 : Homonculus sensitif et Homonculus moteur volontaire (D’après Godefroid, J. – 1988, modifié)

Figure 07 : EVA (L’échelle visuelle analogique) (94)

Figure 08 : FIS (Facial Image Scale) (104)

Figure 09 : RMS-PS (RMS Pictorial Scale) (104)

Figure 10 : Mur végétal d’une clinique dentaire dans la région parisienne (115).

Figure 11 : Écran au plafond - Vision du patient sur le fauteuil dentaire

Figure 12 : Casques de VR Pico 3 (avec logiciel hypnoVR) et Pico 4 (129)

Tableau 01 : Effets instantanés des hormones de stress sur les organes cibles (78,79).

Gestion non pharmacologique de l'anxiété du patient au cabinet dentaire
François CREME. - p. 86 : ill. 13 ; réf.187

Domaines : Sciences fondamentales – Médecine douce

Mots clés Libres : Anxiété dentaire – Peurs – Cabinet dentaire – TCC – Méthodes d'évaluations du niveau d'anxiété – Technique de gestion du comportement

Résumé de la thèse :

En chirurgie dentaire, l'anxiété des patients est une réalité quotidienne. Qui n'a jamais eu face à lui un patient angoissé, incapable de contrôler ses émotions et parfois même n'acceptant pas les soins ?

En effet, des patients de tout âge se présentant dans nos cabinets arrivent avec leurs expériences passées, leurs craintes, leurs peurs, impactant inévitablement leur comportement au fauteuil.

De ce fait connaître les différents facteurs à l'origine de cette anxiété, tout en maîtrisant les méthodes d'évaluation et les techniques pour la gérer permet d'optimiser l'environnement du soignant et du soigné. La relation patient-praticien sera renforcée et des soins de qualité pourront être délivrés.

JURY :

Président : Professeur Thomas COLARD

Assesseurs :

Docteur Mathilde SAVIGNAT

Docteur Philippe BOITELLE

Docteur Thomas TRENTESAUX