



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADEMIE DE NANCY – METZ

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ – NANCY 1

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2010

N°3184

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR

EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

Grégoire TOUATI

Né le 17 juin 1981 à NANCY (54)

**LA PEUR DES SOINS DENTAIRES :
GESTION DES PATIENTS PHOBIQUES.**

Présentée et soutenue publiquement le :

Examineurs de la thèse :

Monsieur J-P. LOUIS

Professeur des Universités

Président

Monsieur E. MORTIER

Maître de Conférences des Universités

Juge

Monsieur Y. SIMON

Assistant Hospitalo-Universitaire

Juge

Monsieur J. BOCQUEL

Assistant Hospitalo-Universitaire

Juge



Président : Professeur J.P. FINANCE

Doyen : Docteur Pierre BRAVETTI

Vice-Doyens : Pr. Pascal AMBROSINI - Dr. Jean-Marc MARTRETTE

Membres Honoraires : Dr. L. BABEL - Pr. S. DURIVAUX - Pr. G. JACQUART - Pr. D. ROZENCWEIG - Pr. M. VIVIER

Doyen Honoraire : Pr. J. VADOT

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique	Mme M. M. Mlle M.	DROZ Dominique (Desprez) PREVOST Jacques BOCQUEL Julien PHULPIN Bérengère SABATIER Antoine	Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme M. Mlle M.	FILLEUL Marie Pierryle BOLENDER Yves PY Catherine REDON Nicolas	Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	M. Mme	<i>Par intérim</i> ARTIS Jean Paul Poste vacant JANTZEN-OSSOLA Caroline	Professeur 1 ^{er} grade Assistant Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. Mme M. M. M. M.	AMBROSINI Pascal BOUTELLIEZ Catherine (Bisson) MILLER Neal PENAUD Jacques GALLINA Sébastien JOSEPH David	Professeur des Universités* Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	M. M. M. M. M. M. Mlle	BRAVETTI Pierre ARTIS Jean-Paul VIENNET Daniel WANG Christian BALLY Julien CURIEN Rémi SOURDOT Alexandra	Maître de Conférences Professeur 1er grade Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant Assistant Assistante
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M. Mlle	WESTPHAL Alain MARTRETTE Jean-Marc ERBRECH Aude	Maître de Conférences* Maître de Conférences* Assistante Associée au 01/10/2007
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M.	ENGELS-DEUTSCH Marc AMORY Christophe MORTIER Eric CUNY Pierre HESS Stéphane	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. M. M. Mlle Mlle Mlle M.	SCHOUVER Jacques LOUIS Jean-Paul ARCHIEN Claude DE MARCH Pascal BARONE Serge BEMER Julie RIFFAULT Amélie MONDON Hélène SIMON Franck	Maître de Conférences Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Assistante Assistante Assistant Assistant
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle M. Mme M. Mme	STRAZIELLE Catherine RAPIN Christophe (mono-appartenant) MOBY Vanessa (Stutzmann) SALOMON Jean-Pierre JAVELOT Cécile (Jacquelin)	Professeur des Universités* Professeur des Universités Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Associée au 01/01/2009

souligné : responsable de la sous-section

* temps plein

Mis à jour le 01.12.2009

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

A notre président de thèse,

Monsieur le professeur Jean-Paul LOUIS,

Officier des Palmes Académiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur d'Etat en Odontologie

Professeur des Universités

Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Sous-section : Prothèses

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Vous avez su nous transmettre votre savoir et votre passion, toujours avec patience et bienveillance.

Votre disponibilité pour patients et étudiants, ainsi que votre investissement pour votre tâche, sont à la hauteur de vos talents. Veuillez trouver ici un témoignage de gratitude et de profond respect pour vos qualités humaines, odontologiques et pédagogiques.

A notre juge et directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Eric MORTIER,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maitre de conférences des Universités

Sous section : Odontologie Conservatrice, Endodontie

Nous apprécions l'honneur que vous nous faites en acceptant de faire partie de notre jury de thèse, ainsi qu'en acceptant de diriger nos travaux.

Qu'il vous soit témoigné notre profonde reconnaissance et notre grande admiration pour toutes les connaissances et techniques que vous possédez et enseignez.

Votre disponibilité et votre humour toujours doublés de sérieux et de compétences nous serviront d'exemple.

Trouvez ici la preuve de la grande satisfaction, qui est la nôtre, de vous avoir eu comme enseignant.

A notre juge,

Monsieur le Docteur Julien BALLY,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant hospitalo-universitaire à la faculté d'Odontologie de Nancy

Sous-section : Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique

Nous tenons à vous remercier pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de faire partie de notre jury, tout comme vous avez accepté de nous venir en aide dans d'autres circonstances. Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude pour votre profonde sympathie et vos compétences.

A notre juge,

Monsieur le Docteur Julien BOCQUEL,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant hospitalo-universitaire à la faculté d'Odontologie de Nancy

Sous-section : Odontologie pédiatrique

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

Nous avons su apprécier, tout au long de nos études, votre gentillesse et votre disponibilité.

Trouvez ici le témoignage de mon admiration doublée d'une profonde sympathie.

A mes parents,

Pour tant de choses... Merci à vous deux, maman, papa, de m'avoir donné la vie bien sûr, de m'avoir soutenu dans tous mes projets, d'avoir été là dans les bons comme dans les mauvais moments... Je ne saurai jamais assez vous remercier pour tout ce que vous avez fait. J'espère simplement vous rendre fiers de mon accomplissement, et qu'un jour j'aurai à mon tour la joie de vous rendre ce que vous avez su m'apporter... Je vous aime, surtout ne changez rien.

A mon frère,

Parce que tu es et resteras mon petit bro', et ce même si cela fait maintenant plusieurs années que tu es parti vivre à Lyon, ville de coeur que tu as choisi de retrouver (je te comprends !)... Reste le même, je suis fier de t'avoir comme petit frère. Pour tout ce qu'il nous reste à vivre ensemble, le meilleur reste à venir, j'en suis certain... Tant que je continuerai à te mettre des volées dans (quasi) tous les sports !

A ma Mamy,

Car tu es la seule personne que je connaisse qui ne fait que rajeunir au fil des années, dont la vitalité hors norme en ferait rougir plus d'un... Elue Tricoteuse d'or 2008-2009, je t'adore, tu as toujours été de précieux conseils et j'espère que tu continueras à me faire rire tous les Noels... Je suis fier de t'avoir comme grand-mère, ma petite poulette.

A Isa,

Tu me manques, tout simplement. Cette thèse t'est dédiée... J'aurais tellement aimé que tu sois là.

A toute ma famille,

Qui n'est plus si grande que ça... A Fabienne (oui, tu fais partie de la famille!), à mon oncle Jacky qui nous regarde de là-haut, à Liliane, Régis, Caroline, à tous mes cousins et cousines que je ne vois pas assez,... Bien que la vie, les distances et les échéances ne nous permettent de partager plus de temps ensemble, je souhaite de tout mon coeur vous associer à ce jour particulier.

A mes amis !

«Ce qui rend les amitiés indissolubles et double leur charme est un sentiment qui manque à l'amour : la certitude»

Bon, il va être difficile de ne pas en oublier... Pardonnez-moi d'avance, ces quelques lignes ne remplaceront jamais tous les moments passés ensemble...

A Jérém et Jack,

Parce que vous êtes mes deux meilleurs amis de dentaire, dix ans maintenant que nous frayons nos chemins côte à côte... Je ne voulais pas vous distinguer l'un de l'autre tant nous avons passé de bons moments ensemble. Et je ne détaillerai pas les «bons moments» ici, tant ils sont nombreux... et diverses... Mais sachez que je vous adore tous les deux. Puisse notre amitié continuer encore de longues années...

A mon Marco,

Réussiras-tu à être là aujourd'hui? Mon Jeanmoul, mon J2M, tu es maintenant un vrai «Aussie» dont le sens de l'amitié et des copains, l'amour de la vie et de ses plaisirs, font de toi un vrai frère, un ami pour la vie j'en suis sûr, qui n'a pour défaut que d'habiter de l'autre côté du globe... Mais jamais la distance ne saura atténuer l'estime que j'ai pour toi.

A mon Patou,

Mon meilleur confident, mon architecte-vidéaste-musicien-... et j'en passe ! Sans ton implication, ton sens du dévouement, ton amitié indéfectible, peu de choses auraient été possible ces dernières années... Je te dois énormément. Puisse un jour ton talent être reconnu à sa juste valeur... Je crois que déjà l'une d'entre nous a su reconnaître le coeur en or qui sommeille en toi... Quel heureux choix, je ne peux que la féliciter !

A ma Maud,

Bon tu m'as menacé de tout faire sauter si tu n'avais pas un paragraphe à toi... Plus sérieusement, tu sais à quel point tu es une personne importante à mes yeux, à la fois ma meilleure amie, ma meilleure confidente, la meilleure tout simplement... Pour tous les moments passés ensemble, qu'ils aient été merveilleux ou plus difficiles, notre

amitié indéfectible est la preuve aujourd'hui que tu fais partie de ces gens qui compte dans une vie, pour la vie ; je te souhaite tout le bonheur que tu mérites, puissent nos chemins ne jamais se séparer !

A Fanny et Rémi,

Mon couple modèle, ma meilleure amie (ex-aequo) et l'homme parfait dont toutes les femmes devraient rêver... Vous êtes un exemple de tolérance et d'amour, vous avez su traverser les épreuves de la vie avec cette conviction, cette force qui m'a toujours inspirée... Je suis simplement heureux et fier de vous avoir pour amis... Merci.

A Greg et Mel,

Pour tous les bons moments passés ensemble, les vacances à Pont Royal ou à la montagne entres autres... Nous partageons un goût commun pour les choses bien faites, et il faut parfois savoir considérer les moments de détente comme appartenant à cette catégorie ! Vous avez su affronter les difficultés de la vie pour mieux vous retrouver, et je ne saurais que vous souhaiter un bonheur sans faille désormais.

A Claire, Nico, Anne So, Soph', Marie, Didine, Antoine, Jéjé,...

Parce que sans mes notaires préférés les dernières années à Nancy auraient été bien fades... Vous formez pour moi une vraie deuxième famille, je suis très heureux et fiers de vous compter parmi mes amis : la Corse, Pont Royal, rue Montesquieu, Le Blitz,... Tant d'endroits qui se rappellerons de notre passage ! Du fond du coeur, merci pour ces belles années... Qui en appellent d'autres je suis sûr !

A mon Steph a.k.a «Le Tsar»,

Pour cette passion commune difficilement avouable qu'est le football sous toutes ses formes, pour ces longues journées et soirées passées sur ce-que-tu-sais, pour notre amitié qui au fil des années s'est affirmée, consolidée, renforcée... Merci à toi d'être comme tu es, surtout ne change rien !

A Mitch, Rico, Nono, Tonio, Kemar, ...

Pour toutes ces soirées à batailler autour de quelques jetons, les vacances au Maroc ou encore les sessions parisiennes... Nous nous connaissons depuis de nombreuses années maintenant, vous faites honneur à la Cité Ducale et en êtes de fiers représentants ! Puissent les années nous apporter encore de bons moments tous ensemble...

A Rémi, Ludo, Vinz, Yazid, Luc, Charly, ...

Pour toutes ces années au sein de cette faculté si attachante, pour les grandes années de nos débuts : nous avons su rester en contact, cultiver notre amitié et notre différence tout en allant au bout de nos convictions... et de nos études. Merci à vous d'avoir été de si bonne compagnie toutes ces années, j'espère que toujours nos chemins se croiseront...

A Carole et Sophia,

Mme Compliquée et Mme Plus, deux rencontres tardives mais ô combien rafraichissantes et souriantes ! Merci les filles d'être comme vous êtes, je vous adore, surtout changez tout ! Et ne changez rien... Je crois que vous m'avez compris... Merci à vous deux d'exister, tout simplement.

Au Fc Dentaire team,

Loic, Adrien, Gégé, Jb, Nourredine, Clém, Arninho, Sharpoïne, Val, Dam's, Mika, Sam, Nico, Pippo,... et j'en oublie. Merci les mecs pour toutes ces matchs gagnés ou perdus, on s'en fout... Et pardonnez moi pour toutes les fois où je vous ai crié dessus ! J'y peux rien je suis comme ça... et promis l'année prochaine j'arrête...

A Béa, Jean-Claude, Yvette, Lily,...

Et à toute les équipes qui nous ont accompagné dans notre cursus, vous avez su faire preuve de beaucoup de patience, de professionnalisme et d'humour pour réussir à me tenir à vos côtés... Je vous en remercie, vous n'êtes pas là par hasard !

A vous tous !

... Valérie, Mainmain, Js, Patou, Adeline, Paulo, Ted, Fannou, Samir, Geoffrey, JB, Damien, Charlotte, Jo, Charline, Aline, Nikus, Sophie, Anne-Laure, Mémé, Nahim & Aude, Antoine & Agathe & Albane, Fran, Emily, Greg, Chloé,... Et bien évidemment j'en oublie ; croyez sincèrement en mon amitié, vous êtes dans ma tête et dans mon coeur pour de longues années encore !

... A la Musique,

Ma meilleure amie, ma meilleure ennemie, tu m'as parfois éloigné du droit chemin odontologique mais j'ai toujours eu l'extrême délicatesse de ne jamais t'en vouloir... C'est pour moi l'occasion de remercier ceux qui ont cru en notre union depuis quelques années : Dan B., François G., Fred V., Paul B., John W., Franck A., Diego D., Jasmine R., Dominique D., ... Vous m'avez toujours soutenu et aidé dans ma démarche artistique, je vous en suis éternellement reconnaissant... Merci.

A Isa,

TABLE DES MATIERES

I. Introduction.....	4
II. Image du dentiste à travers sa représentation historique dans les arts.....	6
A. Causes historiques de la peur du dentiste : quelques précisions.....	6
B. L'inconscient : définition.....	6
C. Dents et dentistes à travers le filtre péjoratif.....	7
1. <i>Le réel : la thérapeutique à travers les âges</i>	7
2. <i>L'irrationnel</i>	14
a. Dents et mâchoires dans la symbolique judeo-chrétienne.....	14
b. Une illustration par l'exemple : le martyr de sainte Apolline.....	16
c. L'homme, cet animal.....	18
III. La peur, l'angoisse, la phobie.....	20
A. Définitions médicales.....	20
B. Analyse psychanalytique de la phobie.....	21
IV. Constat, vécu actuel avec le patient : la réalité du cabinet dentaire.....	23
A. Les soins, source d'inquiétude.....	23
B. Le matériel de soins dentaires et sa perception par le patient.....	26
C. L'avulsion.....	27
V. Proposition pour améliorer la prise en charge des patients anxieux.....	29
A. Premier temps : Gérer l'environnement du patient.....	29
1. <i>L'environnement visuel</i>	30
a. De l'influence des couleurs.....	30
b. De l'importance de la lumière.....	31
2. <i>L'environnement sonore</i>	32
a. Objectif : silence.....	32
b. L'effet analgésique et sédatif de la musique.....	34
B. Deuxième temps : Quand le patient rencontre son praticien.....	36
1. <i>Renforcer la relation praticien-patient</i>	36
a. Le premier rendez-vous.....	38
b. Le deuxième rendez-vous.....	39
2. <i>Les atouts de la communication non-verbale</i>	39
a. Notions de gestualité.....	40

b. La construction d'une image.....	43
3. <i>Un peu de psychologie</i>	44
a. Histoire de la psychologie en odontologie.....	44
b. Importance de l'empathie : une voie pour la communication.....	45
c. La relation doit être interactive.....	47
d. Explication des actes en cours : participation et coopération du patient.....	48
C. Troisième temps : Les solutions thérapeutiques proposées par le praticien pour répondre efficacement aux besoins des patients phobiques.....	50
1. <i>La prémédication sédatrice</i>	50
a. Définition, objectifs.....	50
b. Buts.....	51
c. Indications.....	51
d. Inconvénients.....	52
2. <i>L'anesthésie : un acte fondamental</i>	53
a. L'anesthésie locale.....	54
b. L'anesthésie générale.....	56
3. <i>La sédation consciente</i>	58
a. Définition.....	58
b. Objectifs de la sédation vigile.....	60
c. Techniques et matériels.....	61
d. Protocole.....	62
4. <i>Importance de la prise en charge psychologique</i>	63
5 <i>Une approche différente : les techniques basées sur la relaxation physiologique</i>	64
a. L'hypnose.....	64
b. De la musicologie... à la musicothérapie.....	73
<u>VI. Conclusions</u>	83
<u>VII. Références bibliographiques</u>	85
<u>VIII. Table des illustrations</u>	89

I. Introduction.

«De tout temps, l'homme a toujours eu peur du dentiste».

C'est volontairement que ce travail commence par un lieu commun.

En effet, il sera beaucoup question, tout au long de cet exposé, de clichés, de stéréotypes, d'a priori et d'idées reçues sur un sujet qui nous touche de près : pourquoi la majorité de nos patients ne vient-elle nous voir qu'avec appréhension?

En clair : pourquoi tout au long de sa vie professionnelle le chirurgien-dentiste va-t-il entendre fréquemment : «Docteur, j'ai peur du dentiste»?

C'est une position assez étrange, surtout pour le jeune praticien, que de se retrouver dans la peau du «méchant» alors que l'on sort de la faculté avec l'espoir candide d'apporter une autre vision de notre métier.

Ce désappointement provient de deux données que le cursus universitaire négligeait classiquement.

En premier lieu : le patient est un individu, un être humain.

Sous l'influence de siècles de religion judeo-chrétienne, le modèle d'enseignement dit «biomédical» avait séparé l'âme et le corps du patient, puis morcelé ce dernier en une multitude de sous-parties, chacune sous la tutelle d'une spécialité de la Médecine.

C'est ainsi que sont apparus les chirurgiens-dentistes, dont le domaine d'action n'est traditionnellement pas censé outrepasser la sphère bucco-dentaire.

Plus tard, avec les progrès de la thérapeutique sont apparues les sous-spécialités de l'art dentaire : Odontologie Conservatrice, Endodontie, Parodontie, Prothèse fixe et amovible, Implantologie... Chacune se focalisant sur un point précis, tant et si bien que l'on a ainsi perdu de vue, petit à petit, la globalité de l'individu-patient qui vit, ressent, souffre et s'exprime de diverses manières.

En deuxième lieu : la bouche, notre champ d'action quotidien, a perdu à nos yeux le caractère très intime que lui confèrent son importance affective (la première relation de l'enfant avec sa mère est l'allaitement, à l'âge où se structurent les émotions) et sa qualité de zone érogène (puisque très abondamment pourvue de terminaisons nerveuses tant au niveau de la langue que des muqueuses).

Il est donc utile de reprendre contact avec la réalité psychologique du patient et de se

pencher sur les causes de ce que nous appellerons «la peur du dentiste» puisque, à l'encontre du modèle biomédical, se développe actuellement une approche globale du patient qui considère que l'homme EST son corps.

Cette nouvelle démarche insiste sur la solidarité existant entre l'état physique et l'état psychique du patient. Ainsi, agir sur l'un influe sur l'autre (et vice-versa), comme le démontre la mise en évidence des troubles psychosomatiques, jadis ignorés.

La prévention peut-elle jouer un rôle? La compréhension de l'origine de cette crainte ne saurait être que salutaire pour le praticien soucieux d'améliorer les relations qu'il entretient avec ses patients. Quant au patient, ces notions l'aideront peut-être à dédramatiser sa vision des soins dentaires.

II. Image du dentiste à travers sa représentation historique dans les arts.

A. Les causes historiques de la peur du dentiste: quelques précisions.

Qu'entend-on lorsque l'on parle des «causes historiques de la peur du dentiste»? Il ne s'agit pas là de faire une simple étude de l'histoire de la dentisterie qui consisterait à puiser les causes d'effroi que nos ancêtres auraient pu nous transmettre.

On essaiera en effet plus largement de chercher à travers les siècles les différents héritages culturels transmis qui ont peu à peu ancré en chacun de nous l'idée que la notion de dentiste est forcément péjorative.

On s'oppose donc ici aux causes individuelles de la peur, puisqu'on va au contraire mettre en évidence un arrière-plan culturel commun, qui n'est pas très éloigné de la notion d'inconscient collectif, telle que la définit Jung (6).

«Inconscient», puisque cette peur est devenue un archétype tellement ancré que ses causes (objet de notre étude) en ont été enfouies profondément dans la psyché du patient, à tel point que, incapable de les identifier, il nous dira : «je ne sais pas pourquoi j'ai peur».

B. L'inconscient : définition (6).

L'inconscient peut être schématiquement défini comme étant l'ensemble des processus qui agissent sur la conduite mais échappent à la conscience.

Selon Freud, l'inconscient est la partie du psychisme latent dont on ne peut disposer car elle échappe à la connaissance.

Refoulées par la censure (le contrôle moral) hors du champ de conscience, les forces inconscientes s'expriment cependant par les lapsus, les rêves et les symptômes névrotiques, comme par exemple la névrose d'angoisse.

Ainsi, toutes les informations acquises à notre insu, ou oubliées, qui associent la dentisterie à des idées négatives vont pouvoir se manifester sous la forme de craintes irrationnelles.

C. Dents et dentiste à travers le filtre péjoratif (1,2,3,4).

1. *Le réel : La thérapeutique à travers les âges.*

Si cette peur d'avoir affaire à un dentiste est si profondément ancrée dans l'inconscient collectif, c'est peut-être en partie parce qu'à travers les siècles se faire soigner les dents a rarement été vécu sereinement.

Nous allons rapidement survoler les époques en nous focalisant sur les aspects les plus pittoresques des soins dentaires.

La nécessité des soins dentaires est apparue dès que la pathologie s'est exprimée : or, si l'on en croit l'examen de crânes et de mâchoires de **l'époque préhistorique**, ni la carie ni les infections parodontales n'épargnaient nos ancêtres.

Sous l'**Antiquité**, pyorrhée alvéolaire et usure dentaire existaient déjà. Le papyrus Ebers, datant de 1550 av JC et conservé à l'université de Leipzig, énumère déjà des remèdes pour les maux de dents. Mais les premiers pas de la dentisterie remontent encore plus loin : ils auraient probablement eu lieu au Proche Orient, **vers 5000 avant JC**, où les Babyloniens invoquaient leur dieu Enki, dans un mélange de médecine et de religion, pour extirper le «ver» responsable du mal de dents.

Cette étiologie «vermineuse» de la carie connaîtra un essor considérable **entre 3000 avant JC et la Renaissance**, en se répandant en Egypte, en Grèce, en Assyrie-Babylonie, en Inde et à Madagascar, aux Philippines, en Océanie, au Guatemala et en Amérique du Nord.

Elle sera transmise par les Arabes et adoptée par l'Europe médiévale mais ne cessera pas de progresser, même après cette période.

Déjà, le ver pseudo-pathogénique est un animal rampant, qui vit sous terre, que l'on retrouve sur ou près des cadavres... C'est un symbole chthonien reconnu. La pathologie dentaire se trouve donc dès l'origine et durablement marquée d'un sceau infernal.

Mais comment traitait-on les principales pathologies rencontrées?

Dans **l’Egypte ancienne**, les accidents de la dentition chez l’enfant étaient traités (comme le prouve l’examen de momies d’enfants de la période pré-dynastique) par l’ingestion de souris écorchées cuites.

Ce remède sera adopté par Dioscoride, en Grèce, puis par les Romains, les Coptes, les Arabes et enfin en Occident où on le retrouve encore dans la médecine populaire galloise actuelle.

Faut-il voir là l’origine de notre «petite souris» qui vient chercher les dents de lait des enfants?

Il s’agit probablement d’un traitement dicté par les incisives caractéristiques de ce rongeur, selon le principe cher à Samuel Hahnemann (1755-1843), père spirituel de l’homéopathie, du *similia similibus curentur* c’est-à-dire que «si la maladie n’est pas guérie par son contraire et qu’elle ne guérit pas d’elle-même, alors elle sera guérie par son semblable». On s’approprie les caractéristiques de «bonnes dents» de cet animal emblématique en ce domaine... Avant d’être devenue un animal de compagnie à notre époque, la souris était considérée comme un nuisible (qui pillait les réserves) animal nocturne, vecteur d’épidémie comme son congénère le rat. La souris entraîne en outre la répulsion, la peur, à l’instar de l’araignée.

La thérapeutique dentaire a donc recours à un animal nocturne et globalement maléfique...

Sous **l’Empire Romain**, l’obturation des caries recourt également à la souris... du moins à ses excréments, lesquels sont réduits en poudre et recouverts de cire. On note cependant qu’en cas de pénurie d’excréments de souris on peut sans problème les remplacer par du foie de lézard pilé.

Cependant, au **IIème siècle après JC**, Claude Gallien ne manque pas de trouvailles thérapeutiques : alors qu’auparavant la thérapeutique était quasi exclusivement médicamenteuse (sauf avulsion), il imagine de trépaner la cavité pulpaire pour soulager la douleur dentaire. Rappelons-nous que les premiers essais d’anesthésie locale n’auront lieu que vers 1869.

C’est également de cette époque que date l’un des remèdes les plus connus de la thérapeutique bucco-dentaire traditionnelle : l’ancêtre du dentifrice, l’Urine d’Espagnol.

On trouve en effet des traces d'un singulier commerce : l'importation, coûteuse et par mer du précieux liquide provenant de Barcelone et Tarragone. Conservé ensuite dans des vases d'albâtre, il faisait sensation chez les élégantes de par ses propriétés blanchissantes exceptionnelles... De quoi instaurer une durable méfiance vis-à-vis de l'hygiène buccale.

Il est convenu de dire que le **Moyen Age** fut une période de recul scientifique et culturel par rapport à la glorieuse antiquité gréco-latine.

En ce qui nous concerne, notons la disparition des dentistes précurseurs, puisque leur charge sera bientôt remplie par à peu près n'importe qui : barbier, rebouteux, maréchal-ferrant, curé, apothicaire... Et c'est la porte ouverte aux charlatans de tous horizons.

Ainsi, se faire soigner les dents revient à se faire faire n'importe quoi par n'importe qui, tout en ayant déjà à endurer ses propres douleurs. Il en sera ainsi jusqu'au XIIème siècle.

Cependant, à la même époque se développe la médecine arabe, qui va assurer la survie du legs des connaissances romaines.

C'est hélas aussi l'époque de Rhazès (850-960) : ce grand clinicien, qui sera l'auteur d'un traité en 70 volumes, est malheureusement persuadé que la douleur cesse avec la suppression de la couronne. Il s'emploiera donc à supprimer celle-ci, laissant les racines en place, méthode qui restera longtemps en vigueur malgré l'opposition d'Abulcasis (963-1013).

Jusqu'à la fin du XVIème siècle se perpétuent les techniques et le matériel d'Abulcasis, la Renaissance va marquer l'épanouissement d'outils de torture tels que le tiretoir ; utilisé d'Ambroise Paré à Pierre Fauchard. Il s'agit en fait du détournement d'un outil utilisé habituellement par les tonneliers pour enfoncer les cercles des tonneaux.

On le décrit comme une tige droite terminée par un crochet, lequel, prenant appui sur le collet des dents antérieures, va permettre soit leur extraction, soit leur luxation...

Cet instrument ne permettant pas d'extraire toutes les dents, on lui adjoint le pélican ; popularisé vers 1550, cet outil connaîtra un tel succès qu'on l'utilisera jusqu'au milieu du XIXème siècle.

Pour pratiquer une extraction on plaçait le crochet au collet de la dent à extraire. Une des demi-roues du manche prenait alors appui sur la gencive et les dents adjacentes. On effectuait un mouvement circulaire rapide du poignet suivant la courbe de la demi-roue, permettant l'extraction brutale de la dent, des dents voisines et d'un morceau du maxillaire dans la plupart des cas.

Laissons Ambroise Paré donner son avis au sujet de ces techniques :

«... Véritablement, il faut être bien industriel à l'usage des pélicans, à cause que si on ne s'en sait bien aider, on peut faiblir à jeter trois dents hors la bouche, et laisser la mauvaise et gastée dedans...»



Figure 1. "Le baume d'acier". XIXème siècle: BOILLY Louis.



Figure 2. "L'arracheur de dents". XIXème siècle: DOU Gérard.

Revenons vers A. Paré pour étudier sa conception de la dentisterie conservatrice. Il a toujours recours à des recettes médiévales du type : *«une gousse d'ail cuite sous les cendres, vous la mettez sur la dent le plus chaudement que vous pourrez endurer et mettez en aussi dedans l'oreille»*. Il est également convaincu des propriétés analgésiques de l'urine et des *«excréments de beste»*.

Il s'acharne lui aussi à tuer *«le ver qui ronge la dent»* en cautérisant la dent cariée soit au fer rouge, soit à l'aide substances caustiques comme le vitriol (J.Heurd 1543-1601).

A la même époque on utilisait également l'eau régale, l'eau forte... dont l'efficacité pour tuer le ver devait être redoutable puisqu'elle entraînait même la nécrose des parties molles et parfois de l'os...

Voici un florilège de recettes traditionnelles de l'époque, où entraient les ingrédients les plus divers (3) :

- Pour aider les enfants à percer leurs premières dents il était recommandé de :
 - Pendre à leur cou un cerveau de vipère attaché à un ruban.
 - Frotter les gencives avec la cervelle bouillie d'un lièvre.
 - On conseillait également de couper la crête d'un coq et d'en frictionner les gencives, sans doute à cause de la ressemblance entre ces deux tissus.

- La crotte de souris persiste à être souvent utilisée en obturation d'une dent douloureuse.

- Quant à l'escargot, il a deux usages :
 - Faire un hachis d'escargot et l'introduire dans l'oreille
 - Couper le petit grain que l'on trouve au bout des «cornes» et le placer dans la dent creuse.

- Enfin l'excrément de l'homme est utilisé sec et pulvérisé pour les inflammations de la bouche...

Il faudra attendre 1623 pour voir apparaître pour la première fois l'utilisation du clou de girofle comme antalgique et désinfectant, remède toujours d'actualité



Figure 3. "L'arracheur de dents". XVIIème siècle : auteur anonyme (musée des Beaux Arts de Dole).



Figure 4. Assiette historiée (musée de la faïence) : manufacture de Sarreguemines.

Nous venons de voir que l'art dentaire s'est construit petit à petit, à travers les siècles, en gardant comme dénominateur commun la souffrance de ceux qui s'y soumettaient.

Même si les soins dentaires sont de nos jours quasi indolores, il se peut que le souvenir de ces temps anciens se soit perpétué jusqu'à nos jours et se manifeste sous la forme de cette crainte du dentiste qui nous est à présent familière.

On pourra objecter que la médecine, en général, s'est élaborée de la même façon, et que pourtant les autres spécialités ne suscitent pas la même appréhension.

Les causes de la peur du dentiste ne résident donc pas uniquement dans les livres d'histoire.

2. L'irrationnel.

a. Dents et mâchoires dans la symbolique judeo-chrétienne(8) :

Les grandes religions monothéistes présentent des caractères communs :

- Un caractère fédérateur : il s'agit de réunir un groupe de personnes, qui auront donc une base culturelle commune.
- Un caractère didactique : la religion doit pour survivre être transmise et le dogme doit être répété. Les membres de «l'Eglise» (au sens premier du terme) ont donc une culture commune, qui leur aura été transmise et qu'ils transmettront.

De cet état de faits résulte, au point de vue psychologique, que des personnes de la même religion auront donc un bagage culturel commun et des modes de réflexion (ou en tout cas des présupposés) identiques face à la même situation.

Maintenant, voyons comment la dent et les mâchoires apparaissent dans la Bible, texte de référence du Judaïsme (Ancien Testament) ainsi que du Christianisme (Nouveau Testament).

Si la dent est peu citée, c'est cependant toujours de façon significative :

- Comme une menace, un châtement :

«... Tout homme qui mangera des raisins verts aura les dents agacées, chacun périra pour sa propre faute...» (Jérémie, 30, 31)

«... œil pour œil dent pour dent...» C'est la loi du Talion que l'on trouve aussi dans le Coran (Sourate 5 verset 45)

La dent apparaît comme une source de souffrance endogène. A l'instar du péché originel, c'est une malédiction que l'on porte en soi... D'un point de vue basement pragmatique lorsque l'on souffre des dents, c'est bien souvent parce qu'on les a négligées!

- Comme un attribut du malin, du monstre :

«...Une grande bête, terrible, effrayante et extraordinairement forte ; elle avait de grandes dents de fer...» (Daniel, 7, 7)

«... Leurs dents étaient comme celles des lions...» (Apocalypse, 9, 8)

Les dents aiguës sont l'attribut du prédateur, du carnassier, de la bête qui dévore et qui broie.

- Le grincement de dents, toujours très péjoratif :

«...Le méchant forme de mauvais desseins contre le juste et grince des dents contre lui...» (Psaumes, 137, 12)

«...L'enfant écume, grince des dents...» (Marc, 9, 18)

Le grincement de dents reviendra comme signe de menaces de mort chez Edgar Poe ; si on le considère comme un signe de possession démoniaque, c'est sans doute parce que le grincement de dents fait partie du tableau clinique de pathologies spectaculaires comme l'épilepsie, qui jadis relevaient plus de l'exorcisme que de la médecine.

- La mâchoire, signe de mort et de souffrance :

«...Je brisais la mâchoire de l'injuste...» (Job, 29, 17)

«... Il est une engeance dont les dents sont des épées et les mâchoires des couteaux...» (Proverbes, 30, 14)

La mâchoire est l'arme de l'animal. Le plus primitif système d'attaque et de défense. Le recours à la mâchoire signe le retour à l'état primitif, sauvage, l'absence d'âme.

b. Une illustration par l'exemple : Le martyre de Sainte Apolline (4).

Sainte Apolline est dans la religion catholique la sainte patronne des dentistes.



Figure 5. Représentation de Sainte Apolline : Auteur inconnu.

C'est un personnage historique qui fut exécuté à Alexandrie à un âge avancé, vers la fin de 248, ainsi que le rapporte Eusèbe de Césarée dans son *Histoire ecclésiastique*. Ses persécuteurs frappèrent ses mâchoires et lui extraient ses dents. Puis, après avoir refusé d'abjurer, elle se jeta dans un bûcher déjà allumé et fut brûlée vive.

Ce texte a subi de nombreuses modifications au cours des siècles : bris des mâchoires à coups de pierre, extraction de toutes les dents de la sainte, ...

D'autre part, sans doute par goût du pathétique, la vieille femme a été transfigurée en jeune vierge, puis en belle jeune fille, en fille de noble et enfin en fille de Ptolémée d'Alexandrie, sans doute plus propice à l'apitoiement des masses.

Le supplice devient en revanche de plus en plus horrible ; un maillet de fer frappe sur un ciseau enfoncé dans la bouche, une autre version raconte que, convertie au christianisme et refusant le mariage que lui imposait son père, elle se fait attacher à une colonne, arracher les dents puis brûler...

Outre le fait de présenter l'extraction des dents comme un martyre d'autant plus épouvantable que la victime est jeune, belle et innocente, cette histoire a suscité de nombreuses représentations plastiques d'un intérêt immense pour l'historien parce que témoignant de l'évolution de la forme du davier et de la technique d'extraction à travers les siècles.



Figure 6. Le mystère de sainte Apolline : Jean Fouquet.

c. L'homme, cet animal :

«...Quelques observations relatives à l'Homme. Si l'homme n'était distingué des animaux que relativement à son organisation, il serait aisé de montrer que les caractères d'organisation dont on se sert pour en former, avec ses variétés, une famille à part, sont tous le produit d'anciens changements dans ses actions, et des habitudes qu'il a prises et qui sont devenues particulières aux individus de son espèce...»

C'est en ces termes qu'en 1809 Lamarck expose à mots couverts, dans *la philosophie zoologique* sa théorie du transformisme qui ouvrira la voie à Darwin et aux évolutionnistes.

Ainsi, ne nous leurrions pas et cessons de nous prendre pour le nombril de la Création : l'homme est un animal.

Comparons les fonctions de la dent chez l'humain et chez les autres espèces animales :

. La dent humaine :

- Fonction alimentaire / digestive : Les dents servent au broyage et à la dilacération des aliments, pour en faciliter la digestion.

- Fonction esthétique : De manière générale, ce sont les parties mobiles du visage (yeux et bouche) qui créent l'expression, donc l'impression de charme / beauté ou de crainte / laideur.

-Fonction phonatoire : L'absence de dents rend très difficile la prononciation convenable d'un très grand nombre de phonèmes.

. La dent chez les autres animaux :

- Fonction alimentaire / digestive : équivalent à l'humain,

- Fonction de défense, de menace : La dent est un attribut de parade guerrière, montrer ses dents est une façon de rappeler : «attention si tu t'approches car je suis armé».

Chez les primates, notamment le chimpanzé, montrer ses dents en poussant des cris aigus, est une nette menace d'agression, c'est la parade d'un animal agressif ou se sentant agressé. Par glissement, chez l'humain, le sourire accompagne souvent le salut... Serait-ce un souvenir de nos années primates que rappeler ainsi «tu es sur mon domaine»?

Jung et Freud se sont mis d'accord sur le fait que le langage du rêve et de l'inconscient appartient à un mode de pensée archaïque de l'humanité, survivance de son passé préhistorique.

Il n'est donc pas exclu de penser que de ces temps préhominiens subsistent encore dans l'inconscient de l'espèce ces premières conceptions selon lesquelles «la dent, c'est mal (ça fait mal)», sur lesquelles auraient pu s'établir tous les a priori postérieurs. On remarque d'ailleurs que chez l'enfant, lors des fréquentes bagarres de cour de maternelle, avant que le sens moral / la censure parentale ou scolaire ne se soit développés, la morsure fait partie intégrante de l'arsenal d'attaque et de défense, au même titre que la traction sur les cheveux, et même avant que ne se développe le coup (de pied ou de poing).

III. La peur, l'angoisse, la phobie.

A) Définitions médicales (5,6,7).

- La peur :

D'après le dictionnaire Le Robert, la peur peut être définie comme un «phénomène psychologique à caractère affectif marqué qui accompagne la prise de conscience d'un danger réel ou imaginé, d'une menace».

Nous pouvons déjà souligner quelques mots intéressants :

- Le mot «psychologique» : la peur n'est pas une atteinte physique, palpable, objectivable matériellement. On peut donc se demander si le chirurgien-dentiste sait appréhender la psychologie de son patient et si le cursus des études dentaires prend en compte cette notion. Ne laisse-t-il pas le praticien a priori désemparé?

- Les mots «danger», «menace» : la peur est une réaction saine de défense, dans la sécurité de l'individu. Pourquoi s'exerce-t-elle à notre égard?

- L'expression «réel ou imaginé» semble pouvoir nous placer au dessus de tout soupçon. Cependant n'avons-nous vraiment rien à nous reprocher?

Deux autres termes reviennent couramment dans la conversation de nos patients. Il s'agit de l'angoisse et de la phobie :

- L'angoisse :

Elle est définie comme un malaise psychique ou physique, né du sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisé par une crainte diffuse pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des sensations pénibles de contraction épigastrique ou laryngée (gorge serrée).

Voici donc qu'apparaît une valeur morale : il s'agit d'un malaise, donc d'une souffrance de l'individu. S'ajoute à cela l'existence de signes physiques pouvant s'associer à la peur. Si ces signes ne sont pas sensibles par le praticien, ils n'en gênent pas moins le patient.

- La phobie :

On la décrit comme une crainte malade et irraisonnée de certains objets, actes, situations ou idées.

Ces définitions se doivent d'être comparées avec le point de vue des psychanalystes.

B) Analyse psychanalytique de la phobie (6).

Le terme de «phobie» est utilisé comme un substantif en psychiatrie depuis 1870. Il désigne alors une névrose (trouble de la personnalité) dont le symptôme central est la terreur continue et immotivée du sujet qui en est atteint face à un être, un individu ou une situation ne présentant en soi aucun danger réel.

En psychanalyse, la phobie est un symptôme et non une névrose à proprement dire. On préfère utiliser à la place l'expression «hystérie d'angoisse».

L'hystérie d'angoisse a été introduite en 1908 par Wilhelm Stekel(6). Il s'agit d'une névrose de type hystérique qui convertit une angoisse en une terreur immotivée face à un objet, un être vivant ou une situation ne présentant aucun danger réel.

D'un symptôme, nous voilà donc face à une réelle entité clinique. C'est après Freud que le terme de «phobie» va venir recouvrir cette entité et se vulgariser.

Même si la formule d'«hystérie d'angoisse» commence alors à disparaître, Anna Freud préfère continuer à l'utiliser pour la présenter comme une névrose de transfert dans laquelle l'objet phobogène devient le symbole de tous les dangers liés à la sexualité et qu'il faut repousser par des mécanismes de défense. Voilà comment apparaissent la «défense maniaque» et les attitudes dites «contraphobiques», qui sont des stratagèmes d'évitement de l'objet phobogène.

Avec son expérience clinique des états de terreur liés au «surgissement du réel», Jacques Lacan énonce que l'objet de la phobie serait un «*élément significatif de l'histoire du sujet*» qui viendrait masquer son angoisse fondamentale, «*un tigre de papier*»... Pourquoi le praticien se voit-il attribuer ces rôles-là?

IV. Constat, vécu actuel avec le patient : la réalité du cabinet dentaire.

Après avoir vu toute la symbolique inconsciente qui entoure la dentisterie depuis ses débuts, il est temps pour nous de nous intéresser à la réalité du cabinet dentaire, ou plus précisément, à l'ensemble des actes réalisés au cabinet et à leur perception par le patient.

En effet, c'est sur notre lieu de travail que vont, ou non, se concrétiser toutes les craintes liées aux actes, aux «armes» utilisées par le dentiste et aux conséquences de notre intervention.

A) Les soins dentaires, sources d'inquiétude (5).

-L'anesthésie : c'est sans doute l'acte le plus redouté. Il renvoie à la peur des piqûres de l'enfance, celle que l'on ressent dès les premiers vaccins. C'est en outre une pénétration, celle de l'aiguille à travers les téguments.

C'est de surcroît le seul acte qui soit obligatoirement (par définition, dirons-nous) douloureux (même si la douleur est infime et que les anesthésiques de contact la diminuent beaucoup).

-La douleur : paradoxalement, même si on la redoute, elle survient globalement peu au cours des soins dentaires, dans la mesure où l'anesthésie a été convenablement réalisée. Les douleurs que l'on rencontre au cours des soins sont dues :

-à une mauvaise technique d'anesthésie (injection mal localisée, soin trop long laissant se dissiper l'anesthésie,...)

-à une résistance du patient aux produits d'anesthésie (que cette résistance soit idiosyncrasique ou due à un facteur autre : inflammation, toxicomanie, stress exagéré...)

-à la préexistence d'une douleur : c'est le cas de l'urgence de type pulpite, ou nécrose avec exacerbation aigue, qui correspond à un patient qui a mal depuis plusieurs jours et se néglige.

On peut améliorer sa technique d'anesthésie, on peut prémédiquer un patient résistant pour diminuer son inflammation ou son stress... Mais on ne peut pas aller chercher chez eux tous les gens qui ont mal aux dents ; c'est parce qu'ils se laissent souffrir chez eux que ces patients souffriront au cabinet, alors qu'ils exigeront de nous un soulagement immédiat qu'ils se refusaient eux-mêmes...

-Le bruit : le bruit de la turbine (et des instruments rotatifs en général) a une fréquence élevée. Il appartient aux sons aigus, les plus agressifs pour l'oreille.

Les craquements que le patient entend au cours d'une extraction sont de fréquence plus basse, mais leur transmission par les tissus osseux directement vers l'oreille interne leur confère une puissance inquiétante. Le patient ne voit rien de ce qu'on lui fait, et son imagination peut jouer en notre défaveur.

-Les sensations désagréables : elles sont multiples.

-L'étouffement et la nausée dus aux empreintes : la bouche est tapissée de récepteurs sensoriels, certaines zones sont plus sensibles que d'autres et déclenchent des réflexes de vomissement (le palais mou par exemple). Ces zones peuvent être malencontreusement stimulées par une empreinte invasive. A cela s'ajoute la contrainte de devoir garder l'empreinte en bouche jusqu'à sa prise complète : quelques minutes qui peuvent paraître interminables. La modération quant à la quantité de pâte, et la station assise du patient, en évitant tout débordement superflu, aident à mieux faire vivre cette expérience difficile qu'est la prise d'empreinte.

-La digue est vécue comme un bâillon qui étouffe. Souvent le patient s'affole la première fois, craint de ne pouvoir respirer (oubliant que la respiration se fait avant tout par le nez), craint aussi de ne plus pouvoir fermer la bouche (il n'y a pas de fuite possible) et de ne plus pouvoir parler (manifester sa souffrance). Ces désagréments sont compensés lorsque le patient découvre qu'il peut en revanche avaler sa salive et bouger sa langue.

-Les actes sanglants : quel que soit le contexte, la vision du sang qui s'écoule hors de notre corps est perçue comme un critère de gravité ; de plus s'il y a saignement, il y a blessure. Fut-elle dans un but thérapeutique (chirurgical) c'est quand même une atteinte à l'intégrité physique. Le praticien aux doigts tachés de sang, c'est une image qui persiste dans l'inconscient collectif.

-Les vibrations du fraisage au contre-angle : cet instrument rotatif a une vitesse de rotation relativement faible et un couple élevé, il provoque des vibrations intenses, désagréables pour le patient.

-La sensation de l'insert à ultrasons au collet des dents : lorsqu'il n'y a pas de douleur vraie, on peut entendre le patient se plaindre cependant d'un agacement de type « électrique » se rapprochant du grincement d'une craie sur un tableau noir ou du frottement de la laine sur les dents.

-La pharmacopée utilisée : puisque l'on travaille dans la bouche, sous le nez de notre patient, n'oublions pas que l'un des désagréments de notre pharmacopée reste son odeur et son goût. Si nombre de patients s'en plaignent, il suffit d'avoir déjà goûté une fois toutes les substances que nous plaçons en bouche pour s'apercevoir que ces plaintes sont bien souvent justifiées...

-Une conséquence inattendue de la généralisation de l'usage du spray : cette utilisation recoupe une des phobies les plus courantes, la peur de l'eau. On a vu ainsi des patients littéralement pris de panique dès les premières gouttes d'eau, se débattant, terrorisés par la peur de se noyer.

Seule l'utilisation d'une aspiration très efficace aide à diminuer cet affolement qui se manifeste chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte et touche toutes les classes sociales. On doit toujours prévenir le patient avant de mettre en marche le spray d'irrigation, pour éviter tout effet de surprise.

B) Le matériel de soins dentaires et sa perception par le patient (5, 9, 10).

Globalement, notre matériel est en métal et d'aspect chromé. Il évoque donc les armes blanches. La nature première de ces outils sera donc piquante ou sécante, semblera-t-il au patient, même dans le cas par exemple d'une sonde parodontale à la pointe mousse ou d'une spatule de bouche.

Voici un bref descriptif des principales «armes» utilisées par le dentiste :

-La turbine, et les instruments rotatifs en général : *quand elle touche au nerf, ça fait mal* (expression vieillie depuis la systématisation de l'anesthésie locale, et qui signifiait «lorsque l'on a complètement excisé la couche de dentine cariée, l'exposition des tubuli dentinaires contenant des prolongements odontoblastiques vitaux crée une sensibilité»).

-Les daviers : le patient ignore la mobilisation préalable de la dent par luxation, il s'imagine qu'on saisit directement la dent entre les mors de notre «tenaille» et qu'on tire jusqu'à ce que la dent vienne.

-Les élévateurs, syndesmotomes, le bistouri : Tout ce qui va servir à «couper» la gencive peut déclencher une réaction de frayeur chez le patient.

-Il ne faut pas négliger ce qu'on pourrait appeler les «nouveauautés» : ce sont les instruments qui surprennent le patient, parce qu'il ne les connaît pas. Ils répondent à l'équation «peur de l'inconnu + aspect menaçant». La règle de Fox, la digue (par l'intermédiaire notamment du crampon), l'arc facial, sont autant d'instruments hétéroclites et de ce fait angoissants pour le patient.

C) L'avulsion.

Volontairement, l'avulsion mérite une place à part car, à la différence des autres soins qui rétablissent peu ou prou l'état de santé du patient (élimination de la douleur, reconstitution ou remplacement de dents abimées ou perdues, hygiène...), l'avulsion au contraire va amputer le patient d'une partie de son corps, et le laisser avec un manque qui ne sera pas compensé (dans l'immédiat du moins).

La dent est une part du corps : sa perte, c'est mourir un peu. Comme a écrit Voltaire : «je perds une dent, je meurs en détail».

La chute des dents, c'est la vieillesse et l'impuissance (pas uniquement sexuelle : la dent est aussi associée à l'agressivité. Sans dents, on est sans défense).

Le dentiste est dans ce cas castrateur (à la différence de la prothèse qui sera rephallisatrice, comme en témoigne la modification du comportement chez l'édenté qui retrouve littéralement le sourire quand on l'appareille).

L'impact psychologique de l'avulsion est intensifié par l'histoire, puisqu'avant le dentiste était «l'arracheur de dents» et faisait subir à ses victimes une douleur atroce.

L'avulsion, c'est donc la perte de son intégrité physique, de sa puissance, le tout en souffrant physiquement. On peut alors aisément comprendre que cet acte soit craint.

Nous avons vu dans ce chapitre que la visite au cabinet dentaire était loin d'être une expérience anodine : les causes de stress se multiplient.

Il apparaît en filigrane un motif éminemment freudien :

- promiscuité (nécessité par le travail sur le corps)
- prise de contrôle du patient par le praticien qui le soumet à sa volonté
- intrusion du praticien dans la sphère intime du patient
- survirilisation du praticien (armé, dominant)
- vulnérabilité du patient
- déversement de fluides (eau, sang, salive)

Il ressort de ces éléments une certaine violence, associée à des connotations sexuelles. Même si tout ceci ne relève que de la symbolique psychanalytique, peut-être ces éléments justifient-ils certaines craintes inconscientes?

D'autre part, si cette expérience peut être traumatisante à vivre, il est également impressionnant d'en être le témoin : voir l'un de ses proches sur un fauteuil dentaire peut, si la séance est éprouvante, créer des craintes aussi durables, d'autant que si le patient a un rôle relativement passif et consenti, le spectateur peut embrasser du regard la totalité de la scène et ses menaces potentielles, et surtout, ne peut intervenir sur ce qu'il voit.

V. Propositions pour améliorer la prise en charge des patients anxieux.

Il est temps de s'interroger sur les propositions et éventuelles solutions à mettre en oeuvre pour améliorer la prise en charge des patients phobiques au cabinet.

Nous pouvons alors définir 3 «niveaux» de prise en charge, qui correspondent chronologiquement aux différents moments où le patient va se retrouver confronté au praticien et à son «arsenal» thérapeutique:

- **Premier temps** : la prise de contact du patient avec le cabinet et son environnement,
- **Deuxième temps** : la rencontre entre le praticien et le patient, et la relation «idéale» qui va se mettre en place,
- **Troisième temps** : les solutions thérapeutiques proposées par le praticien pour répondre efficacement aux besoins du patient.

A) Premier temps : gérer l'environnement du patient.

La perception du cabinet dentaire par le patient, et plus particulièrement sa perception initiale, joue un rôle important sur sa possibilité d'intégration thérapeutique et sur son évolution émotionnelle. Il va également intéresser au premier plan le chirurgien-dentiste, qui passe le plus clair de son temps dans ses locaux professionnels.

Une ambiance impersonnelle et froide peut a priori marginaliser un patient et accroître son appréhension. Au contraire, un décor agréable, une ambiance chaleureuse, peuvent exercer une influence bénéfique, sécurisante et apaisante.

Toutes les composantes structurelles du cabinet dentaire doivent converger vers une meilleure prise en charge des malades. Il en est ainsi des éclairages, du choix des teintes murales et du revêtement choisi pour les sols, ou encore de l'intimité de certaines zones de détente et de circulation par rapport aux salles de soins à proprement parler.

Certains de ces paramètres peuvent véritablement conditionner nos patients. Il en va ainsi de l'influence notable des couleurs et de l'éclairage, qui constituent l'environnement visuel du cabinet, mais également de son environnement sonore, olfactif... et d'une quantité de petits détails qui sont capables de réduire de façon non négligeable la symptomatologie de l'anxiété.

1. L'environnement visuel.

a. De l'influence des couleurs (9,10,11,12).

Les composantes du cabinet dentaire doivent favoriser le bien-être du praticien et des malades, optimiser la participation de ces derniers aux soins et réduire autant que faire se peut les connotations agressives. Il importe de considérer que tout jugement de valeur négatif d'un patient à cet égard peut créer un climat de malaise et réveiller des angoisses jusqu'alors maîtrisées...

Sans discuter des goûts et des couleurs, il est important cependant de respecter certaines règles concernant l'image que le cabinet va renvoyer à la patientèle, notamment si l'on est attaché à diminuer l'anxiété et l'agitation de cette dernière.

De façon schématique:

- Les couleurs dérivées de l'orange et du rouge orangé sont réchauffantes et stimulantes, tandis que les couleurs dérivées du bleu et du gris sont calmantes et froides.

- Des couleurs sombres sur les murs ainsi que des meubles sombres absorbent beaucoup de lumière et de ce fait demandent plus d'intensité lumineuse.

- Pour une bonne atmosphère de travail, des couleurs réfléchissant de 60 à 80% la lumière sont généralement bien choisies pour les murs.

- Si le plafond n'est pas dans la ligne de vision du praticien, une peinture blanche doit être utilisée pour permettre le maximum de réflexion de la lumière. Si le plafond est dans la ligne de vision, une teinte délicate sera préférée.

- Un sol grisâtre, qui paraît sale, a un effet psychologique défavorable sur le patient et absorbe une grande quantité de lumière qui pourrait être utilisée à des fins plus avantageuses.

D'une manière générale, il faut retenir que les couleurs claires diminuent l'acuité visuelle et que les couleurs vives influent sur le comportement. La couleur bleue, calme, atténue les réflexes et la production de gonadostimulines mais améliore la précision des gestes. Au contraire, le rouge excite et augmente les réflexes au détriment de la précision.

Il est ainsi préférable de se reporter sur des teintes neutres, telles les gris ou les bruns, qui ont l'avantage de n'avoir aucune répercussion sur l'état psychologique des patients, et de ne pas interférer dans le choix d'une teinte prothétique.

Bien évidemment, il ne s'agit pas ici d'ériger en dogme des conseils qui n'auraient pour seule conséquence que de standardiser les cabinets, leur enlevant leur caractère propre, mais plutôt d'orienter de futurs praticiens vers une conception plus ergonomique de leur lieu de travail, dans le but d'apporter aux patients anxieux un apaisement relatif, et de favoriser la réussite du pari thérapeutique.

b. De l'importance de la lumière (9,10,14,15).

Un bon éclairage est celui qui permet de voir rapidement, d'éviter la fatigue, et de contribuer au bien-être du patient. Il est en effet impératif d'avoir un éclairage suffisant, bien adapté et confortable, pour donner une bonne perception de notre travail, un bon rendu des couleurs et une bonne ambiance (en évitant les éblouissements, les ombres et les contrastes excessifs). Le but de l'ergonomie dans ce domaine est d'arriver à un équilibre entre luminances, directions d'où vient la lumière, et couleurs. A partir de là, on tend vers un confort visuel «subjectif», impossible à standardiser, mais cependant articulé autour de deux notions de base:

- Le confort «dynamique», c'est à dire celui que l'on doit obtenir pour l'oeil pendant les déplacements, les changements de pièce, et qui peut également servir à délimiter des frontières virtuelles entre les différentes zones fonctionnelles du cabinet.

- Le confort «statique», c'est à dire celui ressenti par le patient au fauteuil et le praticien pendant ses actes. C'est lui qui va conditionner la disposition du plan de travail, la position au fauteuil, la posture, la disposition de l'instrumentation.

Quand on envisage les différentes sources lumineuses à notre disposition, la première notion à considérer est qu'il ne faut pas se couper de la lumière naturelle

extérieure. En effet, le contact visuel avec l'extérieur et la lumière naturelle permettent d'obtenir un meilleur rendement, renforcent l'impression d'ouverture du cabinet, et diminuent le sentiment d'être «soigné dans une cave» (très anxiogène pour le patient).

2. L'environnement sonore.

Au même titre que l'environnement visuel, l'environnement sonore des patients joue un rôle primordial dans l'abord psychologique des patients anxieux. L'intensité de pollution sonore dans certains cabinets peut atteindre des niveaux alarmants, tout à fait dissuasifs pour de tels patients.

Un abord ergonomique sur ce propos va viser à diminuer au maximum le retentissement des nuisances sonores. Une fois cet objectif initial atteint, le praticien aura également la possibilité d'influer sur le niveau de stress ambiant en installant une atmosphère musicale dans son cabinet.

a. Objectif : silence (13,11,12,15,16,17,18).

Le bruit est une nuisance quotidienne qui peut avoir des conséquences néfastes sur le bien-être de ceux qui y sont exposés. A titre d'exemple, Shapiro et Ballard (16) rapprochent les niveaux sonores rencontrés dans une zone opératoire à ceux produits par une aire d'autoroute. Et en effet, les patients sont soumis en zone opératoire à quantité de sons, incluant ceux produits par les ventilateurs, les divers systèmes d'alarme de l'instrumentation, les aspirations, l'instrumentation rotative, les téléphones... Cette cacophonie déjà pénible à supporter peut en outre être aggravée par les bruits provenant des pièces voisines de la salle de soins comme la stérilisation. Pour le patient, dont les sens sont en éveil, elles sont la source d'une grande anxiété.

On considère que le niveau sonore de fond dans une salle de soins inactive et silencieuse est proche de 13 dB. Le niveau sonore dans la même salle opératoire en activité va, lui, devenir très important en regard des différentes sources de bruit potentielles au cours d'une intervention. Par exemple, le bruit d'une aspiration atteint 75-80 dB, celui d'un climatiseur 80 dB, etc...

La plupart des bruits rencontrés au cabinet présentent des intensités de l'ordre de 60 à 80 dB. Ils seront qualifiés de «modérés» à «importants», dans le sens qu'ils sont alors capables de couvrir une conversation normale (60 dB), ou encore si on les compare aux bruits de notre environnement sonore habituel.

Echelle des nuisances sonores adaptées de Cromer (16).

10	A peine audible	Souffle
20	Très silencieux	Chuchotement
30		Maison silencieuse
40	Silencieux	Moyenne dans une maison
50		Trafic routier léger (30m)
60	Modéré	Conversation normale Trafic routier moyen
70		Cabinet dentaire en activité
80	Fort	Téléphone (1m)
90		Vélocycle ou moto (8m)
100	Très fort	Un garage ou atelier de voitures
120	Inconfortable	Concert de rock'n'roll
140	Insupportable	Décollage d'un avion (30m)

On remarque que les bruits les plus importants sont enregistrés pendant la période de préparation de l'intervention. Au cours de cette dernière, les diverses manipulations de plateaux, d'instruments, nous font déjà dépasser le seuil de 60dB alors qu'il est recommandé de ne jamais aller au-delà de 30dB.

Les nuisances sonores peuvent devenir un problème sérieux pour un patient conscient, soumis à une anesthésie locale ou régionale. Une opération est déjà angoissante en soi, aussi l'anxiété doit-elle être minorée le plus possible. De plus, les bruits soudains sont à l'origine de réponses motrices réflexes de la part des patients, ce qui peut être dangereux. Les bruits continus et lancinants sont ceux à l'origine d'un stress physique de fond, qui se manifeste par une augmentation de la tension artérielle.

On voit donc tout l'intérêt de la réduction des bruits au cabinet : des casques insonorisants ou un fond musical pourront dans certains cas s'avérer bénéfiques. Il existe également de nombreuses recommandations visant à réduire la pollution sonore au maximum:

- toujours préparer une intervention en l'absence du patient,
- les plateaux chirurgicaux seront choisis pour leur discrétion,
- préférer les champs opératoires en tissu stérilisable à ceux en papier,
- préférer l'instrumentation stérile plastique à usage unique à celle métallique,
- l'aspiration doit être utilisée avec parcimonie, surtout si elle est à haute vitesse,
- possibilité de proposer des casques musicaux ou insonorisants,
- les téléphones, fax, doivent être coupés dans la salle de soins,
- choix des instruments rotatifs pour leur sobriété et leur silence,
- prise en compte de la pollution sonore lors de l'installation.

b. L'effet analgésique et sédatif de la musique (13,11,12,15,17,18,19).

Comme on l'a vu, l'anxiété préopératoire est en relation directe avec la peur provoquée par un environnement inconnu, parfois hostile. Tous les stimuli qui confortent cette inclination du patient vont aggraver cette anxiété, alors que ceux qui l'en détournent la diminuent. Partant de ce postulat, la musique peut être utilisée pour relaxer nos malades et détourner leur attention d'une situation anxiogène.

Kane (17), en 1914, a été le premier à introduire la musique pour distraire ses patients de «l'horreur de la chirurgie» (selon ses propres termes). A la fin des années 30, Farr (17,18) défend lui aussi l'emploi préopératoire de la musique pour des patients en attente d'anesthésie locale. Ce n'est que vers 1960 cependant qu'un groupe de chirurgiens-dentistes rapporte pour la première fois l'utilisation régulière de la musique lors d'interventions purement dentaires. Ce groupe témoigne que 65 à 90 % des patients ont alors eu besoin d'une dose moindre d'anesthésiques pour des extractions.

Les procédures chirurgicales sous anesthésie locale représentent un défi permanent pour notre profession, car les patients sont conscients et exposés à de multiples stimuli. Il semble a priori que l'écoute peropératoire d'une musique choisie par le patient permette d'installer un environnement sonore familier et de détourner son anxiété.

En effet, la stimulation phonique est un modulateur connu de la réponse humaine au stress. Des études préliminaires ont montré que la musique pouvait ainsi avoir un rôle thérapeutique, en se basant sur plusieurs théories physiologiques et biochimiques.

La théorie du «gate control» de Wall et Melzack (56) est basée sur le principe que la douleur, source majeure de l'anxiété, est le résultat d'une intégration sensorielle, émotionnelle et affective. Cette résultante module l'impact nociceptif en l'atténuant ou en l'exacerbant. Il a été suggéré que la douleur et les voies nerveuses de l'audition s'inhibent l'une et l'autre. Il semble dès lors que l'activation des voies de l'audition pendant la chirurgie inhibe l'intégration du stimulus nociceptif par le système nerveux central.

D'autres théories se basent sur l'influence de la musique ou de différents stress acoustiques sur la concentration de certaines hormones dans le sang (des endorphines plus précisément) pour appuyer celle du «gate control».

Comme on le voit, la priorité concernant l'environnement sonore du cabinet dentaire reste avant tout une question de protection vis-à-vis des nuisances sonores, qui sont de façon scientifiquement prouvée responsables d'une augmentation de l'anxiété des patients. Une isolation phonique totale est à proscrire. Les résultats sur l'utilisation d'un fond musical dans le cabinet sont par contre encore sujets à débat ; selon les points de vue, la musique ne sera qu'un élément anxiogène de plus ajoutant à la cacophonie ambiante, ou pourra être considérée comme un palliatif de choix : nous y reviendrons plus tard. Restant sur ce dernier aspect, il peut sembler judicieux de diviser le cabinet en divers espaces acoustiques, en isolant par exemple les salles de soins et en proposant un programme musical aux patients en attente. Reste alors en suspens le choix de ce programme...

B) Deuxième temps : quand le patient rencontre son praticien.

Conscients de leur image dans notre société, les chirurgiens-dentistes cherchent depuis longtemps à imputer la plus grande valeur à la qualité de l'accueil et à la qualité des soins. Cependant, ils reconnaissent que la qualité de l'information délivrée sur les soins ou la prévention de l'anxiété n'occupe qu'une place minoritaire au sein de leur pratique.

Ce critère de «qualité d'information» recouvre en fait le champ de la relation d'individu à individu. C'est le lieu de la communication directe. On voit alors se dessiner l'image d'un dentiste bon praticien, connaissant son métier et faisant le nécessaire pour appréhender au mieux l'angoisse de ses patients, mais restant cependant un piètre communicateur...

En effet, au moment où il s'agit de rentrer individuellement en communication avec chacun pour établir les bases humaines des relations thérapeutiques, le chirurgien-dentiste semble se dérober ; il attendrait de son «management EXTERNE» (gestion des espaces, des équipements, du temps) qu'il vienne suppléer aux problèmes du «management interne».

Le chirurgien-dentiste soucieux de savoir communiquer se doit de maîtriser la communication indirecte qu'il a avec son patient. Cette communication non verbale consiste en une analyse fine de la gestualité et de l'image que va renvoyer le praticien. La tenue, le regard sont par exemple des éléments aussi forts que l'exposé clair d'un plan de traitement.

Envisagée dans sa globalité, la communication devient ainsi une arme de choix pour désamorcer les situations anxiogènes ou stressantes.

1. Renforcer la relation patient / praticien.

La relation thérapeutique, qui unit provisoirement le chirurgien-dentiste à son patient, est le pivot central sur lequel vont se développer les facteurs de stress ou d'anxiété. Pour éviter de tels écueils, il est indispensable pour le praticien de savoir gérer l'établissement de cette relation sur des bases saines. Il lui faut pour cela bien connaître les attentes et les besoins de ses patients, ainsi que leur degré d'implication

émotionnelle. Entre autres, il ne doit pas occulter l'obligation de tout connaître de son dossier médical : en effet, le manque de transparence, récurrent dans notre profession, est un élément déclencheur dans la rupture de communication et l'établissement de situations anxiogènes.

Cet élément nouveau, ce besoin de transparence, est particulièrement ressenti chez les patients anxieux, dont la phobie peut s'apparenter à une forme de paranoïa. Il va de soi qu'en les rassurant, le dentiste s'octroie une marge de manoeuvre plus grande. A terme, il en bénéficie aussi et son stress en est diminué, ne serait-ce que parce qu'une telle démarche facilite la gestion des situations conflictuelles, sources de stress.

Toutes les professions de santé ont été profondément marquées depuis une vingtaine d'années par le développement de comportements nouveaux liés au consumérisme. L'usager des structures de santé se reconnaît désormais un droit d'appréciation sur les prestations qui lui sont fournies. Chacun sait que ce comportement est largement majoré chez les patients anxieux, davantage demandeurs d'information et de transparence.

Pour les chirurgiens-dentistes, cette évolution comporte deux aspects contradictoires:

- Le patient devient un partenaire de plus en plus actif dans le processus de soins et donc dans la guérison : L'alliance thérapeutique est un gage de réussite. Cependant, cette alliance thérapeutique va devoir tenir compte de facteurs irrationnels évoqués plus haut, comme l'anxiété qui, en quelque sorte, tient le patient à son mal. Cela signifie que plus le patient est actif dans la relation de soins, plus il faudra que le praticien développe ses qualités d'écoute. Cette écoute va l'amener à prendre en compte des facteurs psychologiques dont il doit accepter de ne pas avoir la maîtrise. Quand la relation praticien/ patient atteint cette qualité, chacun se sent reconnu par l'autre, il n'y a ni surprise ni déception.

- D'autre part, le patient anxieux, le plus actif dans le processus de soins, peut être ressenti comme un élément de stress parce qu'il se comporte comme un consommateur « averti » et qu'il veut choisir lui-même en connaissance de cause.

60% des dentistes pensent que sur ces deux terrains les patients ont évolué. On pourrait dire que ces derniers sortent d'une attitude de communication passive, et qu'ils rentrent dans une communication active (dans laquelle ils sont des sujets à part entière).

Gérer une telle évolution passe indéniablement par l'obtention d'un consentement éclairé du patient. Or ce consentement ne sera obtenu que si le premier contact, avec l'établissement d'un dossier médical et dentaire, et l'information du patient, par un plan de traitement et un devis, sont parfaitement maîtrisés.

a. Le premier rendez-vous (20,21,22).

Le **premier contact** et le premier rendez-vous sont déterminants pour l'instauration de la relation de confiance qui doit s'établir entre le praticien et son patient.

Lors de la prise de rendez-vous, le plus souvent téléphonique, la capacité d'écoute du praticien et de son équipe doit être perceptible. A cet instant, l'assistante doit noter les renseignements spontanément fournis par son interlocuteur, doit susciter l'expression d'éventuels besoins ressentis et doit s'enquérir de ses moments libres pour organiser au mieux le planning.

Dès la première visite, après avoir recueilli les éléments de l'état civil ainsi que les noms des médecins traitants, l'assistante remettra une fiche de présentation du cabinet. Le praticien conduira lui-même l'interrogatoire médical afin de s'assurer que le patient n'oublie aucun trouble susceptible d'interférer avec la pratique dentaire. Il faudra, enfin, faire préciser en détail toute prise de médicaments pouvant compliquer les actes et veiller aux possibles interactions médicamenteuses.

C'est alors seulement que commence l'examen clinique proprement dit, avec l'établissement du dossier dentaire, suivant le fil conducteur classique.

Ce premier examen, avec le support éventuel d'une radiographie, permet de poser un premier diagnostic et d'ébaucher un plan de traitement. Il ne sera pas nécessaire de pousser les investigations plus avant. Le traitement de petites lésions carieuses, un détartrage, l'enseignement à l'hygiène, auront répondu à l'attente du patient. Rappelons de plus que ce premier contact, au début de la relation thérapeutique, demande une attention certaine où prédomine l'écoute attentive des doléances.

b. Le deuxième rendez-vous.

C'est souvent au cours d'une **deuxième rencontre** que l'on rentre dans le cadre réel du contrat de soins, avec l'information du patient et la présentation d'éventuels devis : c'est l'obtention d'un consentement éclairé. Le consentement éclairé implique obligations et devoirs réciproques. Un praticien peut par exemple être condamné pour défaut de consentement, même en l'absence de faute technique, en cas d'absence de devis signé des deux parties ou suite à l'utilisation d'une technique non éprouvée.

Cette procédure, si simple en apparence, est rarement respectée faute de temps ou d'investissement personnel du praticien. C'est pourtant dans ce cas précis qu'il faut insister sur la communication, l'écoute active et la transparence. En s'y accrochant le plus possible, le dentiste peut instaurer un climat de confiance et une grande qualité de réception de son message, qui sont largement payants à long terme. Les excuses du manque de temps ou de rentabilité ne sont pas recevables. L'attitude doit au contraire être positive, émetteur et récepteur s'accordant sur la teneur du message.

En ce sens le dentiste doit plus que jamais être en accord avec lui-même et convaincu de la valeur du traitement proposé, suivant à la lettre le fameux triptyque «séduire, convaincre, proposer».

Rappelons que lors de cet échange, la communication indirecte (à travers l'ergonomie des locaux, l'hygiène, le comportement de l'assistante, la gestuelle...) joue un rôle primordial qui fait souvent la différence.

2. Les atouts de la communication non-verbale.

Au sein d'un cabinet dentaire, la communication non-verbale, «inconsciente», va jouer un rôle élémentaire dans l'abord et la relaxation initiale du patient anxieux. Elle englobe de prime abord la gestuelle du praticien et l'image qu'il va renvoyer. Plus généralement, l'ergonomie, le «design», l'hygiène, le confort peuvent y être associés. Tous ces éléments vont trouver un écho chez le patient et seront susceptibles de le rassurer ou au contraire d'accroître son appréhension.

Ainsi, pour certains auteurs, les moyens verbaux ne porteraient que 30% des significations du message et les moyens non verbaux véhiculeraient 70% de

l'information. On estime ainsi que 93% des mots émis sont perdus et que 7% seulement sont reçus (24). Ceci montre l'importance de la communication non-verbale, au sein de laquelle on distingue le para verbal (hauteur et intensité de la voix, intonation, débit verbal...) et le non verbal pur (regard, mimiques, apparence générale...).

Dans la communication verbale, un même mot peut avoir un sens et une signification différents. Le sens varie d'une personne à une autre car il dépend du contexte socio-culturo-émotionnel de l'émetteur et du récepteur. Il est ainsi possible de mettre en évidence une déperdition importante des contenus en ce qui concerne les messages émis et reçus et d'envisager à cet égard certaines dispositions compensatoires.

Il faut pour cela être capable d'analyser le langage inconscient de nos patients, voire du nôtre, et de maîtriser parfaitement la représentation inconsciente que suscite chez eux notre image.

a. Notions de gestualité (22,23,24).

Savoir bien interpréter ce que le corps exprime dans son langage caché présente au moins trois avantages : mieux se comprendre soi-même, mieux se faire comprendre, et mieux comprendre les autres. En effet, si les mots sont parfois trompeurs, la gestuelle, parce qu'elle est inconsciente, est redoutablement explicite. Chaque expression de notre corps, par nos attitudes corporelles, notre visage, dévoile le fond de notre pensée et participe ainsi à la communication.

- Les attitudes corporelles :

Les différentes parties du corps, comme les bras, les jambes, les mains, ont une signification qui dévoile l'état d'esprit d'un individu.

- Les bras : libres et sans contact l'un avec l'autre, ils suggèrent la disponibilité et l'attention. Le sujet ne se protège pas car il ne se sent pas agressé. A l'inverse, quelle que soit la façon dont les bras se croisent, ils expriment le besoin d'établir une barrière. Ce genre de geste appelé «geste pare-choc», répond à une menace, une angoisse, dont on cherche à se protéger. Cette attitude fréquemment observée chez les patients est par contre à bannir du comportement du dentiste.

- Les mains : à l'image des patients ou praticiens stressés, les mouvements désordonnés des mains et des doigts sont des signes d'anxiété et de nervosité. Ils permettent d'évacuer les tensions internes par des crispations, triturations et autres rongements des ongles. De même, des mains jointes ou croisées trahissent un besoin d'autoprotection et d'auto-intimité. Ce geste permet aussi de bloquer les mains dans une position où elles ne risquent pas de trahir quelque chose que le patient ou le praticien veut cacher, comme une nervosité excessive ou un malaise.
- Dans le même registre, la poignée de main est un élément très important de communication. La poignée de main la plus adaptée consiste à tendre la main franchement. Les pouces se croisent, le geste est ferme mais détendu, les paumes se touchent (symbole d'unité). La poigne de fer ou la poignée de mains du bout des doigts, fuyante, est à proscrire.
- Les jambes ou les pieds : comme pour les bras, des jambes qui ne sont pas en contact suggèrent que le sujet n'éprouve pas le besoin de se protéger du monde extérieur. Les jambes ou les pieds croisés sont un réflexe de défense. Sur le fauteuil, la plupart des patients anxieux croisent les chevilles. Ils ont tendance ensuite à serrer les mains sur le ventre ou à s'agripper aux bras du fauteuil. Plus ce «verrouillage» est serré, plus le besoin de protection est grand. De la même façon, des pieds qui s'entortillent sur les barreaux d'une chaise trahissent le besoin de se rassurer et de s'extraire de la réalité.

- Le visage :

Il participe à la communication à travers le port de tête, diverses expressions, le regard ou encore l'intonation de la voix.

- Le port de tête : un port de tête élevé accompagne souvent une attitude hautaine et méprisante, parfois teintée d'agressivité. La tête baissée peut avoir, elle, plusieurs significations : honte, peur, gêne, soumission, résignation, timidité ou manque de confiance en soi. La tête sur le côté est un appel au charme, à la séduction, et correspond à une régression et à un besoin inconscient de protection.

- Les expressions du visage : malgré le large éventail d'expressions dont dispose le visage, on peut plus particulièrement s'arrêter sur les significations du regard et du sourire.

Pour le patient, un regard droit devant soi est le signe d'une personne bien dans sa peau, ouverte, franche et directe. Il faut ainsi savoir détecter un regard fuyant (le sujet fuit un affrontement visuel), détourné (signe de timidité ou de culpabilité), fixe ou vague (ennui, désintérêt, envie de fuite)

De même, il faut savoir analyser le mouvement des sourcils, qui peuvent être froncés (mécontentement , réflexion, confusion), levés (étonnement, incrédulité, envie) ou en accent circonflexe (inquiétude ou tristesse).

En dehors des mots qu'elle prononce, la bouche est également un vecteur essentiel de communication car elle exprime des sentiments, des émotions ou un état d'esprit immédiatement compréhensibles. Parmi toutes les expressions de la bouche, le sourire est particulièrement important, surtout lors des premiers instants d'une rencontre. En effet, avant même que les premiers mots ne soient échangés, le sourire est déjà un signe de bon accueil. Il ne coûte rien, et c'est une publicité remarquable qui a un effet relaxant pour la personne même qui le fait (d'où l'intérêt de faire rire ses patients). Cependant, ce sourire doit être naturel et entraîner une participation des yeux, se déployant et s'effaçant lentement.

- On notera enfin l'importance de la voix dans l'établissement d'une communication contrôlée. Ce contrôle, qui s'opère à travers le débit des mots, les intonations, les silences, est un atout non négligeable, en particulier face aux enfants. C'est une technique à part entière, appelée «voice control», qui a toute sa place dans l'arsenal de la communication indirecte.

b. La construction d'une image (22,23).

Au même titre que les langages du corps, l'image que renvoie le praticien fait partie des modes de communication sans langage verbal. Par là, elle rassemble une somme de signes qui constituent une «zone d'échange» indissociable de la formulation verbale proprement dite. En ce sens, la communication en odontologie repose sur l'interaction de ces deux registres complémentaires qui se renforcent en permanence.

Dans ce domaine, la réalité objective importe peu car il s'agit d'étudier comment le patient perçoit le praticien. Par exemple, les patients sont toujours négativement surpris quand une personne de l'équipe clinique ne porte pas de tenue spécifique propre à son activité professionnelle. Si l'on est conscient que chaque élément de notre aspect renvoie à une signification profonde et à une représentation subjective, il devient alors possible de contrôler ces éléments (tenue vestimentaire, coiffure...). On est dès lors capable d'utiliser ces codes sociaux pour émettre l'image que l'on veut donner, en l'occurrence une image apaisante, et non d'en être victime.

- La tenue vestimentaire :

La blouse, comme tout vêtement conçu pour le personnel médical, fait l'unanimité. Les patients s'attendent en effet à une image qui réponde à leur attente ou à leur angoisse, qui fasse «médical» en quelque sorte. Il est très préjudiciable de s'écarter de cette norme ; cela pourrait s'apparenter à soigner sans gants ou sans masque par exemple. Les blouses qui dégagent les avant-bras avec un décolleté échancré en «V» sont les plus appréciées du public. Leur couleur sera choisie en fonction des représentations suggérées par chaque teinte (que nous avons déjà évoquées).

. Il est important d'avoir une concordance entre les couleurs de la blouse et du pantalon : il ne faut pas porter de tenue civile sous la blouse et laver haut et bas avec la même fréquence. De même, le personnel doit être assorti.

. Il est également important d'avoir un nom sur la blouse, pour le praticien et son assistante, avec un intitulé qui corresponde à la manière dont les patients vont les appeler.

. Les chaussures feront également l'objet d'une attention particulière. On évite ainsi les chaussures de ville, certains cabinets systématisant le port de sur-chaussures pour l'équipe comme pour les patients.

- La présentation générale :

Concernant les mains, elles doivent être propres, les ongles courts, sans vernis (même si les gants peuvent le cacher). Il faut également éviter les bijoux, qui sont porteurs d'un statut social et d'un jugement sur les goûts de la personne qui les porte (confrontés au goût et au statut social des patients).

La coiffure est aussi un élément important. Il faut éviter le plus possible les cheveux longs, ou pire, les trompe-l'oeil qui masquent les calvities précoces. En effet, les yeux de nos patients sont aussi aiguisés que leurs critiques. Attention aussi aux pellicules, qui ont le plus mauvais effet sur l'impression de propreté et d'asepsie du cabinet.

Il faut encore être vigilant sur le maquillage pour les femmes, le rasage pour les hommes et l'hygiène de la peau en général. Les patients ont un point de vue imprenable sur le praticien lorsqu'ils sont au fauteuil et remarquent les points noirs, coupures, boutons ou autres traces de maquillage sur les masques. De même, il faut éviter le parfum, qui a la même connotation sociale que les bijoux. Au contraire, il ne faut pas hésiter sur le déodorant, tant on sait que l'environnement olfactif du patient est important.

Les tatouages, piercings, et autres bracelets de force sont à bannir car encore trop marginalisés : ils sont toujours très mal ressentis par le public.

3. Un peu de psychologie...

a. Histoire de la psychologie en odontologie.

Pendant longtemps (jusqu'avant les années 50), le praticien était sensé avoir un impact psychologique d'autorité sur son patient (50). Ensuite commencera lentement la phase de réflexion sur l'attente du patient, puis sur les qualités humaines requises pour

exercer notre métier. Mais l'intérêt de la profession s'est vu réellement dopé lors des travaux sur l'indolorisation par les moyens psychologiques (ils ont commencé de façon convaincante par l'accouchement sans douleur). On verra naître alors trois tendances:

- Le mouvement sophrologique en odontologie (intérêt pour les méthodes hypnotiques, la relaxation, le training autogène de Schultz, les études de phobie, etc.)
- Le mouvement d'intérêt psychanalytique (on étudie la symbolique de la cavité bucco-dentaire et on explique aux praticiens son retentissement sur la relation avec son patient).
- Les essais caractériologiques.

A ce stade, on assiste à la perte de nos certitudes, on nous explique que l'anxiété du patient est un miroir. Vers les années 1970, la relation praticien-patient est au coeur des études.

Le modèle paternaliste établissait au départ une relation d'un soignant qui devait au patient une protection, lui donnait sa bienfaisance, car il était affaibli par la maladie, la souffrance et restait dans l'ignorance. Le dentiste doit se substituer au malade dans les décisions à prendre, «pour son bien». Aujourd'hui, c'est le modèle autonomiste, où le patient acquiert sa liberté. La morale déontologique veut que le patient ait droit à l'autodétermination et à la liberté de choisir dans une connaissance éclairée par le praticien (42). Ce modèle se renforce chaque jour par la vulgarisation de la médecine en général, par le biais de parutions variées, et surtout par internet. Notre art n'échappe pas à la règle et les patients veulent savoir.

b. Importance de l'empathie : une voie pour la communication.

Dans la vision que nous avons du patient, nous avons précisé qu'il faut tenter de comprendre sa situation, en essayant de se mettre à sa place. C'est le principe de l'empathie que l'on peut globalement définir comme une attitude d'écoute et de disponibilité.

On s'intéressera non seulement à la pathologie du patient mais également à la façon dont la maladie est vécue. Selon une synthèse quelque peu divergente de certains auteurs (Vischer, Lipp, Freud), l'empathie serait «*une attitude cognitive du praticien, consistant à se mettre dans la situation du patient tout en gardant une distance émotionnelle. Ce serait aussi une réaction émotionnelle involontaire, qui dépendrait des programmes biologiques innés réglant les interactions sociales. Elle engloberait enfin une composante cognitive et émotionnelle.*» (42)

Cosnier désigne par l'empathie : «*la capacité à se mettre à la place d'autrui et à percevoir ses affects, à partager ses représentations, à partager ses actions et réactions.*» (42)

En pratique, si le chirurgien-dentiste parvient à distinguer les émotions du patient et ses propres sentiments, il ne saura que mieux les gérer. L'empathie apporte au patient une satisfaction comblant ses attentes d'un point de vue moral.

Une relation empathique entre les deux partenaires dans la relation de soin :

- diminue le sentiment d'isolement du patient
- augmente sa satisfaction, ainsi que celle du praticien

On dénote une chronologie d'étapes dans la relation empathique (42) :

- reconnaître les moments d'émotion ; leurs expressions diffèrent, rarement verbalisées, fréquemment minimisées ou retenues
- demander au patient ce qui se passe, ce qui permet de passer de la dimension émotionnelle à la dimension cognitive
- nommer l'émotion
- la légitimer revient à manifester sa compréhension, c'est un moment de rencontre
- respecter les efforts du patients pour faire face
- offrir aide et soutien pour le futur.

Une étude de Dailey en 2002 (35) a montré que les questionnaires de mesure de l'anxiété ont une action bénéfique sur l'anxiété des patients. L'hypothèse était : «*informer son chirurgien-dentiste sur l'anxiété des patients avant de commencer le traitement, réduit l'état anxieux des patients*». Les sujets sont répartis en deux groupes :

un groupe d'intervention (le praticien est informé de l'état anxieux du patient) et un groupe de contrôle (il n'est pas informé). Le groupe d'intervention montre une plus grande réduction que le groupe témoin. C'est une forme de prévention de l'anxiété.

c. La relation doit être interactive.

Les soins d'un patient ne peuvent se résumer à une situation d'un soignant dominant sur un soigné dominé. Il doit y avoir participation active du patient.

On ne doit pas s'intéresser plus à la maladie qu'au malade. C'est un excès de paternalisme. Cependant, certains patients ne veulent aucune information, et laissent les choix entièrement au praticien.

Que la relation établie avec le patient soit une relation d'aide, une relation pédagogique, elle met en contact deux personnes parfois de culture, de nationalité, de classes sociales différentes. Pour que la confiance s'installe, le thérapeute doit savoir donner présence, écoute et empathie.

Plutôt que de s'isoler «dans la dent» du patient, en mettant une distance entre eux, le praticien doit instaurer une réciprocité cordiale, en approfondissant son écoute pour le patient. Ainsi seulement arrivera-t-il à augmenter l'intérêt du patient pour son «organe masticatoire» (50).

Nous devons briser cette sensation de non contrôle de la situation que le patient ressent en lui proposant par un geste convenu à l'avance, de décider de l'arrêt des opérations lui-même, s'il en ressent le besoin. Le patient doit pouvoir arrêter le traitement en cours d'un geste de la main convenu avec son praticien avant le début des soins et ses plaintes et signes de douleurs doivent être pris en compte.

Dans la communication, laisser le patient s'exprimer est primordial. Après avoir annoncé une mauvaise nouvelle, il faut laisser le patient s'exprimer, car il ne peut plus absorber d'autres informations. On doit aussi accepter que le patient exprime son point de vue et que celui-ci soit différent du notre.

d. Explication des actes en cours : participation et coopération du patient.

Safar insiste sur le fait que l'une des façons de désacraliser nos actes en même temps que d'impliquer le patient pour diminuer son stress est de lui expliquer (52). Face à face, on pourra en fonction du patient se servir du miroir mais aussi de schémas, de la radiographie panoramique voire des moulages, l'objectif essentiel étant «que le patient prenne sa part de responsabilités dans la décision». Ainsi est-il impératif de «développer sa compréhension». Ce sera le seul moyen d'obtenir son engagement dans le plan de traitement proposé. Il faudra autant que possible le responsabiliser, sans le culpabiliser, ce qui commence par une mise en application des techniques d'hygiène que nous pouvons lui enseigner.

Ces explications ont l'avantage de nous contraindre à «ordonner notre analyse clinique» et «à justifier nos choix thérapeutiques». Par conséquent, nous avons ainsi plus d'assurance vis-à-vis de notre patient et nous lui montrons que nous «personnalisons ainsi l'effort intellectuel que nous fournissons». Nous lui montrons que nous avons *écouté sa demande* et réfléchit en ce sens pour juger son cas personnel.

Selon Ruel-Kellermann, «l'explication descriptive de l'acte réduira l'attente anxieuse du patient, et réduira d'autant la prescription de prémédications» (49). Elle propose que nous invitions le patient à une participation et une coopération. La relation praticien-patient est au départ calqué sur le modèle de la relation parent-enfant, comme nous l'avons compris précédemment. L'habileté du praticien à responsabiliser le patient va permettre d'évoluer vers une relation d'adulte à adulte. Nous ne devons être «ni maître, ni serviteur», ce qui évitera un rapport de force. On peut briser l'autonomie d'un patient quand on prend une décision importante (dévitalisation, extraction) sans demander au patient son avis.

Un patient stressé voit son seuil de sensibilité à la douleur abaissé. La solution préventive de ce stress consiste à décrire au fur et à mesure ce qu'il va ressentir, et ce, avec une terminologie non anxiogène. Une attitude calme et sûre de soi accompagne cette démarche. On peut expliquer la différence entre sensation et douleur, anticiper les interrogations en expliquant le durcissement et les fourmillements ressentis pendant la prise de l'anesthésie, prévenir que les bruits liés à la mobilisation de la dent lors d'une

extraction sont normaux, dire que l'importance qu'ils ont n'est pas du fait de la violence de l'acte, mais plutôt de la proximité et de la continuité osseuse avec les os du crâne.

Cependant, «le praticien est seul à établir son diagnostic, à élaborer des projets thérapeutiques directement liés à ses connaissances, à ses techniques, mais aussi à des mobiles personnels qui font partie de son éthique professionnelle» (49). Si on penche vers un excès d'autonomie du patient, il y a risque de déresponsabilisation du praticien. Il reste le chirurgien-dentiste, celui qui est le plus informé.

C)Troisième temps : les solutions thérapeutiques proposées par le praticien pour répondre efficacement aux besoins des patients phobiques.

Nous allons dans cette troisième partie décrire les techniques mises à la disposition du patient, au cabinet dentaire et en milieu hospitalier, ainsi que les techniques dites alternatives permettant une amélioration de la prise en charge de l'anxiété au cabinet dentaire.

1. Prémédication sédatrice.

a) Définition, objectifs.

La prémédication sédatrice a pour principes, par administration préopératoire de médicaments, de calmer l'anxiété du patient, de prévenir la douleur à l'injection locale, et de diminuer les doses de médicaments anesthésiques.

Une prémédication sédatrice peut être bénéfique aussi bien pour le malade que pour le praticien. Chez certains patients, elle est devenue indispensable, pour lui assurer un état de sédation supprimant anxiété et réflexes dangereux.

En cas d'intervention sous anesthésie générale, le médecin anesthésiste dispose d'un éventail de produits qui sont utilisés seuls ou en association, selon le patient, la durée et le type d'intervention. La prémédication en anesthésie générale vise à obtenir un effet anxiolytique et une amnésie des préparatifs de l'anesthésie générale.

En cas d'anesthésie locale, le choix des produits est plus limité pour réduire les effets secondaires et pour permettre le retour du patient à son domicile. Dans tous les cas, le patient ne doit pas conduire après le soin et la prise de médicaments.

Malgré les avantages qu'elle peut proposer, la prémédication sédatrice ne doit pas être considérée comme un remède miracle permettant de soigner tous les patients anxieux. La qualité de l'environnement du malade au moment de la consultation, les paroles rassurantes et un comportement serein constituent des facteurs au moins aussi importants que le choix de la prémédication. De plus, il ne faut pas négliger

l'anesthésie. Par exemple, la sédation au midazolam n'a pas d'effet analgésique.

b) Objectifs.

La prémédication a pour but l'obtention d'un patient serein, reposé et coopérant pour minimiser les impondérables de l'analgésie et des actes.

L'action de la prémédication sera de calmer le malade avant l'intervention, ce qui aura pour conséquence de diminuer la quantité d'analgésique à injecter (par une diminution du métabolisme basal et une élévation du seuil de perception douloureuse), et de limiter des phénomènes et manifestations physiques consécutives à l'angoisse pouvant se révéler gênants pendant l'acte opératoire (par exemple l'hypersalivation). De même les réflexes nauséux pourront être réduits. Souvent, si un stress majeur est dépisté avant les soins, un malaise à tendance lipothymique pourra être évité par la suite.

En plus de l'action de sédation psychique requise, le produit «idéal» doit avoir un délai d'action bref, une durée d'action adaptée à la longueur de l'acte et peu d'effets secondaires.

On commencera les soins uniquement lorsqu'on constate que le patient est détendu.

c) Indications.

On en usera donc:

- chez les patients anxieux et gênés par leur angoisse ;
- les patients difficiles à soigner ;
- lors d'interventions longues et désagréables.

Nous devons donc cerner les patients chez qui le stress est tel qu'il peut entraîner une réaction pathologique. Ainsi un examen psychologique du patient permet, via le débit de parole, l'agitation corporelle, le rythme de la respiration, de deviner s'il est sujet à un stress important qui nous empêcherait de travailler dans des conditions correctes. On l'observe donc parallèlement à l'interrogatoire médical.

Une prémédication médicamenteuse n'est efficace que si elle est accompagnée

d'une préparation psychologique.

De manière générale, les avantages de l'absorption orale sont qu'il s'agit de la voie la plus facile, la plus économique et qu'elle évite une injection, acte relativement redouté.

Cependant, deux paramètres sont difficiles à contrôler : le dosage en fonction des patients et le contrôle d'absorption.

En Suède, la benzodiazépine de choix est le midazolam et son administration est surtout faite par voie rectale et orale, pour un bon niveau de sécurité, en évitant le risque de sursédation. Le pic plasmatique est obtenu 25 minutes après la prise orale, 10 minutes après l'administration intrarectale. Il faut faire faire respecter un jeûne préalable. Les effets disparaissent au bout de 45 minutes. Cependant, il y a toujours une variabilité des réponses au produit. Elle entraîne une amnésie rétrograde.

d) Inconvénients.

Les sédatifs sont tous dépresseurs du système nerveux central, à divers degrés. Ils risquent:

- d'aggraver des affections déjà existantes ;
- de potentialiser l'effet d'autres médicaments (interactions médicamenteuses) ;
- de gêner certains actes de la vie courante.

Nous devons donc rester prudents lors de leur prescription.

On s'informerait toujours des médications existantes du patient avant de prescrire un sédatif. De plus, en prémédication sédatrice, l'emploi d'une seule molécule est unanimement conseillé. Il convient également de cibler les patients à qui prescrire cette médication, et de s'assurer qu'ils sont accompagnés après le soin.

2. L'anesthésie : un acte fondamental.

Même si la douleur a son rôle physiologique de protection de l'organisme, en chirurgie dentaire elle n'a plus sa raison d'être, elle doit être supprimée totalement.

La douleur induite par les soins dentaires est un facteur important dans le développement des états anxieux ou phobiques liés aux soins dentaires, particulièrement si elle est vécue sous la contrainte. Il est donc primordial dans notre lutte contre les phobies dentaires, de la supprimer au maximum.

ANALGESIE: C'est l'abolition de la sensation douloureuse. L'analgésie est le résultat de la suppression des messages chargés de l'information «douleur», au moment de leur émission, ou au moment de leur décodage.

ANESTHESIE: Abolition de toutes les sensations (douloureuse, tactile, thermique et chimique), avec ou non abolition de la conscience.

Echelle de contrôle de la douleur et de l'anxiété selon Malamed (57):

- pas d'anesthésie
 - hypnose
 - anesthésie locale
 - prémédication orale
 - sédation I.M
 - sédation = inhalation (MEOPA)
 - sédation en I.V

 - anesthésie générale en I.V
 - inhalation (halotane), intubation trachéale
- CONSCIENCE
- PERTE DE
CONSCIENCE

a) L'anesthésie locale.

. Définitions – Principes :

La première substance à usage anesthésique local fut la cocaïne : elle fut présentée à un congrès en 1884 par Carl Koller.

Comme nous l'avons déjà bien remarqué, la douleur est au sein de toutes les tensions qui peuvent exister entre le patient et son soignant.

Mais la majorité des cas pris en charge peut être traitée sous anesthésie locale seule de façon satisfaisante, si nous appliquons les notions de psychologie du patient que nous avons vues dans la relation praticien – patient.

L'avantage principal des anesthésiques locaux réside dans le fait que les effets systémiques sont nettement moins importants que ceux des anesthésiques généraux. On ne perturbe pas ou très peu certaines fonctions physiologiques.

L'anesthésie est la suppression de la sensation douloureuse, mais aussi de la sensibilité thermique, tactile et de la motricité. Elle se fait par une injection de produit suffisamment concentré au voisinage du nerf en rapport avec le territoire à anesthésier. Le site d'injection peut être soit au voisinage du tronc nerveux principal (anesthésie tronculaire) soit au voisinage des ramifications du nerf dans la zone concernée.

Selon Merret, un anesthésique local est «une substance qui, mise en contact avec des fibres nerveuses (origine, trajet ou terminaison) réalise leur insensibilisation de façon temporaire et réversible en bloquant la conduction de l'influx nerveux» (57).

L'analgésie pour un soin dentaire est devenu un acte banal, au point que l'examen médical préalable peut être oublié : le questionnaire médical reste essentiel à remplir dans un entretien préalable avant toute injection (34).

L'intérêt de ce sujet n'est en aucun cas d'étudier les propriétés pharmacologiques des anesthésiques locaux. On retiendra qu'il existe deux classes d'anesthésiques locaux : les amino-esters et les amino-amides.

. Effets indésirables :

-Accidents allergiques :

On peut observer des accidents allergiques, principalement dus à la famille des esters, occasionnellement aux conservateurs utilisés (bisulfites, parabens), ou encore à un vasoconstricteur.

-Toxicité :

Les accidents toxiques sont dus à un surdosage. Ils proviennent de l'administration d'une dose trop élevée ou d'un passage erroné dans la circulation sanguine.

Ils se traduisent par :

- des signes subjectifs : paresthésie, céphalées, malaise général, nausées, pâleur ;
- des troubles cardio-vasculaires : ce sont en général une chute de pression artérielle pouvant aller jusqu'au collapsus, des troubles du rythme cardiaque, voire même un arrêt cardiaque ;
- des troubles neurologiques : des convulsions localisées puis généralisées avec, très exceptionnellement, un arrêt respiratoire. Ces convulsions sont habituellement traitées par l'administration d'une benzodiazépine injectable.
- Enfin le risque de l'association avec un vasoconstricteur est la nécrose par ischémie.

Il convient de réduire de moitié les posologies chez la personne âgée, chez qui la demi-vie pour les anesthésiques locaux est augmentée.

Chez la femme enceinte, le risque de foetotoxicité est lié au potentiel passage des molécules anesthésiques au travers de la barrière placentaire.

L'utilisation de molécules de haut poids moléculaire avec un pouvoir de liaison aux protéines élevé permet de réduire considérablement ledit risque. A ce titre, l'articaine paraît être la molécule de choix chez la femme enceinte. Il est à noter, qu'à ce jour, aucun cas de foetotoxicité lié aux anesthésiques locaux n'a pu être rapporté.

b) L'anesthésie générale.

Parmi les alternatives proposées aux patients, l'anesthésie générale reste une solution à part, qui nécessite une mise en oeuvre en milieu hospitalier et qui souvent découle d'une mise en échec des soins au cabinet. Nous resterons donc assez succinct sur cette méthode : il n'est pas dans notre intention de décrire en détails le déroulement et les mécanismes physiologiques ou pharmacologiques liés à ce type d'anesthésie, mais de comprendre l'intérêt qu'elle peut apporter aux patients anxieux.

. Définition :

L'anesthésie générale à ses débuts était liée à l'art dentaire. Le premier homme à réaliser une anesthésie générale, le docteur Wells, était dentiste. Il découvrit les vertus analgésiantes du protoxyde d'azote qu'il utilisa pour les extractions dentaires.

Ce fut ensuite Morton, lui aussi dentiste, qui utilisa le pouvoir anesthésiant de l'éther pour la même indication. Quant au premier acte chirurgical proprement dit, effectué par Morton lui-même sous anesthésie générale, il a consisté en l'excision d'une tumeur bénigne du plancher buccal (26).

L'anesthésie générale est «un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié».

L'anesthésie générale se définit aussi comme «la suppression réglable et réversible de la conscience, de la sensibilité et de la motricité».

Selon S.Milam, c'est «*un état réversible, induit par des drogues, de dépression du système nerveux central d'où résulte l'inconscience et la perte de toutes sensations. Elle est fréquemment associée à l'incapacité de la maintenance des réflexes protecteurs de voies respiratoires libres et à une dépression respiratoire importante*»(45).

C'est aussi une «anesthésie visant à obtenir une narcose, l'agent anesthésique étant introduit par voie veineuse, par inhalation ou par voie rectale».

. Objectifs :

En somme, l'utilisation de drogues médicamenteuses agissant à divers niveaux du système nerveux central permet :

- l'*inconscience*, apportée par les hypnotiques ;
- la *relaxation musculaire*, apportée par les curares ;
- l'*analgésie* ;
- le contrôle des réactions au stress, ou *protection*

Les deux derniers points étant possibles grâce aux analgésiques, aux neuroleptiques ou aux benzodiazépines.

On peut la considérer comme une intervention pharmacologique qui prévient les effets adverses de la chirurgie, en procurant analgésie, perte de conscience et suppression des réponses neurohormonales au stress.

Selon l'ANAES, dans la mesure du possible l'anesthésie locale doit être privilégiée. Le rapport bénéfice-risque de l'anesthésie générale doit être évalué avant d'en poser l'indication. Une consultation de pré-anesthésie, l'information du patient (ou du représentant légal) et l'obtention de son consentement éclairé sont des obligations légales. Un courrier du praticien précisant son indication est hautement recommandé.

. Avantages et inconvénients pour le patient :

Avantages:

- perte de conscience totale ;
- sécurité liée à l'anesthésie générale (intubation permettant la ventilation assistée) ;
- absence de douleurs, absence de souvenirs des actes ;
- gain de temps (actes pour lesquels il aurait fallu plusieurs séances au cabinet réunis en une fois).

Inconvénients:

- engagement du pronostic vital (800 morts par an)
- l'hospitalisation se fait la veille : perte de temps ;
- examens préopératoires complets et longs ;
- frais d'hospitalisation élevés.

Malgré tout, le risque de l'anesthésie générale est souvent disproportionné par rapport à l'intervention.

3. La sédation consciente.

a) Définition.

Les définitions de sédation consciente, ou sédation à l'état vigile, ou encore d'anesthésie vigile sont complexes et variées dans la littérature. Elles s'inspirent néanmoins toutes de la première définition donnée par le docteur John Wylie en 1978 (41).

Les voies d'administration sont la voie par inhalation, l'administration orale (la moins utilisée, car la moins fiable quant aux résultats, aux effets et à la durée d'action) et enfin la sédation intraveineuse.

La sédation n'abolit pas forcément la douleur. Selon le dictionnaire Le Robert, c'est «un état d'apaisement produit par un sédatif». Selon Bourin, c'est une étape intermédiaire entre la veille et le sommeil (27).

Selon l'ANAES, la sédation est «l'ensemble des moyens médicamenteux, ou non, destinés à assurer le confort physique et psychique du patient et à faciliter les techniques de soins» (25). C'est une définition vaste.

La **sédation** est une «diminution de la douleur et de l'anxiété, sans perte de conscience, ni baisse de la vigilance».

La **conscience** est définie comme (41) : «état nerveux de vigilance et de réceptivité aux signaux provenant de l'environnement interne et externe, qui fonde la pensée, les comportements et l'identité d'un individu».

Pour Bennett (41), un patient est dit **conscient** s'il est capable de répondre rationnellement aux ordres qui lui sont donnés et s'il conserve ses réflexes protecteurs

intacts, incluant la capacité de dégager ses voies aériennes et de les maintenir libres.

La sédation consciente est un état induit par les drogues (à différencier de l'hypnose et de la suggestion) dans lequel la conscience du patient est rendue **libre de toute dépendance à la peur, à l'anxiété et à l'appréhension**, alors qu'il est agréablement relaxé. La sédation consciente n'est pas une méthode de contrôle de la douleur, c'est pourquoi Bennett a pu écrire : «la clé du succès en sédation consciente est dans la réussite de l'anesthésie locale ou loco-régionale». Elle se définit comme une technique procurant :

- un niveau de conscience abaissé,
- une élévation notable du seuil douloureux,
- un état de désintéressement ataraxique.

Tout cela en maintenant le sujet en état d'avoir une respiration indépendante et continue, de répondre de façon appropriée et dose-dépendante aux stimulations physiques et aux ordres verbaux.

Donc deux points sont d'une importance majeure et nous les retrouvons dans la plupart des définitions : le maintien d'un état de conscience et la notion de sécurité, par conservation des voies aériennes libres.

Pour le ministère néerlandais de la Santé Publique, la sédation consciente «induit une dépression réversible et contrôlable de certaines fonctions du système nerveux central, sans perte de conscience, avec maintien des possibilités de communication verbale et/ou non verbale, et avec persistance suffisante des réflexes vitaux d'autoprotection».

Elle apporte une alternative à l'absence de soins ou à l'anesthésie générale pour les patients peu coopérants.

La sédation se limite à «l'ensemble des techniques non pharmacologiques et pharmacologiques susceptibles de réduire la vigilance du patient tout en conservant ses possibilités de réactions verbales et posturales et ses réflexes de protection des voies aériennes supérieures» (29).

Cependant, nous pouvons avec Lassauzay, admettre que la sédation en soins dentaires regroupe non seulement des interventions d'ordre pharmacologique, mais aussi **psychologique** et **psychosocial**. L'aide psychocomportementale a autant d'importance que l'action des psychotropes. On modifie les conséquences **physiologiques, cognitives et comportementales de l'anxiété**. La définition de la sédation ne se rapporte pas à une technique particulière ni à une molécule précise, mais à un état physiologique du patient. De surcroît, la nature et l'importance de la sédation dépendront des facteurs et du niveau de stress spécifiques du patient, ainsi que de la nature des soins à réaliser : on ne fera pas la même sédation pour un détartrage que pour des extractions (47).

Les 6 niveaux de réponse de l'échelle de Ramsay (41) :

Niveau	<i>Réponses</i>
1	Anxieux et agité
2	Coopérant, orienté et calme
3	Répond seulement aux ordres
4	Endormi mais réponse nette à la percussion de la gabelle ou à un bruit intense
5	Endormi avec réponse faible aux même stimuli
6	Pas de réponses aux stimuli nociceptifs

Un patient sous sédation consciente est placé niveau 2 voire 3 sur l'échelle de Ramsay. Les constantes cliniques sont normales (pouls, coloration de la peau, respiration), les yeux sont ouverts, le regard calme, les muscles détendus.

Selon une étude américaine, les patients déclarent qu'ils seraient plus volontaires pour les soins dentaires si la sédation consciente était plus largement distribuée (47).

b) Objectifs de la sédation vigile.

On peut résumer les objectifs de la sédation consciente ainsi :

- **modifier l'état psychique du patient** : objectif primordial, le patient plonge dans un état d'indifférence par rapport au milieu qui l'entoure, il accepte alors plus facilement une intervention qui l'effrayait avant : on cherche à éliminer la peur ;

- **le patient doit pouvoir rester coopératif** : il doit pouvoir répondre à nos ordres et coopérer ;
- **maintien des réflexes protecteurs** : il doit savoir maintenir ses voies aériennes libres, les débarrasser de toute sécrétion et saignement, sa langue doit rester tonique et ne pas obstruer l'orifice pharyngé, ses réflexes respiratoires actifs empêchant le patient de devenir hypoxique ;
- **stabilité des fonctions vitales** : ventilatoire, cardiaque, neurologique. Leur autonomie est conservée ;
- **un certain degré d'amnésie** : selon les produits et les doses utilisées, il est possible d'obtenir une amnésie, ce qui n'est pas forcément bénéfique à long terme pour la phobie du patient ;

De nombreuses procédures sont vécues chez un patient vigile comme douloureuses ou anxiogènes. La sédation doit être ponctuelle dans le temps et son intensité adaptée en fonction du geste réalisé. Il est donc nécessaire d'évaluer précisément les besoins, de prendre en compte le délai d'action des agents utilisés et leurs effets secondaires et de contrôler l'efficacité des traitements.

c) Techniques et matériels.

Le matériel utilisé autorise une administration adaptable aux besoins du patient (titration), limitée au maximum à 50 % de protoxyde d'azote et permet en outre une réduction efficace de la pollution de l'environnement opératoire par le protoxyde d'azote. Les sources de gaz sont composées d'une bouteille de mélange protoxyde d'azote (50%) – oxygène (50 %) (MEOPA) et d'une bouteille d'oxygène pur.

Ces bouteilles sont reliées à un débitmètre-mélangeur de protoxyde d'azote et d'oxygène qui permet une titration de 0 à 50 % de protoxyde d'azote au maximum. Des alarmes visuelle ou sonore ainsi que l'usage d'une source de N²O déjà dosée à 50% (MEOPA), assurent l'administration d'une concentration d'oxygène jamais inférieure à 50 %.

Le mélange est administré en continue grâce à un masque nasal adapté à la morphologie du patient, relié à un système de récupération et d'évacuation active des

gaz expirés (aspiration chirurgicale).

La salle de soins comporte une ouverture d'aération vers l'extérieur ou un système de ventilation actif d'air non recyclé.

d) Protocole.

Le protocole d'administration est relativement simple :

1 – mise en place du masque et administration d'oxygène pur à raison de 5 litres / minute,

2 – ajustement du débit,

3 – administration du protoxyde d'azote réglé sur le débitmètre- mélangeur à 20%,

4 – augmentation du pourcentage du protoxyde de 10 % toutes les minutes jusqu'à ce que le niveau idéal de sédation clinique soit atteint,

5 – réalisation de l'acte sous administration continue du mélange dont les paramètres (débit, concentration) ont été précédemment ajustés,

6 – à la fin de l'acte : arrêt de l'administration du protoxyde et administration d'oxygène pur durant 3 à 5 minutes au minimum ou plus si les signes et symptômes cliniques de la sédation persistent,

7 – arrêt complet de l'administration et évaluation du patient,

8 – libération du patient sans escorte.

Ce protocole permet d'obtenir un niveau de sédation adapté à chaque patient par ajustement du taux de protoxyde d'azote dans le mélange administré.

Grâce au débitmètre-mélangeur il est possible à chaque instant de diminuer ou d'augmenter dans la limite de 50 % le taux de protoxyde administré ; l'effet sur le patient est quasi instantané.

L'administration se fait en continue grâce à un masque nasal qui laisse libre l'accès à la bouche pour les soins

Une attention particulière est portée au contrôle de la pollution de l'environnement par le protoxyde d'azote.

4. Importance de la prise en charge psychologique.

Avant de continuer à s'intéresser aux différentes manières d'améliorer la prise en charge des patients phobiques au cabinet, il est important de préciser avec quelle prudence il faut aborder les solutions médicamenteuses développées jusqu'ici. Si ces techniques apportent un confort et permettent de soigner les patients phobiques, les enfants et les personnes handicapées, la seule véritable façon de diminuer la peur elle-même des soins dentaires, est une **préparation psychologique et une relation basée sur la communication.**

P. Johren et coll. ont comparé à cette fin trois groupes : l'un choisit de se faire soigner les dents sous midazolam, l'autre groupe choisit une préparation psychologique avant les soins, et le troisième est le groupe témoin. Ils observent la diminution à court moyen terme de la peur des soins dentaires chez les patients phobiques. Le niveau de cette peur est mesuré grâce à la Corah Dental Anxiety Scale (38).

Avant les soins, les deux premiers groupes voient leur niveau d'anxiété chuter significativement par rapport au groupe témoin. Les soins sous sédation et les préparations psychologiques paraissent donc efficaces.

A deux mois, le groupe traité sous Midazolam voit le degré de peur revenir à son initial, tandis que le groupe «traité psychologiquement» montre une amélioration de cette anxiété. A moyen terme, au bout de un an, la compliance et la réduction de cette peur ne persistent que chez le groupe traité par la psychologie.

5. Une approche différente : les techniques basées sur la relaxation physiologique.

Nous allons dans cette dernière partie nous intéresser à une approche médicale alternative, qui se veut être complémentaire de la prise en charge médicamenteuse classique et qui dans les cas de patients anxieux peut améliorer grandement la réussite de nos projets thérapeutiques. Nous allons nous intéresser précisément à deux méthodes : l'hypnose et la musicothérapie.

a) L'hypnose.

. Historique :

Sa pratique remonte à la nuit des temps. En Grèce et en Egypte, des prêtres plongeaient les malades dans le sommeil pour les soigner, dans des lieux qu'ils appelaient «les temples du sommeil». Dans le sanctuaire d'Aesclepios, existait un hôpital où étaient soignés les malades pendant quarante jours. Le traitement était multiple : outre les bains thermaux, on allongeait les malades dans une sorte de rotonde, où pendant leur sommeil des prêtres médecins leur murmuraient par des trous placés juste derrière leur tête dans les murs, des suggestions de guérison.

On s'y intéresse de façon plus scientifique au milieu du XVIIIe siècle, avec le Docteur Mesmer, mais celui-ci attribue la guérison au magnétisme d'un fluide animal qui circulerait dans chacun. Le magnétisme est étudié par de nombreux scientifiques et des expériences sont réalisées : en 1819, Martorell, dentiste parisien, aurait effectué la première extraction dentaire sans douleur sur un sujet magnétisé (58).

Le terme «hypnose» apparaît vers 1841 – 1842 en France grâce au médecin écossais J. Braid (58). Il s'intéresse au mesmérisme et comprend que les phénomènes décrits sont dus à la suggestion et non au prétendu fluide magnétique. Il définit alors *l'hypnotism*, du grec *hypnos*, sommeil. Pour lui, «l'hypnose est un état spécifique du système nerveux provoqué par des moyens artificiels et à des fins curatives grâce à la

suggestion verbale : c'est un savoir et non un pouvoir quelconque». Il introduit la technique de fixation d'objets brillants et réalise de nombreuses interventions chirurgicales sous analgésie hypnotique (58).

Pour A. Liebault, «la suggestion est la clé du braidisme», suggestion qu'il applique systématiquement en thérapeutique. Ensuite, Bernheim, qui étudie l'hypnose dans les années 1880 à 1890, déclarera : «Liebault endort par la parole et guérit par la parole». Le sommeil provoqué par la suggestion est nécessaire pour accroître la suggestibilité du sujet et permettre l'hypnose. Pour lui, le sommeil n'est pas nécessaire : *«les phénomènes de suggestion ne sont pas fonction d'un état magnétique (Mesmer), ni d'un état hypnotique (Braid), ni d'un sommeil provoqué (Liebault), ils sont fonction d'une propriété physiologique du cerveau qui peut être actionnée à l'état de veille : la suggestibilité.»* (58)

C'est lui qui impose l'idée que l'hypnose ne s'applique pas que sur des gens dans un état hystérique, mais également sur des gens non prédisposés dits «normaux».

Au milieu du XIXe siècle, l'hypnose prend son essor. De nombreux médecins s'en servent, y compris des chirurgiens-dentistes. Son application principale est l'**hypno-analgésie**. On trouve alors des exemples de soins ou d'extraction sous hypno-analgésie pure, c'est-à-dire sans utilisation d'anesthésie chimique, celle-ci n'étant qu'à ses débuts.

En 1927, l'emploi de l'hypnose est enseigné aux Etats-Unis au Minnesota, en odontologie (54).

Pendant la seconde guerre mondiale, l'hypnose est employée pour l'anesthésie lors des soins de la zone orofaciale, chez les patients blessés de guerre. En 1948 est créée la Société Américaine pour l'Avancement de l'Hypnodontie. En 1958, l'Association Médicale Américaine reconnaît cette méthode comme une technique thérapeutique en médecine et en odontologie, et recommande d'inclure cette science dans les cursus de études en médecine.

Aujourd'hui elle est enseignée dans la plupart des pays anglophones, en formation initiale.

. Définition :

L'hypnose est un terme encore trop associé à des dons paranormaux, ou encore à la magie. C'est un moyen de communication utilisant les capacités naturelles du patients à entrer en transe afin de modifier son comportement inconscient.

Varma définit l'hypnose comme «un état psychologique normal, un état modifié de conscience induit par le conditionnement et l'emploi habile de suggestions qui diminuent le raisonnement et les inhibitions du sujet tout en augmentant sa capacité de se relaxer et sa suggestibilité» (51). C'est un état *psychologique* car les suggestions sont acceptées par l'inconscient et *physiologique* car il y a une baisse du métabolisme : les muscles du corps sont relaxés ; la respiration ralentie, la consommation d'oxygène diminue, le rythme cardiaque se ralentit. C'est un état intermédiaire entre la veille et le sommeil. Chacun passe par un état d'hypnose lorsqu'il s'endort.

On peut faire l'expérience de différentes profondeurs d'hypnose. La capacité de raisonner et le contact avec la réalité sont maintenus. On peut dire que l'hypnose est un état de détente et de concentration de l'esprit permettant une communication privilégiée entre le praticien et son sujet, qui n'est pas gêné par les stimuli extérieurs.

On admet aujourd'hui que l'état d'hypnose est un état de *transe hypnotique avec modification de l'activité cérébrale*. L'attention est focalisée, certes de manière moins globale mais plus intensément. On peut plus facilement le comparer à l'état de concentration induit par la lecture d'un bon livre ou lors du visionnement d'un film captivant. Le PET-SCAN a montré qu'il y avait une activation des parties du cerveau différentes de celles généralement utilisées. Ce ne sont pas les ondes trouvées lors du sommeil. Les sujets sont plus réceptifs aux suggestions pouvant modifier le système nerveux autonome. Il y a également augmentation de la créativité (55).

Principes :

La base en est la **suggestion**. On a une induction qui permet d'arriver à un état hypnoïde ; trois éléments peuvent provoquer cette induction :

- La *fixité* : les premiers hypnotiseurs employaient un objet brillant placé à trente centimètres devant les yeux, le patient devait le fixer.
- La *lourdeur* : le passage à l'état hypnoïde se traduit essentiellement par une sensation de pesanteur et de chaleur diffuse.
- La *suggestion verbale* : c'est le *terpnos logos*, voix d'un registre lent, basse monocorde, insinuante et fatigante.

Ensuite quand le patient est relaxé et en état hypnotique, on emploie les suggestions, par exemple pour renforcer le calme, ou pour contrôler la salivation et le saignement. On peut également recourir à des **suggestions post-hypnotiques**, pour gérer les problèmes vécus par le patient à l'extérieur du cabinet.

L'utilisation de l'hypnose peut se faire de même en **préopératoire** : on donne au patient des enregistrements comportant des suggestions pour une relaxation hypnotique, ainsi que des suggestions post-hypnotiques pour la cicatrisation, la guérison, les contrôles des stress. On a constaté dans certaines études une nette diminution de l'anxiété avant intervention et une moindre consommation d'antalgiques après intervention (55).

Un avantage majeur de l'hypnose est qu'elle n'occasionne **pas d'effets secondaires**. Pour atteindre un état d'hypnose, la collaboration active du patient est indispensable. On sollicite sa capacité créative, et son pouvoir d'imagination. Certaines personnes ont une imagination moins développée, et ont plus de mal à se laisser aller.

L'**hypno-analyse** sert à trouver l'origine d'un problème. Elle permet de traiter les facteurs psychologiques et inconscients responsables de ces troubles : on pourra comprendre les causes d'une situation comme le bruxisme ou certains désordres temporomandibulaires. Les causes souvent retrouvées sont : stress, colère refoulée, obligation de subir une situation désagréable du présent que la personne ne peut modifier.

L'**autohypnose** enseignée au patient aide à obtenir une coopération plus facilement et plus rapidement.

Peretz et coll. ont analysé chez un groupe d'enfants leur **capacité d'imagination hypnotique** lors d'une anesthésie locale. Les chercheurs ont demandé à chaque enfant, lors de la première injection, d'évoquer un lieu ou une image agréable et de s'y concentrer lors de l'intervention. Cela était assez évident pour la majorité des enfants. Cependant, ces auteurs mettaient en garde contre le risque de «remarques accidentelles». Elles peuvent avoir un effet négatif sur le déroulement de la thérapie, car elles peuvent être captées par le patient. Le terme «douleur» est ainsi banni de la communication car il focalise l'attention du patient sur le mal (55).

Détente globale avec attention orientée vers un monde intérieur

- respiration calme, décontraction musculaire, vertige, déglutition, visage tendu
- REM (Rapid Eye Movement), mouvements oculaires rapides, sous les paupières fermées, clignement des paupières
- Concentration orientée vers l'intérieur, attention moindre pour les stimuli externes
- Passivité, laisser les choses se passer
- Somnambulisme, ou somnolence en cas d'hypnose profonde.

Effets sur la douleur

- anesthésie, analgésie
- modifications sensorielles : sensation de chaleur, de froid

Effets sur la perception

- hallucinations (positives ou négatives)
- modifications sensorielles (goût, odeur)
- distorsion temporelle
- dissociation

Effets sur la motricité

- mouvements idéomoteurs (contractions musculaires involontaires)
- catalepsie ou fixation dans une posture déterminée

Effets sur la mémoire

- amnésie
- hypermnésie
- régression en âge

Effets sur le saignement

Suggestibilité augmentée

Phénomènes hypnotiques selon Benson (51)

Alors que le patient anxieux est centré sur sa peur dans une sorte de transe négative, le praticien va essayer de renverser ce phénomène en le guidant vers une détente hypnotique :

- C'est une expérience de *détente* vécue comme agréable. On est plus occupé avec son monde intérieur qu'avec les stimuli du monde extérieur. On observe une diminution de l'activité du système nerveux sympathique ou volontaire, ainsi qu'une moindre libération d'adrénaline. On entend toujours des sons, mais ceux-ci semblent lointains, moins dérangeants. On observe des mouvements oculaires horizontaux et rapides sous les paupières, la déglutition devient parfois spontanée.
- Grâce à la décontraction générale, on obtient une diminution des sensations douloureuses ; c'est une induction qui amène à une grande décontraction et les premières suggestions amènent aussi des modifications sensorielles (chaleur, froid), qui agissent tel un masque contre la douleur : une dose beaucoup plus faible d'anesthésiques sera nécessaire.
- Les perceptions sont changées : un patient arrivant dans un état d'hypnose négative a une sensibilité accrue au stress et sa réponse au stress est généralement plus marquée. L'hypnose lui permettra d'exclure de son champ de perceptions conscientes tout ce qui l'entoure : on parlera d' *hallucinations négatives*. On peut lors des cas d'hypnose profonde, suggérer la surdité au patient pour qu'il n'entende pas les bruits qui l'angoissent.
- La motricité peut se trouver modifiée. Certains spécialistes font usage de la lévitation du bras pour que le patient constate que sa main devient légère. La catalepsie est un phénomène propre à l'hypnose : le patient tout entier ou un de ses membres restent fixés dans une position particulière, jusqu'à ce qu'une suggestion donnée modifie cette position.
- Dans certains cas on peut observer une amnésie. De façon générale, il s'agit d'une amnésie partielle. D'autre part, l'hypnose est aussi utilisée pour stimuler la mémoire, ou avoir accès à des souvenirs précis hors du champ de conscience. On parle d'hypermnésie. Il faut savoir ramener avec expertise le patient à la réalité quotidienne.
- La diminution du saignement et la stimulation de la guérison postopératoire ont été démontrées dans certaines études (Enqvist et coll.)

. Domaines d'application :

Elle a de nombreux domaines d'application ; si on se réfère à la littérature très vaste, tout pourrait être soigné par l'hypnose, surtout avec l'hypnoanesthésie. Problèmes dermatologiques, problèmes de comportement alimentaire, souffrance des grands brûlés, cancérologie pour la réduction de la douleur et de l'anxiété, traitement de la dépression,...

Dans notre pratique, elle permet de soigner le patient dans des conditions de calme et de sérénité. On a une diminution importante de l'anxiété du sujet, l'instauration d'un calme intérieur. Ainsi il est plus facile pour le chirurgien-dentiste, d'obtenir la coopération du patient et de prodiguer des soins sans stress. 90% des patients du chirurgien-dentiste peuvent disposer d'une forme d'hypnose.

Les applications de l'hypnose sont principalement, selon Varma (55):

- relaxation générale du patient ; **baisse des niveaux de stress et d'anxiété** ;
- **traitement des phobies particulières** : peur de la douleur, peur des piqûres,...
- contrôle des lipothymies ;
- tétanisation des muscles élévateurs de la mandibule ;
- relâchements musculaires pour l'étude des rapports intermaxillaires ;
- adaptation au port des prothèses ; suggestions qui renforcent la motivation, réduisent l'inconfort ;
- **traitement du réflexe nauséux** ;
- **préparation à l'anesthésie locale** ;
- réduction de l'emploi d'analgésiques chimiques ;
- contrôle de l'inconfort et des **douleurs** postopératoires ;
- production de l'amnésie ;
- **contrôle de la salivation et du saignement** : Enqvist et coll. ont constaté une réduction de 30% de perte de sang pendant la chirurgie chez les patients du groupe expérimental par rapport au groupe témoin.
- **traitement des syndromes de douleurs chroniques faciales**, telles le désordre temporomandibulaire et le tic douloureux.
- **traitement des habitudes orales inappropriées**, y compris le bruxisme, les tics.

. Risques et avantages liés à l'hypnose :

Nous travaillons au quotidien, de façon concentrée, sur un espace réduit à la cavité buccale de nos patients : notre champ de vision, notre attention est focalisée, nous sommes en quelque sorte nous aussi dans une hypnose positive. Les suggestions que nous faisons au patient opèrent également sur nous, et peuvent nous aider à un travail serein.

L'hypnose offre une série de perspectives positives : elle peut diminuer notre stress par l'obtention d'un patient calme et serein et le temps qui lui est consacré à chaque séance est récupéré par un déroulement plus rapide et plus confortable pour le patient, mais aussi surtout par un stress moindre lors des soins qui lui sont prodigués. La mise en condition d'un sujet anxieux pour parvenir à le soigner est particulièrement chronophage mais surtout stressante pour le praticien.

S'il est vrai qu'elle offre de nombreux avantages, il faut savoir la pratiquer avec soin et méthode. Il convient de se former correctement. Il est des risques qui paraissent peu évidents : le retour à une activité intellectuelle normale est nécessaire avant de laisser le patient quitter le cabinet de soin.

Il n'y a pas d'effets secondaires à l'hypnose et, cette méthode, tout en ne présentant aucun danger, donne au patient un sentiment de contrôle.

b) De la musicologie... à la musicothérapie.

. Historique et intérêt :

La musique a toujours servi pour ses propriétés curatives et apaisantes. Elle a un impact certain sur l'émotivité des auditeurs : les prières étaient dites en chantant, les incantations de magie, certaines suggestions curatives également. Elle est l'expression de l'esprit humain.

Jost l'appliqua à la psychiatrie, mais c'est Gabai qui lui donne un intérêt en odontostomatologie, en créant un disque intitulé «l'enfant et son dentiste», où les bruits typiques du cabinet sont associés à une musique sécurisante (58).

Dans les années 70, la musicothérapie a pris son essor avec l'intégration des techniques psychomusicales à des fins anxiolytiques.

Outre sa propension à détendre le patient, elle peut servir au chirurgien-dentiste à évacuer ses tensions et ainsi amener la relation praticien-patient à devenir plus harmonieuse.

La musique présente de multiples avantages, utilisée en induction de sophronisation, mais aussi en fond sonore pour une détente générale basée sur la musique. Elle noie les bruits, notamment celui si stressant et si peu apprécié de la turbine. L'ambiance devient plus conviviale, les conditions de travail sont améliorées, les soins paraissent moins longs, la douleur est diminuée par régression de la tension nerveuse, et l'image du praticien est valorisée.

La musique a une valeur affective intense, car là où le langage verbal peut constituer une barrière par la signification des mots, la musique propose une richesse d'expressions très grande, où chacun peut trouver et développer ses émotions.

Aujourd'hui elle est utilisée dans la plupart des cabinets dentaires. De par sa simplicité de mise en oeuvre, elle est un élément reconnu comme un anti-stress accessible à tous. Robin et Vinard ont mené une étude basée sur l'interrogation aléatoire de 112 praticiens et 141 patients. 92,2% des patients interrogés sont favorables à son usage au cabinet dentaire (48).

Rappelons que son utilisation a deux versants :

- d'une part, un usage visant à instaurer une ambiance de travail détendue, avec écoute de musiques apaisantes dans la salle d'attente, le cabinet de soins et le secrétariat ; elle sera alors un intermédiaire lors de la prise de contact (premier temps de notre approche des patients anxieux).
- d'autre part, et il s'agit là d'un usage beaucoup moins répandu, en terme de *relaxation musicale*. On se servira de la musique pour approfondir le sentiment de détente que le patient peut éprouver à son écoute. C'est la musicothérapie. Les musiques relaxantes faciliteront la relaxation musculaire et une modification de l'état de conscience.

Ainsi est-elle indiquée dans tout blocage de la communication lié à la peur du dentiste. La musique peut être employée seule ou associée à des suggestions verbales.

. Eléments constitutifs de la musique :

Le son est la propagation de vibrations dans l'espace (air, liquides, solides, gaz) par les molécules constituant cet espace. On peut définir :

- La fréquence d'un son est le nombre de vibrations double par unité de temps dans un phénomène périodique ; elle s'exprime en Hertz (1 Hz= 1 période par seconde),
- La période est l'inverse de la fréquence,
- La longueur d'onde est la distance parcourue par l'onde, durant une période, exprimée en mètres. La vitesse du son dans l'air est de 340 m/s. La longueur d'onde d'un son de fréquence 50 Hz est $340 \times 1/50 = 6,8$ mètres. Les sons graves ont une grande longueur d'onde, les sons aigus en ont une très faible.
- La mélodie jouera sur les sentiments du sujet (émotivité, tristesse, anxiété).
- La résonance est l'ensemble des vibrations engendrées par la musique.

Les sons ont trois caractéristiques *physiologiques* : la hauteur, l'intensité et le timbre.

. L'intensité :

C'est l'amplitude des vibrations sonores, mesurée en décibels, le décibel étant le seuil d'audibilité.

On ne cherchera pas à couvrir totalement les autres bruits : si le patient fait un léger effort pour écouter, cela mobilisera mieux son attention. Une intensité légèrement supérieure à 5dB est une bonne moyenne. Il ne faut pas que l'intensité varie brutalement.

. La hauteur et le timbre :

La hauteur est la fréquence du son, mesurée en Hertz ; l'unité pratique est l'octave.

Le timbre dépend de la forme de la vibration : les différents timbres sont liés à la superposition de la vibration fondamentale et de ses harmoniques.

. Rythme et tempo :

Le rythme agit de façon spécifique sur la physiologie humaine : un rythme lent va apaiser et décontracter ; de plus en plus lent, il atténue la notion de temps et facilite l'endormissement. Un rythme rapide et saccadé aura pour conséquence d'accélérer le pouls, la respiration, l'excitation générale du sujet.

Il peut à lui seul déclencher l'agitation ou le sommeil. D.C. Baillenx (44) parle du *tempo de référence* comme étant celui du rythme cardiaque : si on a un rythme plus rapide, une tension émotionnelle peut en résulter.

. Harmonie et ligne harmonique :

L'harmonie est l'art de la formation et de l'enchaînement des accords : c'est la science des accords agréables.

. Action de la musique sur les êtres vivants :

La musique a des répercussions affectives, physiologiques et psychologiques sur les êtres vivants. Les réponses seront variables selon le vécu et la sensibilité de chacun (surtout pour les réponses affectives et psychologiques), mais globalement, elle aura un effet similaire sur la majorité des patients. C'est en vertu de ces réponses provoquées qu'elle sera un élément de détente, voire thérapeutique.

Elle aura un effet excitant, ou au contraire calmant. Nous allons proposer au patient de profiter des vertus apaisantes de la musique, et tenter d'atteindre un état de détente. Les travaux de Gabai et Jost ont mis en évidence les rapports existant entre l'excitation sonore et l'abaissement du niveau du seuil de diffusion de l'influx nerveux dans le cortex (autrement dit la chute du niveau de vigilance), qui serait à la base de la détente et du bien être recherchés. En effet les deux systèmes de relâchement après un stress capté par le cerveau sont d'origine centrale ou périphérique. La détente apportée ici vient du mécanisme périphérique (44).

Tout corps vivant est animé de vibrations biologiques. Un corps peut transmettre sa propre vibration à un autre : on parle d'une *entrée en résonance*. Elle peut s'appliquer aux organes physio-psychiques du corps humain : les émissions produites par un instrument déclenche une vibration desdits organes suivant les lois de la physique ondulatoire.

Les sons aigus ont tendance à exciter les sujets, tandis que les sons graves et les basses fréquences ont un effet lénifiant.

Des études ont montré le succès de la relaxation sous induction musicale : cet outil permet de réduire de façon significative l'état d'anxiété. Si elle parvient à détourner l'attention du patient, elle sera aussi un moyen de lutter contre la douleur. Les ondes sonores choisies dans le but de la relaxation restent du domaine de la musicothérapie.

. Choix des oeuvres musicales :

.La musique classique :

Par ses mélodies et ses fréquences, elle semble bien plus indiquée que la musique de variété. Dans l'enquête menée par Robin et Vinard (48), la musique classique est la plus demandée (75% des cas). C'est d'ailleurs aussi la plus diffusée par les praticiens (53,3% des cas).

Les *concertos* se sont révélés plus apaisants que les *symphonies*. Les mouvements lents et amples (*andante, largo, adagio*) ont bien entendu l'effet le plus apaisant. Le choix des instruments de musique aussi a montré des différences : le hautbois était le plus apaisant, puis le piano, le violoncelle, le violon, la clarinette et enfin l'orgue. La voix humaine dans ces épreuves a montré qu'elle était la plus excitante.

Exemples de morceaux d'oeuvres classiques:

- Bach : concerto pour trois clavecins et orchestre, 2ème mouvement ;
- Chopin : concerto pour piano n°1, 2ème mouvement ; sonnet d'une nuit d'été, nocturne
- Prokofiev : Pierre et le loup ;
- Sibelius : le cygne ; Finlandia ;
- Wagner : Lohengrin, prélude ; le coeur des pèlerins dans Tannhauser.

J.P Paux a établi une liste d'oeuvres musicales sous la direction de M. Gabai et Jost, pour une utilisation quotidienne, mais aussi des oeuvres sélectionnées pour une association avec les techniques psychomusicales (44).

On peut choisir certaines *parties* de morceaux, et les passer successivement en laissant un temps de quelques secondes avant le passage suivant.

Cependant, certains patients y seront moins sensibles, son impact étant différent selon les sensibilités. Certains patients trouveront dans la musique de variété une forme de distraction si les morceaux choisis les intéressent.

. La musique subliminale :

Elle est très en vogue aujourd'hui, il s'agit de la musique de relaxation, de New Age ou Biomusique. Bruits de vagues, chants de baleine, chants d'oiseaux ou bruits de la pluie qui tombe, chants grégoriens, flûtes de pans et synthétiseurs apportent au sujet qui l'écoute des sons mélodieux, apaisants et propres à stimuler l'imagination.

. La musique de variété :

Pour les enfants, les comptines apprises à l'école peuvent les distraire et les détendre. Ils y seront probablement plus sensibles qu'à de la musique classique. Faire passer aux adolescents des morceaux qui leurs sont familiers leur permet d'accepter mieux ce que l'on a à leur proposer.

. Technique particulière : la musique rotative (13)

Mise au point par Feijoo, dans les années 70, elle induit une *altération transitoire du concept spatio-temporel*. Elle modifie le **niveau de vigilance** en entraînant des réactions neuro-végétatives et neuro-musculaires, elle apporte une **hypotonie musculaire**.

Il faut une préparation spécifique de morceaux de musique de variété (de préférence, car très rythmés) enregistrés sans paroles, que l'on ralentit quatre fois.

L'utilisation des basses fréquences est une autre technique aussi discutée : elles sont entendues mais ne sont pas interprétables, donc le sujet va se concentrer pour la comprendre, ce qui entraîne un relâchement du tonus musculaire et une baisse réelle du niveau de vigilance. Pour certains auteurs, les basses fréquences ont une action plus rapide que les bandes ralenties ou à effet rotatif.

. En pratique au cabinet dentaire :

. Musique apaisante, environnement de détente psychomusicale :

On se base sur les qualités de détournement de l'attention, par le fait qu'on se fixe sur la perception d'abord, et sur l'écoute ensuite, de sons rassurants, à l'inverse des sons crispants des instruments rotatifs, des bruits métalliques ou encore des sonnettes.

La présence de musique va de plus combler les vides de conversation, lorsque le chirurgien dentiste est concentré sur ses actes. Parfois, les minutes à attendre pendant la prise des matériaux à empreinte sont longues et le monologue peut paraître contraignant et difficile à assurer. Grâce à la musique, on a la sensation que le temps passe plus vite.

Les sons graves donnent de la profondeur et de la chaleur, tandis que les aigus apportent brillant et clarté : on tentera de filtrer au maximum les aigus afin d'éviter les fréquences stimulantes.

Dans la salle d'attente, les morceaux choisis seront paisibles, créant une atmosphère de sécurité. Ils ne seront pas tristes, mais mélodiques sans être de style sentimental. Ils ne doivent pas posséder de rythme dominant; la radio est le moyen de diffusion le plus utilisé. Le son ne doit pas être réglé trop fort.

Le passage de la radio a pour avantage de varier toujours la musique, mais il y a risque de bruits parasites ; le passage des publicités aura tendance à énerver la patientèle, par leur caractère souvent agressif et stimulant dû à un mastering différent. De plus il peut y avoir des musiques totalement inadaptées à la détente, de par leur rythme saccadé par exemple.

On préférera des enregistrements préparés de musique choisie, en essayant de supprimer les sons aigus et de favoriser les sons graves. On peut aussi faire le choix de certains morceaux de musique classique.

La diffusion sera généralement faite par des haut-parleurs fixés dans la salle d'attente et le cabinet de travail, ainsi que le secrétariat. Si on choisit pour des raisons pratiques une seule origine de musique, on pourra régler le volume depuis le cabinet de

soins. Les hauts-parleurs seront situés à 2m, 2m50, suivant la hauteur de plafond, et orientés vers les murs : par réflexion, la musique est diffuse et le niveau sonore est sensiblement le même dans toute la pièce.

Le volume sonore se doit de rester raisonnable et de permettre une communication sans trop élever la voix entre les protagonistes. Un son écouté trop fort empêche l'abaissement de la vigilance que nous recherchons.

N'oublions pas les souhaits des patients : comme la majorité demande une amélioration de la salle d'attente, c'est aussi dans cette pièce que la musique est majoritairement souhaitée (96,4%) (48).

Le risque en reste toutefois la surconsommation, qui peut entraîner une véritable pollution sonore pour le praticien et son personnel.

Les avantages de la musique en utilisation que nous qualifierons de «journalière» sont :

- un effet de relaxation (notamment, un morceau connu sera trouvé plus relaxant qu'un morceau non connu) ;
- un moyen de faire passer plus vite le temps lors de l'attente ;
- elle comble les silences et les sécurise.

. La musique de relaxation ; relaxation psychomusicale :

Le réflexe de défense contre l'angoisse, nous l'avons vu, provoque une contraction musculaire exagérée. La musicothérapie veut interrompre cette boucle. La musique aura une action anxiolytique et de déconditionnement dans l'apparition du stress. C'est une thérapie symptomatique. Elle agira à deux niveaux :

- périphérique par la **relaxation**, qui annihile la tension musculaire responsable en grande partie de la tension nerveuse et de l'hypersensibilité à la douleur ; la relaxation signifie plus qu'un équilibre, c'est un état de conscience hypnoïde ;
- centrale, par la **détente**, l'apaisement ; cela se réfère à un état «d'équilibre».

Il est évident qu'il faut informer le patient si on veut mettre en place une séance de musicothérapie, ce qui n'est pas le cas si on veut juste le détendre par une atmosphère calme.

Comme toutes les techniques thérapeutiques, la participation active et volontaire du patient est indispensable, et tous ne peuvent se voir proposer ce genre de méthode. Les médecines dites «douces» visent une population qui y est sensibilisée et apte à se prêter au jeu.

Si on cherche une induction sophronique, on préférera les écouteurs. Ceux-ci rapprochent la musique des tympans et la qualité de l'écoute s'en trouve améliorée. Les écouteurs amènent un isolement sonore qui déconnecte les réflexes et amènent la relaxation plus facilement. Cependant, on crée ainsi un isolement entre le patient et son praticien. Gabai et Jost proposent de placer deux sources sonores en arrière et de part et d'autre du fauteuil, le praticien toujours au milieu pouvant ainsi en bénéficier (58, 44).

La musique choisie pourra être de la musique dite subliminale. Mais l'idéal, difficile à mettre en pratique, est de choisir selon chaque patient une séquence musicale personnalisée. Le tempo devra être lent et régulier, sans rythme perceptible (ou un rythme respiratoire), avec une mélodie linéaire homogène du début à la fin. Le timbre et le choix des instruments seront aussi importants. On prendra en compte pour le choix des morceaux : *le degré de stress du patient* (utilisation du casque pour les très anxieux), sa personnalité, sa culture musicale et son âge. Moins le patient a d'habitudes bien définies, plus il sera facile à satisfaire. Chez les jeunes, l'intérêt est souvent sélectif.

La musique en terme de relaxation permet l'acquisition du premier stade de relaxation : l'hypotonie musculaire. Ensuite, «l'association du pouvoir de la musique à celui d'une certaine qualité de communication orale réalise une suggestion opérante sur le malade, pour l'amener à un stade de relaxation profonde». La musique a alors pour rôle de diminuer les obstacles aux suggestions, en les accompagnant en douceur. On arrive à un état de relaxation psychique corrélé à la détente musculaire. On diminue les tensions internes du patient, on focalise son attention pour induire une concentration suffisante, qui entraîne un état de relaxation. On amène le patient à être détendu pour recevoir les suggestions.

Le système AUDIO-PRAT® propose une tête musicale, semblant éviter les inconvénients des casques musicaux classiques. Elle s'adapte à tous les fauteuils, respecte la mobilité latérale et ne gêne pas le praticien. Elle réalise un isolement sonore du patient par amortissement des bruits extérieurs et un filtrage des fréquences agressives, tout en permettant le dialogue entre le dentiste et son patient, grâce à un micro intégré dans son oreillette droite.

VI. Conclusion.

L'anxiété et le stress induit par la pratique dentaire ne sont pas une fatalité et il n'est pas question, ni pour les patients ni pour les praticiens, de s'y résoudre.

Pour s'attaquer à cette source de mal-être récurrent dans notre métier, il semble judicieux d'identifier clairement tous les facteurs anxiogènes à la base de la fameuse «peur du dentiste». On remarque ainsi que la peur de la douleur est la principale cause d'anxiété au cabinet dentaire. Il est donc primordial de savoir la reconnaître, de savoir l'anticiper et de savoir la traiter. C'est sans doute le facteur sur lequel les chirurgiens-dentistes seront jugés par leur patientèle dans les années à venir. D'autres facteurs comme l'éducation, la peur de l'inconnu, le symbolisme de la bouche et des dents, l'attente, sont autant d'éléments sur lesquels la profession doit se montrer particulièrement vigilante. Il y a là matière à une véritable «bataille de l'image» que les chirurgiens-dentistes dans leur ensemble se doivent de mener.

Il apparaît ainsi que la relation établie entre le patient et son chirurgien-dentiste est situé d'emblée sur le registre particulier de l'affectivité. Le patient arrive souvent dans un état de tension émotionnelle. Il nous faudra réduire cette tension par l'environnement que nous aurons à lui proposer, ainsi que par notre propre comportement, viendra ensuite le temps de répondre de manière thérapeutique aux besoins de notre patientèle.

Dans la genèse de l'angoisse, des caractéristiques affectives, psychologiques et symboliques entrent en jeu, ainsi que la notion plurielle de douleur. L'anxiété provient d'une situation que les patients perçoivent comme menaçant leur intégrité physique ou psychologique, du fait de l'investissement affectif considérable attaché à la zone péri-orale.

Aujourd'hui, il semble inconcevable de pouvoir travailler en ignorant les apports et les progrès de l'ergonomie, de la communication, de l'industrie médicamenteuse ou du développement de méthodes alternatives de prise en charge. Ces éléments, tout autant qu'une bonne technique, entrent désormais en compte dans la recevabilité de notre message, l'acceptation et la pérennité de nos soins. Par là, ils sont garants de la construction d'une relation thérapeutique saine, autour de laquelle s'articulent la genèse et le développement de l'anxiété comme du stress.

Cette inter-relation entre anxiété des patients et stress des dentistes, à travers ses origines et ses remèdes, est un élément capital que l'on ne peut ignorer, dès lors que notre métier est fait de contacts et de relations humaines. Savoir accueillir un patient, le rassurer, lui expliquer et prendre vraiment le temps de le soigner au risque parfois de déborder du simple cadre de la dentisterie ; tels sont les piliers sur lesquels doit s'appuyer l'essor de notre métier. Il s'agit en conséquence d'un choix de vie tout autant que d'un choix professionnel. Nous y dépenserons de l'énergie, mais nous y gagnerons l'estime, le respect et un accomplissement personnel certains.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. CAPASSO L., «La médecine dans l'Antiquité», Paris : éditions Atlas, 1986, 66p.
2. DECHAUME M., HUARD P., «Histoire illustrée de l'art dentaire, stomatologie et odontologie», Paris : éditions Roger Dacosta, 1977, 62p.
3. JACQUES-MARIN S., «Médecines curieuses d'autrefois», Condé-sur-Noireau : éditions Charles Corlet, 1996, 237p.
4. LAMENDIN H., «Rois de France, des dentistes et l'Histoire», *Le chirurgien-dentiste de France*, 2000, n°968.
5. PASINI W. , HAYNAL A., «Manuel de psychologie odontologique», Paris : éditions Masson, 1992, 166p.
6. ROUDINESCO E. et PLON M., «Dictionnaire de la psychanalyse», Paris : éditions Fayard, 1997, 1213p.
7. SILLAMY N., «dictionnaire de psychologie», Paris : éditions Larousse, 1991, 273p.
8. THOMPSON F.C., «la Bible», traduction de Louis Segond, Nimes : éditions Vida, 1978.
9. RACZ B., «Comment voir son cabinet dentaire», *Clinic* vol 18, 1997 : 617-620.
10. RACZ B., «Comment voir son cabinet dentaire», *Clinic* vol 19, 1998 : 29-33.
11. CHARON J., JOACHIM F., «Service patient, service gagnant», Vélizy : éditions CdP, 1995, 105p.
12. TOUSSAINT M., «Démasquez votre stress : mieux vaut prévenir que guérir», *Les cahiers de l'ADF* , 2000, vol.3, n°7, pp12-17.
13. ROUX J., KARCENTY M., «Audit du cabinet dentaire», *Information Dentaire*, 1997, n°40, pp2969-2974.
14. HODGE B., THOMPSON J.F., «Clinical practice : noise pollution in the operating theatre», *The Lancet*, 1990, vol.335, pp.891-893.
15. KOCH M.E, KAIN Z.E, AYOUB C., «The sedative and analgesic sparing effect of music», *Anesthesiology*, 1998, vol.2, pp300-306.
16. PATRIGEON R.G, COTTEZ S., DESJEUX G., DUFLO F., «Effets sédatifs de la musique en mode opératoire», *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 2002, vol.21, p.2195.

17. BARTEL L.R, «A study of the cognitive-affective response to music», *Doctoral Dissertation*, Urbana-Champaign : Université de l'Illinois, 1988.
18. JOUBERT E., PIONCHON P., «Comment prendre en charge la peur et la douleur de vos patients», *Dialogue*, 1999, n°8, pp.24-26.
19. FROMENT J., «La relation praticien-patient : Une relation singulière bien réglementée», Paris : Association dentaire française, 1999, 31p.
20. ROCHE S., «Principes généraux de communication au cabinet dentaire», *Thèse odontologie* 1997, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II.
21. GAUTIER G., «Quel effet fait votre tenue», *Indépendante*, 2002 : pp19-20.
22. NOSSINTCHOUK R., «Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire : éléments de communication», *Service patient, service gagnant*, Vélizy : éditions CdP, 1995.
23. ANAES Texte court-2000, «Sédation, analgésie et curarisation en réanimation».
24. BARACH V., HITTINGER M.C., OBRECHT O., FANELLI G., MOKHBI J., PAGES F., «Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie», juin 2005, ANAES.
25. BOURIN M., LE MARTRET J.B, «La prescription sédatrice en odontologie», *Le chirurgien dentiste de France*, 1985, n°291, pp49-51.
26. DE CAUMIA-BAILLENX P., «Le praticien en art dentaire devant le problème de l'anxiété», *Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie-dentaire*, Bordeaux : Université Bordeaux II, 1980, 64f.
27. COLLADO V., FAULKS D., HENNEQUIN M., «Choisir la procédure de sédation en fonction des besoins du patient», *Réalités Cliniques*, 2005 : vol.13, n°3, pp 201-219.
28. COLLOT- NICOLLET M., COHEN A., «Anesthésie générale. Neuroleptanalgésie. Quelques indications», *L'information Dentaire*, 1973 : 40, pp47-48.
29. DAHLLOF G., «Administration de benzodiazépines chez les jeunes enfants», *Réalités Cliniques*, 2005 : vol 16, n°3, pp231-240.
30. DELCOMMUNE R., «La phobie du chirurgien-dentiste», *Revue d'Odontostomatologie*, 1990 : tome 19, n°5, pp393-398.
31. DU CAILAR J., «Neuroleptanalgésie et diazanalgésie», in *Encyclopédie Médicale Chirurgie*, Paris : éditions Techniques, 1991.
32. GAUDY J.F, ARRETO C.D, 1999, «Manuel d'analgésie en odontostomatologie», Paris : éditions Masson, 1999, 174p.

- 33.GRIBLING A., «Prise en charge de l'adulte anxieux en odontologie», *thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire*, Strasbourg : Université Strasbourg I, 2004, 116f.
- 34.HERLEM F., «La thérapeutique anxiolytique. Application en odontostomatologie», *L'information Dentaire*, 1988, n°16.
- 35.HUGLY C., THERY M.C, «La relaxation musicale», *Revue d'orthopédie dento-faciale*, 1988 : 22 : pp393-401.
- 36.JOHREN P., JACKOWSKI J., GANGLER P., THOM A., «Fear reduction in patients with dental treatment phobia», *British journal of Oral and Maxillofacial surgery*, 2000 : vol38, n°6, pp 612-616.
- 37.KLINGBERG G., «Sédation pour les soins dentaires chez les enfants : considérations éthiques», *Réalités Cliniques*, 2005 : vol.16, n°3, pp.221-230.
- 38.LELLOUCHE M., «La musique au cabinet dentaire», *revue d'Orthopédie Dento-faciale*, 1988 : 22 : pp377-391.
- 39.MARKS A.M.L, MARTENS C.L, «Sédation médicamenteuse en médecine dentaire : une vue générale», *rev. Belge med. dent.*, 2003/4.
- 40.MARTIN C., AXUS M., «Aspects de la relation praticien-patient», *Le chirurgien dentiste de France*, 2005 : n°1236, pp57-65.
- 41.MONSENEGO P., ROFFE S., «La musicothérapie au cabinet dentaire», *Actualités Odonto-Stomatologiques*, 1998, n°204.
- 42.MUSTER D., VALFREY J., KUNTZMANN H., «Médicaments psychotropes en stomatologie et en odontologie», in *Encyclopédie Médicale Chirurgie*, Paris : éditions techniques, 2005.
- 43.QUEVAUVILLIERS J., FINGERHUT A., *Dictionnaire Médical*, 3ème édition, Paris : éditions Masson, 2001, 1589p.
- 44.ROBB D., «sédation par voie intraveineuse chez les patients anxieux», *Réalités Cliniques*, 2005 : vol.16, n°3, pp255-265.
- 45.ROBIN O., VINARD H., «L'utilisation de la musique au cabinet dentaire : mythe ou réalité», *Revue d'Odonto-Stomatologie*, 1986 : tome XV, n°1.
- 46.RUEL-KELLERMANN M., «Le stress relationnel chez le chirurgien-dentiste», *Revue d'Odonto-Stomatologie*, 1980 : tome IX, n°4, pp 25-29.

- 47.RUEL-KELLERMANN M., «Repères historiques de l'évolution du recours de l'Odonto-Stomatologie à la psychologie», *Information Dentaire*, 2001 : vol.62, n°20, pp.1657-1661.
- 48.RUYSSCHAERT N., «Hypnose et phénomènes hypnotiques. Assistance préliminaires en cas de stress pour le patient et le dentiste.», *Rev. Belge Med. Den*, 2003 : n°2, pp 105-117.
- 49.SAFAR P., «La communication patient-praticien ou comment créer un climat de confiance», *Revue d'Odonto-Stomatologie*, 1984 : tome XIII, n°4, pp233-237.
- 50.SCHAERLAEKENS M., «Hypnose et odontologie ; l'eau et le feu?», *Rev. Belge Med. Den*, 2003 : n°2, pp119-125.
- 51.VARMA D., «Le point sur l'hypnose en odontologie», *Le chirurgien-dentiste de France*, 2005 : n°1223.
- 52.WILLEMSSEN R., «Techniques d'hypnose utilisées pour diminuer l'angoisse et la peur : Revue de littérature», *Rev. Belge Med. Dent.*, 2003 : n°2, pp.99-103.
- 56.MELZACK R. , WALL P. D., «Pain mechanisms : a new theory.», *Science*, 1995 : n°150, 971-9.
- 57.BRETZ Emmanuelle, «La neuroleptanalgie en chirurgie dentaire», *thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire*, Paris : Université Paris 5, 1994.
- 58.CASTAN Anne-Lise, «Apport de la sophrologie dans le traitement de l'anxiété chez l'enfant au cabinet dentaire», *thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire*, Bordeaux : Université Bordeaux II, 1995, 111f.

VIII. Table des illustrations

<i>Figure 1 - «Le baume d'acier». XIXème siècle : BOILLY Louis.....</i>	<i>10</i>
<i>Figure 2 - «L'arracheur de dents». XIXème siècle : DOU Gérard.....</i>	<i>11</i>
<i>Figure 3 - «L'arracheur de dents». XVIIème siècle : auteur anonyme.....</i>	<i>13</i>
<i>Figure 4 – Assiette historiée (musée de la faïence) : manufacture de Sarreguemines..</i>	<i>13</i>
<i>Figure 5 – Représentation de Sainte Apolline : auteur inconnu.....</i>	<i>16</i>
<i>Figure 6 – Le mystère de Sainte Apolline : FOUQUET Jean.....</i>	<i>17</i>
<i>Figure 7 – Echelle des nuisances sonores adaptées de Cromer.....</i>	<i>33</i>
<i>Figure 8 – Echelle de contrôle de la douleur et de l'anxiété selon Malamed.....</i>	<i>53</i>
<i>Figure 9 – Les 6 niveaux de réponse de l'échelle de Ramsay.....</i>	<i>60</i>
<i>Figure 10 – Phénomènes hypnotiques selon Benson.....</i>	<i>69</i>

TOUATI Grégoire – La peur des soins dentaires : gestion des patients phobiques.

NANCY 2010 : 89 Pages : 10 ill.

Th : Chir-Dent : NANCY 1 : 2010

Mots clés : Peur

Phobie

Hypnose

Relation

Musicologie

TOUATI Grégoire – La peur des soins dentaires : gestion des patients phobiques.

Th : Chir-Dent : NANCY 1 : 2010

La peur des soins dentaires est une maladie aujourd'hui listée par l'OMS. Nous allons voir, à travers son histoire et son évolution au fil des années et des avancées thérapeutiques, qu'elle occupe désormais une place primordiale dans la relation que va mettre en place le praticien avec ses patients. Comment instaurer un climat de confiance ? Quelles sont les étapes à ne pas négliger ? Comment améliorer la prise en charge des patients anxieux et surtout, comment faire pour que l'image d'une pratique de l'art dentaire sereine et maîtrisée se transmette aux générations futures?

Nous aborderons les différentes étapes qui permettront au praticien de créer un climat de confiance au sein de son cabinet, les règles à respecter dans le relationnel au patient, ainsi que les différentes méthodes thérapeutiques actuelles de prise en charge des patients phobiques ou sujets à l'anxiété.

Aujourd'hui il semble inconcevable de pouvoir travailler en ignorant les apports et les progrès de l'ergonomie, de la communication, de l'industrie médicamenteuse ou du développement de méthodes alternatives de prise en charge. Ces éléments, tout autant qu'une bonne technique, entrent désormais en compte dans la recevabilité de notre message, l'acceptation et la pérennité de nos soins. Par là, ils sont garants de la construction d'une relation thérapeutique saine.

JURY :

Président : Monsieur J-P LOUIS

Professeur des Universités

Juge : Monsieur E. MORTIER

Maitre de Conférences des Universités

Juge : Monsieur Y. SIMON

Assistant Hospitalo-Universitaire

Juge : Monsieur J. BOCQUEL

Assistant Hospitalo-Universitaire

Nom et adresse de l'auteur :

TOUATI Grégoire
73 avenue de Strasbourg
54000 NANCY



Jury : Président : JP. LOUIS – Professeur des Universités
Juges : E. MORTIER – Maître de Conférence des Universités
J. BALLY – Assistant Hospitalier Universitaire
J. BOCQUEL – Assistant Hospitalier Universitaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: Monsieur TOUATI Grégoire, Claudin, Pierre, Georges

né(e) à: NANCY (Meurthe-et-Moselle)

le 17 juin 1981

et ayant pour titre : « **La peur des soins dentaires : gestion des patients phobiques.** »

Le Président du jury,

JP. LOUIS

Le Doyen
de la Faculté d'Odontologie



Autorise à soutenir et imprimer la thèse

3174

NANCY, le 17-12-09

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1

Pour le Président
et par Délégation,
La Vice-Présidente du Conseil
des Etudes et de la Vie Universitaire,

J.P. FINANCE

C. CAPDEVILLE-ATKINSON