

SOMMAIRE

Introduction.....	1
I. Anxiété, peur, phobie.....	2
A. Quelques définitions.....	2
B. Aspects neurophysiologiques.....	3
1. Circuit court.....	3
2. Circuit long.....	4
3. Le cas des phobiques.....	4
C. La phobie.....	5
1. Peurs normales/Peurs pathologiques.....	5
2. Peur/phobie.....	5
3. Origines et acquisition des phobies.....	6
II. La stomatophobie.....	7
A. Définition.....	7
B. Les différentes peurs de nos patients.....	7
1. Sentiment d'impuissance.....	7
2. Peur de la douleur.....	8
3. Peur de la piqûre.....	8
4. Peur de la contamination.....	8
5. Peur de l'empoisonnement.....	9
6. Peur de l'intrusion/vol/viol de l'intimité.....	9
7. Peur du cadre de soins.....	9
8. Peur de perdre son identité.....	9
9. Peurs liées au chirurgien-dentiste.....	9
C. Les causes.....	10
D. Reconnaître le patient phobique.....	11
1. Critères diagnostiques.....	11
2. Dental Anxiety Scale de Corah (DAS).....	12
3. Modified Dental Anxiety Scale (MDAD).....	14
4. Dental Fear Survey (DFS).....	15
5. Index of Dental Anxiety and Fear IDAF 4C+.....	16

E. Les symptômes.....	18
F. La prévalence.....	19
G. Les répercussions.....	20
1. L'évitement.....	20
2. Conséquences sur la cavité buccale.....	21
3. Conséquences sur la vie sociale.....	21
III. Accès aux soins des patients phobiques.....	23
A. Prescription sédatrice.....	23
1. Les benzodiazépines.....	23
2. Les antihistaminiques.....	25
B. Mélange Equimolaire de Protoxyde d'Azote et d'Oxygène.....	26
1. Sédation consciente.....	26
2. Présentation et spécialités.....	26
3. Contre-indications.....	27
4. Indication pour le patient phobique.....	27
C. Anesthésie générale.....	28
1. Définition.....	28
2. Indications selon l'Haute Autorité de Santé.....	28
3. Contre-indications selon l'Haute Autorité de Santé.....	29
4. Rapport bénéfices-risques.....	29
5. Indication pour le patient phobique.....	30
IV. Traiter la stomatophobie.....	30
A. Les psychothérapies.....	31
1. La thérapie cognitivo-comportementale.....	31
2. Eye Movement Desensitization and Reprocessing.....	34
B. Les médecines alternatives.....	35
1. L'hypnose.....	35
2. La sophrologie.....	37
3. L'acupuncture.....	39
4. Les Fleurs de Bach.....	41
V. Cas cliniques.....	43
1. Madame X.....	43

2. Madame Y.....	44
VI. Discussion.....	45
Conclusion.....	46

INTRODUCTION

Un patient se présente aux urgences du Pavillon d'Odontologie de la Timone à Marseille. Il est grand, imposant, suit l'étudiante qui vient le chercher sans dire un mot. A la vue du plateau d'examen, il s'exprime enfin : « Vous ne me toucherez pas, je suis conscient du délabrement de ma bouche, mais ce que je veux c'est qu'on me soigne sous anesthésie générale. Je ne veux rien voir, ne rien sentir. »

Les évolutions dans notre profession de chirurgien-dentiste tendent à rendre les soins plus confortables et moins douloureux. Malgré cela, la peur du dentiste reste bien ancrée dans l'inconscient collectif. Un traumatisme, une éducation particulière et cette peur devient phobique. C'est le cas de ce patient. Comment peut-on prendre alors en charge ce type de patient pour qui on représente une véritable phobie ? Quelles solutions lui apporter ?

La psychologie est une part importante de notre quotidien et le praticien se doit de ne pas se concentrer uniquement sur la « dent » du patient mais bien sur sa globalité. Ainsi l'approche psychologique de ce travail, qui va tenter de répondre à la précédente question, s'est révélée évidente.

Dans un premier temps, il s'agira de comprendre la peur et la phobie d'une manière générale. Quels en sont les mécanismes, les différences, les origines ?

Puis ce travail se concentrera alors sur la stomatophobie ou la phobie des soins dentaires. On montrera alors que les origines sont identiques à celles de n'importe quelle phobie. Mais un diagnostic est-il possible ? Quels en sont les symptômes et les conséquences ?

Il s'agira ensuite d'énoncer les différents moyens que l'on a à notre disposition afin d'aider nos patients phobiques à accéder aux soins, sans que les symptômes de leur phobie n'entravent la qualité des soins.

Mais la partie principale de ce travail sera d'établir une certaine liste, non exhaustive, de solutions permettant de traiter le cœur du problème qui est bien la phobie du patient. Ces solutions, comme nous le verrons, iront de la psychothérapie aux médecines alternatives : hypnose, sophrologie etc.

Pour répondre à ces différentes questions, nous utiliserons la littérature, qu'il s'agisse d'ouvrages psychologiques, ou d'études scientifiques. Mais afin d'illustrer notre travail, nous terminerons par la présentation de deux cas cliniques observés à l'Hôpital universitaire de la Timone à Marseille.

I. ANXIETE, PEUR, PHOBIE.

A. Quelques définitions

Il est important avant tout de savoir définir, afin de les différencier, un certain nombre de termes. Ainsi selon le Larousse Médical (1) :

Anxiété : Trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité.

Angoisse : Grande inquiétude, anxiété profonde née du sentiment d'une menace, imminente mais vague. Sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminés et se manifestant par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques (spasme, sudation, dyspnée, ...).

Attaque de panique : Trouble qui apparaît dans un contexte d'anxiété et associe, en l'absence de maladie organique ou mentale, quatre des symptômes suivants : dyspnée (difficulté à respirer), palpitations, douleur thoracique, sensation d'étouffement, vertiges, sueurs, tremblement, peur de mourir ou de perdre tout contrôle de soi.

Crainte : Etat de quelqu'un qui éprouve un sentiment de peur, de recul.

Stress : Etat réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque.

Peur : Sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, qui pousse à fuir ou à éviter cette situation.

Phobie : Crainte angoissante et injustifiée d'une situation, d'un objet ou de l'accomplissement d'une action.

B. Aspects neurophysiologiques (2)

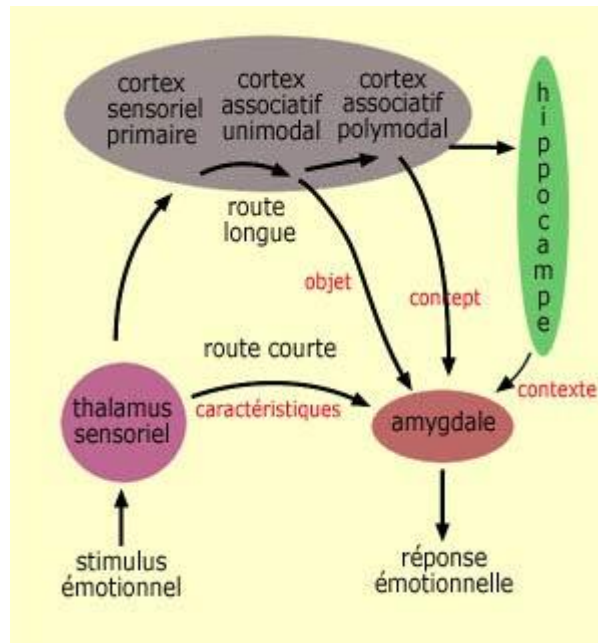


Figure a Circuits de la peur (2)

Les organes sensoriels (visuel, auditif, olfactif etc.) reçoivent des informations de l'environnement signalant la présence ou la possibilité d'un danger. Le stimulus sensoriel, pouvant évoquer un danger ou non, est traité dans un premier temps au niveau du thalamus. Il va alors être pris en charge par deux voies parallèles, mises en évidence par Joseph LEDOUX en 1997 (3).

1. **Circuit court :**

Il s'agit de l'activation de l'amygdale qui fait naître des réactions émotionnelles (ex : sursaut) avant même que le système puisse se représenter complètement le stimulus. Ainsi ce circuit véhicule une perception grossière et rapide d'une situation puisque c'est une voie sous-corticale qui ne bénéficie pas de la cognition.

2. Circuit long :

C'est le traitement cortical, à différents niveaux, de l'information qui arrive à l'amygdale avec précision du caractère menaçant ou non. Ce traitement passe d'abord par le cortex sensoriel qui détaille les différentes modalités du stimulus, puis par le cortex associatif unimodal qui fournit à l'amygdale une représentation de l'objet, ensuite le cortex associatif polymodal qui conceptualise la chose et en informe également l'amygdale. Cette représentation élaborée de l'objet va alors être comparée au contenu de la mémoire explicite grâce à l'hippocampe, entretenant lui aussi des liens avec l'amygdale et permettant de définir si le stimulus est source de peur conditionnée ou non.

La présence imminente d'un danger va alors poursuivre l'activation de l'amygdale qui va entraîner les différentes manifestations de la peur comme une élévation de la fréquence cardiaque et de la pression sanguine, les mains moites, la bouche sèche etc.

3. Le cas des phobiques (4)

L'hippocampe a la capacité de tenir compte du contexte. Donnons un exemple : voir un lion en cage va entraîner un léger frisson mais l'évaluation du contexte qui est le fait qu'il soit en cage, va permettre de freiner la peur. Les phobiques n'ont pas la capacité de ce freinage contextuel.

De plus, l'imagerie cérébrale a permis de mettre en évidence que chez les phobiques l'objet de la peur va entraîner une plus grande activation de l'amygdale, avec une irrigation sanguine importante alors que les régions corticales seront, elles, moins irriguées.

C. La phobie

1. Peurs normales/peurs pathologiques (5)

La peur est un système d'alarme qui est programmé, par la nature et l'évolution, chez l'être humain comme chez toutes les autres espèces animales. Elle est destinée à faciliter notre vigilance face à un danger et à augmenter nos chances de survie.

Dans les peurs normales, ce système d'alarme est efficacement calibré, c'est-à-dire que la peur se déclenche face à un vrai danger, non à la possibilité de celui-ci ou à un souvenir, qu'elle tient compte du contexte, que son intensité est proportionnelle au danger, mais aussi que l'alarme s'éteint dès que le danger est passé ou si l'on a pris conscience qu'il n'était pas si menaçant.

La peur devient pathologique lorsque l'alarme est mal réglée et que la peur se déclenche trop souvent pour des seuils de dangerosité trop bas et que l'alarme dégénère très vite en panique incontrôlable. Ces peurs pathologiques sont les peurs extrêmes et les peurs phobiques.

2. Peur/phobie

Christophe André en 2004 (5) a précisé les différences entre peur normale et peur phobique :

PEUR NORMALE	PEUR PHOBIQUE
Registre de l'émotion	Registre de la maladie
Peur d'intensité limitée souvent contrôlable	Peur pouvant aller jusqu'à la panique souvent incontrôlable
Associée à des situations objectivement dangereuses	Situations parfois non dangereuses
Evitements modérés et handicap léger	Evitements importants et handicap significatif
Peu d'anxiété anticipatoire : l'existence n'est pas organisée autour de la peur	Anxiété anticipatoire majeure : existence organisée autour de la peur
Confrontations répétées peuvent peu à peu faire diminuer l'intensité de la peur	Il est fréquent que malgré des confrontations répétées la peur ne diminue pas

Figure b Différences entre peur normale et peur phobique (5)

3. Origines et acquisition des phobies (4)

L'acquisition des phobies, en accord avec les explications actuelles, intègre trois dimensions selon un modèle bio-psycho-social :

- biologique : il existerait des prédispositions biologiques à ressentir des peurs extrêmes,
- psychologique : ces prédispositions s'exprimeront différemment selon l'éducation reçue, les événements de vie, les modèles environnementaux,
- social : l'évolution des troubles n'est pas la même en fonction de la société et de la culture.

De plus, cette acquisition peut se faire selon quatre grands types d'apprentissages :

- traumatismes : pour exemple, la phobie dentaire peut survenir suite à un acte dentaire douloureux, la phobie de la conduite suite à un accident de la route,
- événements de vie pénibles et répétés : comme des humiliations,
- imitation de modèles : comme voir un proche avoir très peur de quelque chose,
- intégration des messages de mises en garde : avoir reçu une éducation soulignant les dangers liés à tel ou tel type de situation.

Il existe différents types de phobie : (7)

- les phobies spécifiques : animaux, éléments naturels, phobie des soins dentaires qui appartient en particulier au type : phobie du sang et des blessures,
- l'agoraphobie : crainte de ressentir un malaise surtout en public,
- les phobies sociales : peur intense du regard et du jugement d'autrui.

II. LA STOMATOPHOBIE

A. Définition

La phobie des soins dentaires, stomatophobie, oralophobie, dentophobie, odontophobie, phobie dentaire, phobie du dentiste : il existe beaucoup de termes, pour nommer une maladie reconnue comme telle par l'OMS, qui recouvre à la fois la peur des atteintes dentaires et celle ressentie à l'égard du chirurgien-dentiste. Cette phobie spécifique peut résulter de l'hématophobie (peur du sang) ou de la béliénophobie (peur des aiguilles), soit les provoquer ou encore en être accompagnée. (8)

Il s'agit d'une phobie spécifique, elle se caractérise par une peur marquée et persistante de situations ou d'objets visibles et circonscrits. S'il y a exposition à ce stimulus phobogène, elle provoquera une réponse anxieuse immédiate pouvant aller jusqu'à l'attaque de panique. (9)

B. Les différentes peurs de nos patients

Il est nécessaire de faire la liste des sources d'angoisse que peut rencontrer le patient dans nos cabinets dentaires.

1. Sentiment d'impuissance

L'étude menée par Oosterink & co (10) en 2009 a révélé que le sentiment d'impuissance, de manque de contrôle lors d'un traitement dentaire est l'expérience qui est le plus fortement liée à l'apparition d'une phobie.

Ce sentiment apparaît lorsque le patient croit qu'il n'a pas les moyens d'influer sur un événement négatif, et désigne alors un comportement proche du désespoir. Et cette impression de manque de contrôle peut mener à la peur. (11)

Mais, par exemple, si le patient est certain que le chirurgien-dentiste va arrêter un acte lorsqu'il émet un signal cela peut diminuer la peur car il donne un sentiment de contrôle sur la situation.

2. Peur de la douleur

A l'heure actuelle, grâce aux moyens anesthésiques dont nous disposons, les soins prodigués ne sont plus douloureux. Malgré cela la peur de la douleur est encore très présente et est surtout liée à la douleur postopératoire, source d'angoisse pour le patient qui se demande pourquoi il a mal alors qu'il a été soigné.

De plus, l'absence de raisonnement concernant cette peur est souvent liée à une expérience douloureuse passée et mal gérée. (12)

3. Peur de la piqûre :

Certains patients ne supportent pas la vue de l'aiguille : cet instrument fin et piquant qui va s'introduire dans la bouche. Cette crainte chez certains en devient une phobie : la bélérophobie, et ils n'accepteront alors ni anesthésie locale ni prise de sang.

Selon Armfield et al. en 2011, l'injection anesthésique est la source d'anxiété la plus souvent rapportée, liée à la douleur qu'elle peut provoquer mais aussi à l'engourdissement qu'elle entraîne. (13)

Mais il faut quand même noter que l'anesthésie en chirurgie dentaire est globalement bien acceptée et est même rapidement demandée pour éviter de ressentir quelque douleur, parfois même lors d'un détartrage.

4. Peur de la contamination (12)

Les peurs liées à la contamination sont compréhensibles. Rappelons que selon l'OMS (2008) (14) 1,4 millions de personnes souffrent à tout moment d'une infection nosocomiale. Les risques au cabinet dentaire concernent les infections virales (sida, hépatite), mais aussi à streptocoques dues à une mauvaise désinfection des instruments.

Une étude réalisée en Australie en 1997 (15) a été menée pour connaître la perception des patients sur les infections croisées. Les résultats parlent d'eux même : 13,3% des personnes interrogées sont préoccupées par les procédures utilisées par les dentistes pour stériliser leur matériel, et 3,6% évitent ou retardent les visites dentaires dû à leur inquiétude concernant les infections croisées.

5. Peur de l'empoisonnement

Les campagnes anti-amalgames, anti-fluor etc., aussi justifiées soient-elles, ont transformé le chirurgien-dentiste en un empoisonneur. Son rôle est alors d'éclairer ses patients sur les bénéfices-risques des différents matériaux et produits qu'il utilise. (8) (12)

6. Peur de l'intrusion/vol/viol de l'intimité

La consultation dentaire implique une distance quasiment intime entre deux personnes jusqu'alors inconnues. Cette pénétration dans l'intimité peut être perçue pour certaines personnes comme un viol de l'intimité. Cette impression est encore plus marquée du fait de la position de la bouche au carrefour des sens et de sa place dans la fonction érotique. (8) (12)

7. Peur du cadre de soins

Le cabinet dentaire est un environnement particulier où se mêlent bruits, comme celui de la turbine ou de l'aspiration, et odeurs (eugénol) caractéristiques qui sont un vrai stimulus anxiogène voir phobogène pour les personnes anxieuses ou phobiques des soins dentaires.

Meldman en 1972 a ainsi montré une élévation du rythme cardiaque pour les patients qui ont une peur dentaire lorsqu'ils entendent le bruit de la turbine. (16)

8. Peur de perdre son identité

Le chirurgien-dentiste est responsable de l'esthétique du sourire et donc du visage de son patient. Ce dernier craint alors lors d'une réhabilitation prothétique, d'une extraction ou même lors d'un simple soin conservateur de ne plus se reconnaître, ne plus se plaire etc. (8) (12)

9. Peurs liées au chirurgien-dentiste

Des cas d'escroqueries chez les chirurgiens-dentistes, qui restent rares heureusement, sont relayés par les médias et entraînent une crainte supplémentaire chez les patients : celle d'être arnaqué. (8)

D'autre part la faiblesse des remboursements prothétiques par la sécurité sociale et les mutuelles laisse penser aux patients que les soins dentaires sont réservés aux riches. Une étude australienne a ainsi évalué à 65% la part de la population en Australie qui est inquiète au sujet du coût de leurs soins dentaires. (17)

Enfin les patients craignent aussi l'incompétence du praticien.

C. Les causes

Selon, Christophe André (1999) (6) les thérapies cognitives et comportementales postulent que les comportements phobiques sont acquis au travers de trois types de conditionnement :

- conditionnement direct : un traumatisme est à l'origine de la phobie,
- conditionnement social : l'observation de modèles facilite l'apparition de phobies,
- conditionnement opérant : certains comportements comme les évitements chronicisent l'angoisse et les croyances phobiques.

Des études confirment cette théorie en ce qui concerne la stomatophobie.

Ainsi en 1971, Lautch (18) a montré qu'une expérience dentaire traumatisante était le facteur étiologique principal dans l'apparition de la phobie dentaire

En 1985, Öst & Hugdahl (19) ont étudié les causes de l'acquisition de la phobie dentaire, mais également la phobie du sang, toutes deux étant des phobies spécifiques. Leurs résultats ont montré que 61% des patients qu'ils ont interrogés attribuent le début de leurs phobies à des expériences de conditionnement, 18% à des expériences vicariantes, c'est-à-dire par l'observation d'autrui, et 7% à des informations qu'ils ont pu recevoir.

En 1989, l'étude de Graham (20) suggère que les phobies et anxiété dentaires sont acquises et modulées par des processus prévus par les théories contemporaines de conditionnement.

De manière plus actuelle, en 2011 Weiner (21) résume les causes de la phobie dentaire en :

- héritage social : un membre de la famille est phobique et la transmet de génération en génération (22),

- expérience traumatique passée, confirmée par Lauth (18) : comme nous avons pu le voir plus haut avec les différentes peurs, un antécédent de soin dentaire où le patient a eu le sentiment de n'avoir aucun contrôle sur la situation ou s'est senti impuissant, peut être un véritable traumatisme et le patient développera par la suite une phobie,
- apprentissage vicariant : Les gens observent les actions des autres et ont tendance à les imiter et à adapter le comportement appris de l'expérience des autres : c'est l'apprentissage vicariant. Ainsi un individu (l'observateur) peut assister un autre (le modèle), par exemple un parent qui subit une extraction (c'est le conditionnement aversif), et cet individu va montrer des réponses émotionnelles au stimulus conditionné (ici une extraction), sans avoir connu ce stimulus directement. Ainsi un enfant peut développer une phobie en observant son père ou sa mère se faire soigner.

D. Reconnaître le patient phobique

Il est essentiel de savoir reconnaître le patient phobique quand celui-ci décide de se présenter au cabinet, car rappelons que ce qui caractérise le phobique c'est l'évitement de la situation phobogène. Pour cela, écouter le patient est évidemment primordial mais il doit aussi répondre à un questionnaire diagnostiquant la phobie dentaire (à bien différencier de la « simple » anxiété). Plusieurs existent, nous en avons sélectionné quelques-uns qui nous semblent les plus significatifs. De plus, se concentrant ici sur le patient phobique adulte, ce ne seront que des tests d'autoévaluation.

1. Critères diagnostiques

L'Association Américaine de Psychiatrie décrit dans son *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux IV* (23) (DSM-IV) les critères diagnostiques de la phobie spécifique. Rappelons que la stomatophobie en est une, et donc il semble évident que le patient doit répondre à ces critères pour être considéré comme phobique dentaire.

Les critères, traduits dans la version française du DSM-IV, sont les suivants (24) :

- critère A : peur marquée et persistante d'objet ou de situation visiblement circonscrits ;
- critère B : l'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi-systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée ou facilitée par la situation ;
- critère C : le sujet (adolescent ou adulte) reconnaît le caractère excessif ou irrationnel de la peur, l'enfant non ;
- critère D : la (les) situation(s) phobogène(s) est (sont) évitée(s) ou vécue(s) avec une grande souffrance ;
- critère E : l'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance de la(les) situation(s) redoutée(s) perturbent, de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance intense ;
- critère F : chez les individus de moins de 18 ans, les symptômes doivent avoir au moins persisté 6 mois ;
- critère G : l'anxiété, les attaques de panique ou l'évitement phobique associé à l'objet ou à la situation spécifique ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental tel un trouble obsessionnel-compulsif, un état de stress post-traumatique, un trouble anxieux de séparation, une phobie sociale, un trouble panique avec agoraphobie ou une agoraphobie avec antécédent de trouble panique.

Ces critères ont été validés par une étude de Oosterink et al. en 2009 pour leur application à la phobie dentaire. (25)

2. Dental Anxiety Scale de Corah (DAS)

Il s'agit de l'échelle la plus utilisée et connue. Elle a été créée en 1969 par Corah (26). Elle est composée de quatre questions avec cinq choix de réponses pour chacune. On obtient ainsi un score de 4 à 20, et selon Corah, si le patient a un score entre 17 et 20 il est considéré comme phobique.

1. If you had to go to the dentist tomorrow, how would you feel about it?
 - a) I would look forward to it as a reasonably enjoyable experience.
 - b) I wouldn't care one way or the other.
 - c) I would be a little uneasy about it.
 - d) I would be afraid that it would be unpleasant and painful.
 - e) I would be very frightened of what the dentist might do.
2. When you are waiting in the dentist's office for your turn in the chair, how do you feel?
 - a) Relaxed.
 - b) A little uneasy.
 - c) Tense.
 - d) Anxious.
 - e) So anxious that I sometimes break out in a sweat or almost feel physically sick.
3. When you are in the dentist's chair waiting while he gets his drill ready to begin working on your teeth, how do you feel? (Same alternatives as number 2.)
4. You are in the dentist's chair to have your teeth cleaned. While you are waiting and the dentist is getting out the instruments which he will use to scrape your teeth around the gums, how do you feel? (Same alternatives as number 2.)

Figure c Dental Anxiety Scale de Corah (26)

Version en français par Hennequin et al. (27) :

(Une seule réponse par question; le score global correspond à la somme des scores obtenus pour chaque question)

Question N°1: Si vous deviez aller chez le dentiste demain, comment vous sentiriez-vous ?

Question N°2 : Chez le dentiste, lorsque vous attendez votre tour pour passer sur le fauteuil, comment vous sentez-vous ?

Question N°3: Lorsque vous êtes installé(e) dans le fauteuil, en attendant que le (la) dentiste prépare la fraise avec laquelle il (elle) s'apprête à soigner vos dents, comment vous sentez-vous ?

Question N°4: Lorsque vous êtes assis(e) sur le fauteuil pour un nettoyage de vos dents, pendant que le (la) dentiste prépare les instruments qu'il (elle) va utiliser pour racler vos dents à côté des gencives, comment vous sentez-vous ?

Propositions de réponse pour la question 1 :

Je penserai que cela va être une expérience assez agréable (score 1) / Cela me serait indifférent (score 2) / J'aurai peur que cela soit désagréable et douloureux (score 3) / J'aurai terriblement peur de ce que le dentiste pourra faire (score 4).

Propositions de réponse pour les questions 2-4 :

Détendu(e) (score 1) / Pas tout à fait à l'aise (score 2) / Tendu(e) (score 3) / Angoissé(e) (score 4) / Je serais tellement anxieux(se) que certaines fois je pourrais transpirer ou avoir presque envie de vomir (score 5).

Figure d Version française de DAS (27)

3. Modified Dental Anxiety Scale MDAS

Cette échelle est similaire à la DAS de Corah mais dans une version améliorée par Humphris en 1995 (28). Une question supplémentaire a été rajoutée, elle concerne l'injection anesthésique (rôle primordial dans l'anxiété et la peur des patients). De plus les réponses ont été standardisées : Not anxious, Slightly Anxious, Fairly anxious, Very anxious, Extremely anxious. On obtient un score de 5 à 25, 19 étant le seuil indicatif d'une phobie dentaire.

Version en français (29) :

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

VEUILLEZ INDIQUER EN NOTANT 'X' DANS LA CASE APPROPRIÉE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Figure e Version française de la MDAS (29)

4. Dental Fear Survey DFS

Créée par Kleinknecht en 1973 (30), il s'agit d'un questionnaire qui permet d'évaluer la peur. Ce sont vingt questions (deux liées à l'évitement, cinq à l'auto-perception de l'excitation physiologique, douze aux stimuli dentaires, une à la peur des traitements dentaires en général). Pour chaque question correspond un score de 1 à 5, un score supérieur à 60 correspond à une peur dentaire élevée.

Version en français (31) :

<p>Répondez aux questions suivantes sur l'échelle reprise ci-dessous :</p> <p>1 : jamais 2 : une seule fois 3 : plus d'une fois 4 : souvent 5 : plutôt toujours</p> <p>1. La peur des soins dentaires vous a-t-elle un jour retenu pour fixer un rendez-vous chez le dentiste ?</p> <p>2. La peur des soins dentaires vous a-t-elle un jour conduit à annuler un rendez-vous chez le dentiste ou à ne pas vous y rendre ?</p> <p>Lors des soins dentaires : (utiliser l'échelle suivante)</p> <p>1 : pas du tout 2 : un peu 3 : quelque peu 4 : très 5 : très beaucoup</p> <p>3. Mes muscles sont tendus</p> <p>4. Ma respiration est plus rapide</p> <p>5. Je transpire</p> <p>6. J'ai la nausée</p> <p>7. Mon cœur bat plus vite</p> <p>Utilisez l'échelle ci-dessus pour indiquer le degré d'angoisse ou de malaise que provoque chacune des situations suivantes :</p> <p>8. Prendre rendez-vous chez le dentiste</p> <p>9. En chemin vers le dentiste</p> <p>10. Etre en salle d'attente</p> <p>11. Etre assis dans le fauteuil du dentiste</p> <p>12. L'odeur du cabinet dentaire</p> <p>13. Voir le dentiste qui entre</p> <p>14. La vue d'une seringue d'injection</p> <p>15. Sentir l'aiguille d'injection</p> <p>16. La vue de la fraise</p> <p>17. Le bruit de la fraise</p> <p>18. Les vibrations de la fraise</p> <p>19. Le nettoyage de vos dents</p> <p>20. Si l'on met tout ensemble, quel sera votre degré d'angoisse vu le fait que vous allez recevoir des soins dentaires ?</p>

Figure f Version française de la DFS (31)

5. Index of Dental Anxiety and Fear IDAF-4C+

En 2010, Armfield (32) a développé une échelle d'évaluation d'anxiété et de peur. Elle a la particularité d'évaluer les quatre grandes composantes de la peur : cognitive, émotionnelle, comportementale et psychologique (d'où le 4C). Elle est composée de différents modules permettant au praticien de choisir celui qui l'intéresse :

- un module central : anxiété et peur,
- un module : phobie dentaire, basé sur les critères diagnostiques DSM-IV (23) ,
- un module : stimulus.

The Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C⁺)

The following questions ask about possible aspects of dental anxiety and fear.

1. How much do you agree with the following statements?	Disagree	Agree a little	Somewhat agree	Moderately agree	Strongly agree
(a) I feel anxious shortly before going to the dentist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(b) I generally avoid going to the dentist because I find the experience unpleasant or distressing.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(c) I get nervous or edgy about upcoming dental visits.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(d) I think that something really bad would happen to me if I were to visit a dentist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(e) I feel afraid or fearful when visiting the dentist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(f) My heart beats faster when I go to the dentist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(g) I delay making appointments to go to the dentist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(h) I often think about all the things that might go wrong prior to going to the dentist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Do the following statements apply to you?	Yes	No
(a) My avoidance or fear of going to the dentist significantly interferes with my life in some way (normal routine, occupational or academic functioning, social activities, or relationships).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
(b) I am greatly distressed about my level of dental fear.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
(c) I consider my level of dental fear to be excessive or unreasonable	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
(d) I am afraid of going to the dentist because I am concerned I may have a panic attack (abrupt fear with sweating, pounding heart, fear of dying or losing control, chest pain etc.).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
(e) I am afraid of going to the dentist because I am generally highly self-conscious or concerned about being watched or judged in social situations.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

3. To what extent are you anxious about the following things when you go to the dentist?	Not at all	A little	Somewhat	Moderately	Very much
(a) Painful or uncomfortable procedures	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(b) Feeling embarrassed or ashamed	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(c) Not being in control of what is happening	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(d) Feeling sick, queasy or disgusted.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(e) Numbness caused by the anesthetic.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(f) Not knowing what the dentist is going to do.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(g) The cost of dental treatment	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(h) Needles or injections	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(i) Gagging or choking	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(j) Having an unsympathetic or unkind dentist	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Figure 8 IDAF 4C+ (32)

Quenneville (33) en 2013 en a fait une adaptation québécoise-française qui a été validée. Il s'agit de l'Echelle de Peur et d'Anxiété des Traitements Dentaires.

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

Figure h Echelle de peur et anxiété des traitements dentaires (33)

E. Les symptômes

Les symptômes de la phobie dentaire, comme toute phobie spécifique, apparaissent lors de la confrontation avec le stimulus phobique. Selon le DSM-IV (24), ces symptômes correspondent à une réponse anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique, dont les critères diagnostiques sont les suivants :

- ➔ Une période bien délimitée de crainte ou de malaises intenses, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de 10 minutes :
- palpitations, accélération du rythme cardiaque,
 - transpiration,
 - tremblements ou secousses musculaires,
 - sensation de « souffle coupé » ou impression d'étouffement, sensation d'étranglement,
 - douleur ou gêne thoracique,
 - nausée ou gêne abdominale,
 - sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement,
 - déréalisation ou dépersonnalisation,
 - peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou, peur de mourir,
 - paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements),
 - frissons ou bouffées de chaleur.

Selon Potter et al en 2014 (34), ces symptômes paniques ont été déclarés par des patients phobiques dentaires, ainsi ils permettent de diagnostiquer cliniquement la phobie dentaire.

La stomatophobie fait partie du sous-type phobie sang-injection-accident. Alors que dans les autres phobies spécifiques, les symptômes phobiques sont caractérisés par une augmentation de la fréquence cardiaque et la pression artérielle, dans le sous-type sang-injection il a été montré qu'il y a une réponse bi-phasique. Celle-ci est ainsi caractérisée par une augmentation initiale suivie d'une forte diminution de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, qui peut conduire à l'évanouissement vasovagal. (24) (35)

Or la recherche menée par Leutgeb et al. (2011) s'intéressant à la réponse cardiaque des stomatophobes montre une accélération du rythme cardiaque qui n'est pas suivie d'une décélération. (36) On peut ainsi se demander si la phobie fait bien partie du sous-type sang-injection-accident.

F. La prévalence

Alors qu'on trouve difficilement une estimation de prévalence de la phobie dentaire, la prévalence de l'anxiété dentaire modérée voir sévère en France a été estimée à 13,5% par une étude réalisée en 2007 par Nicolas et al. (37)

Au niveau des pays industrialisés, les études montrent que plus de 50% de la population dit avoir peur des soins dentaires (38) et que 5 à 15 % ont une peur extrême et évitent les traitements dentaires. (39)

Il est difficile d'évaluer la prévalence des troubles anxieux, ceux-ci fluctuant en fonction des cultures mais aussi en fonction des outils de diagnostic utilisés. Ainsi en 2011, Armfield (40) a montré des résultats variant de 7,3 à 28,4% de prévalence de peur selon le questionnaire utilisé. Il a en effet comparé les résultats de prévalence de peur et d'anxiété en fonction de trois échelles : Dental Anxiety Scale, IDAF-4C+, single item question sur un échantillon de 1084 personnes.

Raadal et Skaret dans le livre « Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety » (41) ont regroupé trois études sur la prévalence de la phobie. Celles-ci ont toutes les trois sélectionné les critères DSM-IV comme diagnostic de la phobie dentaire des sujets, ainsi cette prévalence est de :

- 2,1% de la population suédoise selon Fredrikson et al. (42),
- 3,1% de la population américaine selon Stinson et al. (43),
- 3,7% de la population allemande selon Oosterink et al. (25).

G. Les répercussions

1. L'évitement

En raison de leur hypersensibilité et de la violence des craintes ressenties, les phobiques ont tendance à fuir ou à éviter les situations qui leur font peur. Les évitements sont de plusieurs types : (4)

- évitement de situation : exemple : ne pas aller chez le chirurgien-dentiste,
- évitement de mots, d'images, de pensées,
- évitement de sensations : exemple : ne pas courir pour éviter de ressentir l'accélération de son cœur.

Les phobiques dentaires évitent les soins dentaires. (41) Mais il y a des degrés différents d'évitements en fonction du niveau d'anxiété. Ainsi Milgrom (44) a défini 4 catégories de patients :

- anxiété faible ou modérée : les patients vont régulièrement chez le chirurgien-dentiste,
- anxiété modérée à haute : les visites restent régulières,

Mais dans ses deux catégories, les patients sont vulnérables donc si un soin se passe mal (exemple : très douloureux) ou s'il y a mauvais contact avec le praticien, ils peuvent changer la régularité de leurs rendez-vous.

- haute anxiété dentaire, à la limite de la phobie : ils évitent partiellement les soins, ils accepteront les traitements d'urgence et parfois des soins dentaires conventionnels,
- phobie : ils évitent complètement les soins dentaires, ils ne vont pas chez le chirurgien-dentiste.

Cet évitement peut durer alors plusieurs années et a été estimé entre 5 et 20 ans pour les sujets anxieux extrême ou phobiques (41). Et il peut alors avoir de sérieuses conséquences pour la santé orale et l'état de santé général.

2. Conséquences sur la cavité buccale

L'évitement des soins dentaires entraînent une détérioration de l'état bucco-dentaire. En effet les caries ne sont pas soignées, la plaque dentaire et le tartre s'accumulent entraînant l'apparition de gingivite, parodontite, les douleurs se font chroniques, d'autres troubles apparaissent comme l'halitose, les troubles occlusaux, des infections sévères. Ainsi la mastication, la déglutition, l'élocution mais aussi l'esthétique sont au fur et à mesure altérées.

Diverses études se sont penchées sur la santé bucco-dentaires des patients anxieux extrêmes ou phobiques.

En 1984, Berggren et Meynert (45) ont étudié le statut oral de patients atteints de peur extrême. Ainsi, ces patients présentaient un état bucco-dentaire plus dégradé que ce qui ne devrait l'être pour un groupe non anxieux du même âge : les surfaces cariées étaient en moyenne de 37, les dents absentes au nombre de 5, les lésions apicales 4 et les parodontites atteignaient un tiers du niveau osseux.

En 1993, Hakeberg et al. (46) ont comparé un groupe phobique et un groupe contrôle. Les surfaces cariées étaient de 19 contre 7,9, les dents absentes de 4,4 contre 2,5, les lésions apicales de 4 contre 1,2 et les maladies parodontales 5 fois plus importantes. Par contre, en toute logique, les surfaces obturées étaient beaucoup moins nombreuses chez le groupe phobique (8,1 contre 13,1).

Plus récemment, Agdal et al. en 2008 (47) ont examiné des patients phobiques répondant aux critères DSM-IV. Ces patients évitaient les soins dentaires depuis 11,2 ans en moyenne. Les dents absentes étaient en moyenne de deux et les dents cariées de 6,7.

3. Conséquence sur la vie sociale

L'évitement lié à la stomatophobie a des conséquences sur la santé buccale, générale, mais a un véritable impact psychologique sur le quotidien du patient et sa vie sociale. Les sentiments de honte, d'embarras sont principalement responsables de ces répercussions.

En 2004, Moore et al. (48) ont parfaitement décrits les différents aspects et les conséquences de ces sentiments. Tous les sujets phobiques qu'ils ont interrogés exprimaient un certain degré d'embarras, celui-ci étant lié à la fois au fait de montrer ses dents que d'admettre une longue période de négligence.

Ainsi, selon les patients, différents comportements étaient décrits :

- ne pas être capable de sourire, de rire,
- cacher ses dents, ses lèvres avec les mains,
- rougir fréquemment,
- auto-punition : les années de négligence, d'évitements sont perçues comme un échec,
- rituels de secrets développés tant au travail qu'au sein de la famille pour éviter de parler de « sujets tabous »,
- mauvaise estime de soi : soit au travail, le mauvais état dentaire ne correspond pas au statut social, soit à la maison, la personne se sent mal par rapport à ses enfants,
- retrait social, changement de personnalité : liés à ces longues périodes d'embarras, de secret, de peur du jugement des autres.

Tous ces comportements, émotions, sentiments constituent des critères du trouble de l'anxiété sociale. Ainsi la phobie dentaire se transforme en phobie sociale.

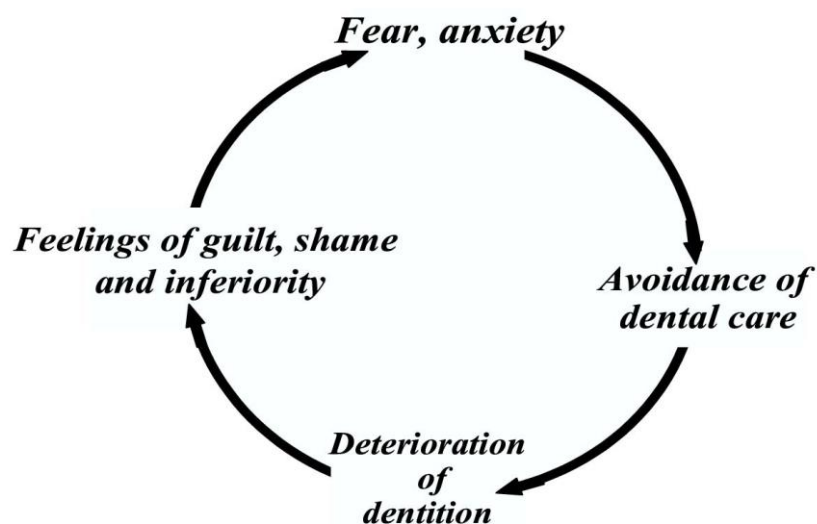


Figure i Cercle vicieux de l'anxiété dentaire de Berggren (45)

Berggren en 1984 (45) a été le premier à décrire chez les stomatophobes ces sentiments de culpabilité, de honte qui maintiennent la peur et l'évitement.

III. ACCES AUX SOINS DES PATIENTS PHOBQUES

Les moyens que l'on va décrire dans cette partie ne permettent pas de guérir la phobie, qui est le problème profond. Mais ce sont des moyens de sédation qui à différents niveaux vont permettre à ces patients l'accès au soin qu'il soit à court ou moyen terme en diminuant les symptômes liés à leur anxiété extrême.

A. Prescription sédative

Il est important avant tout de faire remarquer qu'il n'existe pas de médicaments anti-phobique. Mais ils peuvent jouer un rôle de béquille permettant aux phobiques d'affronter leur peur (49). Dans le cas de la stomatophobie, ils vont alors aider le patient à accéder aux soins dentaires en diminuant les symptômes liés à leur anxiété dentaire extrême.

La Sédation est l'utilisation de moyens en majorité médicamenteux permettant de calmer le malade en vue d'assurer son confort physique et psychique tout en assurant les soins. (1)

Nous allons décrire ici les sédatifs oraux.

Deux familles pharmacologiques sont utilisées dans notre exercice : les benzodiazépines et les antihistaminiques. (50)

1. Les benzodiazépines BZD

Il existe un grand nombre de molécules, entre autres : diazépam, axazépam, clorazépam... qui se divisent en quatre grandes familles en fonction de leur propriété principale : anxiolytique, hypnotique, antiépileptique et myorelaxant. Seuls les BZD anxiolytiques présentent un intérêt en prémédication sédative ambulatoire ; le diazépam est la molécule la plus utilisée.

Les indications sont les suivantes :

- traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes,
- prévention et traitement du délirium tremens et des autres manifestations du sevrage alcoolique.

Les contre-indications sont les suivantes :

- hypersensibilité à un des constituants,
- insuffisance respiratoire sévère,
- syndrome d'apnée du sommeil,
- insuffisance hépatique sévère, aiguë ou chronique,
- myasthénie.

Les effets indésirables peuvent être :

- neuropsychiatriques : amnésie antérograde, troubles du comportement, dépendance, sensations ébrieuses, confusion, modification de la libido,
- cutanés : éruptions,
- généraux : hypotonie musculaire, asthénie,
- oculaire : diplopie.

Utilisation : Une prise unique, une heure avant le geste opératoire, ou une prise la veille de l'intervention et une autre, une heure avant, sont des solutions acceptables. Le patient doit être accompagné pour le retour à son domicile, il en va de la responsabilité du prescripteur.

DCI	Spécialités	Dose journalière
Diazépam	Valium®	5 à 20mg/jour
Lorazépam	Témesta®	2 à 4mg/jour
Oxazépam	Séresta®	10 à 20 mg

Tableau 1 Spécialité et dose journalière des benzodiazépines (50)

2. Les antihistaminiques H1

Ce sont des antagonistes de l'histamine sur le récepteur H1, utilisés comme anti-allergique, antiémétique ou anxiolytiques et sédatifs. La molécule aux propriétés sédatives est l'hydroxyzine dont les propriétés pharmacocinétiques sont très intéressantes pour une sédation en ambulatoire (délai d'action court : 2heures, demi-vie d'élimination courte : 13 à 20 heures).

Les indications sont les suivantes :

- manifestations mineures de l'anxiété,
- prémédication à l'anesthésie générale.

Les contre-indications sont les suivantes :

- hypersensibilité à l'un des constituants,
- risque de glaucome,
- risque de rétention urinaire.

Les effets indésirables peuvent être :

- cutanés : érythèmes, prurit, eczéma,
- manifestations allergiques,
- neuropsychiatriques : confusion, hallucinations, somnolence, convulsions...,
- ophtalmologiques : troubles de l'accommodation,
- généraux : cardiovasculaires (tachycardie, hypotension), gastro-intestinaux (sécheresse buccale, constipation), urologique.

Utilisation : Une prise unique, une heure avant le geste opératoire, ou une prise la veille de l'intervention et une autre, une heure avant, sont des solutions acceptables. Le patient doit être accompagné pour le retour à son domicile, il en va de la responsabilité du prescripteur.

DCI	Spécialité	Dose journalière
Hydroxyzine	Atarax®	50 à 100 mg

Tableau 2 Spécialité et dose journalière des antihistaminiques (50)

A la vue des indications des deux familles pharmacologiques, les benzodiazépines semblent davantage indiquées dans le cas de nos patients phobiques dont l'anxiété est invalidante.

B. Mélange Équimolaire de Protoxyde d'Azote et d'Oxygène

1. Sédation consciente

La sédation consciente peut aussi être obtenue par inhalation. Elle se fait grâce à un mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène. Cette sédation qui va permettre le contrôle de l'anxiété, la douleur étant contrôlée par l'anesthésie locale, est caractérisée par (51) :

- un état de conscience du patient,
- des réflexes de protection des voies aériennes intacts,
- une ventilation normale et des mouvements oculaires normaux,
- une coopération totale du patient,
- un début de dépression du système nerveux central,
- une diminution de réaction aux stimuli douloureux,
- une diminution de la notion du temps et un certain degré d'amnésie.

2. Présentation et spécialités

Le mélange équimolaire 50% oxygène – 50% protoxyde d'azote (MEOPA) est homogène et gazeux aux températures usuelles, l'oxygène jouant le rôle de solvant pour le protoxyde d'azote (gaz anesthésique ancien connu depuis la fin du 18^{ème} siècle). Ce dernier a une très faible solubilité dans le sang permettant une efficacité clinique et une élimination rapide totale par voie pulmonaire dans les 5 minutes qui suivent l'arrêt de l'inhalation, et sa concentration à 50% n'a pas d'effet toxique pour le patient (51)

Il existe quatre spécialités sur le marché : Kalinox®, Medimix®, Antasol®, Oxynox®, le Kalinox® étant très utilisé en odontologie. (53)

Ce gaz se présente sous forme de bouteille disposant d'un robinet classique à pression résiduelle avec un raccord et un nanodétendeur. Est relié un ballon d'anesthésie muni d'une valve anti-retour de non-inhalation et se rajoute un filtre respiratoire antibactérien. (52)

3. Contre-indications

Elles sont les suivantes (51) :

- application du masque impossible (raisons physiques ou psychologiques),
- désordres de la personnalité,
- obstruction naso-pharyngée,
- maladie pulmonaire obstructive sévère chronique, insuffisance respiratoire sévère, traitement à la bléomycine, déficience en vitamine B12,
- risque ou antécédent de pneumothorax, d'emphysème, d'occlusion intestinale, de distension abdominale, d'atteinte de l'oreille moyenne,
- hypertension intrâ-cranienne.

4. Indication pour le patient phobique

La sédation consciente par inhalation du MEOPA va ainsi permettre une anxiolyse, et donc de diminuer les symptômes paniques liés à la phobie des patients. Même si une approche psychologique, comme nous allons le voir, reste primordial, il a été montré que des séances répétées de MEOPA permet d'améliorer la coopération du patient, ce qui permet d'envisager un traitement dentaire à long terme. (54)

Cependant, une étude menée en 1998 par Peretz et al. (55) a permis d'évaluer les réponses des patients phobiques au MEOPA. Ils se sont divisés alors en deux groupes : ceux répondant positivement et ceux répondant négativement au MEOPA. La principale différence entre les deux groupes était liée à la tendance plus importante à annuler ou manquer un rendez-vous chez les patients phobiques répondant négativement au MEOPA. Or, cette tendance correspond bien à un des aspects fondamentaux de la phobie : l'évitement. Donc il semblerait que pour certains patient le MEOPA ne soit pas suffisant, d'où le nombre grandissant de patient demandant l'anesthésie générale.

C. Anesthésie générale

1. Définition

L'anesthésie générale correspond à une suspension de l'ensemble des sensibilités de l'organisme. Elle est très largement utilisée lors des interventions chirurgicales, et est obtenue grâce à l'utilisation de divers agents anesthésiants administrés par voie respiratoire, digestive ou parentérale qui entraînent une perte complète de la conscience. (1)

Le premier à avoir réalisé une anesthésie générale est le docteur Wells, dentiste, qui a découvert les vertus analgésiantes du protoxyde d'azote qu'il a alors utilisé pour les extractions dentaires. Il a été suivi par Morton, dentiste aussi, qui lui utilisa le pouvoir anesthésiant de l'éther pour des extractions également. Puis celui-ci a été le premier à avoir réalisé un acte chirurgical proprement dit (exérèse d'une tumeur du plancher buccal) sous anesthésie générale. (56)

L'anesthésie générale se caractérise par (56) :

- une narcose : perte de conscience profonde nécessitant une intubation endo-trachéale,
- une analgésie centrale,
- un relâchement musculaire,
- une protection neurovégétative de l'organisme vis-à-vis du geste opératoire.

2. Indications selon l'Haute Autorité de Santé (57)

a- Liées à l'état général du patient

Il s'agit de :

- conditions comportementales empêchant toute évaluation et/ou traitement buccodentaire à l'état vigil après échec de tentatives de soins au fauteuil,
- nécessité de mise en état buccale lourde et pressante avant thérapeutiques médico-chirurgicales spécifiques urgentes,
- limitation de l'ouverture buccale,
- réflexes nauséeux prononcés.

b- Liées à l'intervention

Il s'agit de :

- interventions longues, complexes, regroupement de plusieurs actes en une même séance,
- états infectieux locorégionaux nécessitant d'intervenir en urgence.

c- Liées à l'anesthésie locale

Il s'agit de :

- contre-indications avérées de l'anesthésie locale,
- impossibilité d'atteindre un niveau d'anesthésie locale suffisant après des tentatives répétées au cours de plusieurs séances.

3. Contre-indications selon l'Haute Autorité de Santé (57)

Elles sont les suivantes :

- risques anesthésiques majeurs : évaluation nécessaire du rapport bénéfice-risque,
- refus du patient et/ou des parents ou du représentant légal.

4. Rapport bénéfices-risques

La mortalité liée à l'anesthésie est de l'ordre de 1/140000, dont 3% sont dus à des actes d'ORL et de stomatologie (57).

Même si le taux de mortalité diminue grâce aux améliorations médicales, l'anesthésie générale doit rester la solution ultime et ne doit intervenir qu'en cas d'échecs répétés au cabinet dentaire.

5. Indication pour le patient phobique

Le patient phobique fait partie des indications de l'anesthésie générale : « Conditions comportementales empêchant toute évaluation et/ou traitement buccodentaire à l'état vigile après échec de tentatives de soins au fauteuil ».

Néanmoins l'anesthésie générale doit rester la solution ultime, pour les raisons que l'on a vues précédemment, mais également dans l'intérêt du patient phobique. L'anesthésie générale n'améliore pas la phobie, et correspond en quelque sorte à un renoncement total.

En effet, comme l'ont étudié Berggren et Linde (58), comparée à la thérapie cognitive dans le traitement de la peur dentaire, l'anesthésie générale diminuera moins l'inquiétude du patient et les rendez-vous annulés, et à long terme elle permettra une réhabilitation orale complète chez un moins grand nombre de patients.

IV. TRAITER LA STOMATOPHOBIE

Les solutions détaillées précédemment permettent en quelque sorte de traiter « la dent » du patient phobique. Mais le fond du problème qui est la phobie du patient doit être impérativement traité pour améliorer sa qualité de vie. Ainsi, les solutions que l'on va maintenant décrire permettent quant à elles de traiter la phobie du patient ou bien de la réguler pour éviter d'éviter. Ces solutions sont à proposer par le praticien au patient, même si ceux-ci n'acceptent pas toujours d'être soignés ne se considérant pas malades.

Précisons que certaines d'entre elles, auront un double rôle, celui de traiter la phobie, de la contrôler, et celui de permettre comme précédemment l'accès aux soins.

A. Les psychothérapies

1. La thérapie cognitivo-comportementale

a. Définition

Selon l'Association Française de thérapie comportementale et cognitive (59), les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont des prises en charge de la souffrance psychique reposant sur une méthodologie directement issue de la méthode expérimentale appliquée au cas particulier d'une personne.

Elles sont préconisées dans le traitement de troubles psychologiques variés. Plus que les techniques qu'elles emploient, elles ont l'avantage de proposer une modélisation du fonctionnement humain basée sur les théories de l'apprentissage. Ainsi, le postulat de base des TCC considère un comportement inadapté (par exemple une phobie) comme la résultante d'apprentissages liés à des expériences antérieures survenues dans des situations similaires, puis maintenus par les contingences de l'environnement.

La thérapie visera donc, par un nouvel apprentissage, à remplacer le comportement inadapté par un comportement plus adapté correspondant à ce que souhaite le patient. Le thérapeute définit avec le patient les buts à atteindre et favorise ce nouvel apprentissage en construisant une stratégie thérapeutique adaptée.

b. Efficacité sur les phobies – Rapport de l'INSERM (60)

En 2004, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale a évalué trois approches psychothérapeutiques : la psychanalyse, la TCC, la thérapie de famille et de couple. L'évaluation était basée d'une part sur la connaissance des caractéristiques des patients inclus et d'autre part sur le niveau d'amélioration des patients et concernait divers troubles comme les phobies, troubles de l'humeur, schizophrénie, ...

De cette étude l'INSERM conclue que la TCC est la psychothérapie à recommander en première intention pour les phobies.

c. Indication pour le patient phobique

Des études se sont intéressées à l'efficacité de la TCC pour la stomatophobie.

D'après Öst en 1996 (61), 90% des sujets qui ont utilisé la TCC ont eu une amélioration de leur phobie dentaire.

Une étude plus récente au King's College de Londres (62) a testé l'efficacité de la TCC sur les stomatophobes et a ainsi permis à 79% des sujets de pouvoir retourner chez le chirurgien-dentiste sans prémédication.

d. L'exemple d'une unité spécialisée en Suède (63)

En Suède il existe une clinique : Dental Fear Research and Treatment Clinic (DFRTC) spécialisée dans le traitement de la phobie dentaire, cette unité possédant trois dentistes, trois infirmières, un hygiéniste dentaire et deux psychologues. Le traitement de la phobie est fait grâce à une thérapie cognitivo-comportementale, le but étant de traiter l'anxiété puis de référer le patient pour des soins dentaires externes. Précisons qu'en Suède l'assurance maladie couvre les frais des traitements de phobie dentaire si ces patients ne consultent plus depuis plusieurs années.

Le traitement de la phobie y est fait grâce à la collaboration entre un chirurgien-dentiste et/ou un hygiéniste et un psychologue, psychiatre ou psychothérapeute. Décrivons brièvement le principe de traitement.

Le patient rencontre dans un premier temps le chirurgien-dentiste et procède à une anamnèse incluant des tests psychométriques qui couvrent la motivation du patient, la mesure de l'anxiété dentaire mais également le dépistage de l'anxiété générale et la dépression. Le praticien essaie alors de motiver le patient à une TCC, et en absence de motivation le patient est référé pour une anesthésie générale ou une sédation consciente.

Dans un second temps, il rencontre le psychologue qui évalue son anxiété dentaire, sa santé psychologique et sociale, mais également s'il remplit les critères de phobie dentaire afin d'être couvert par l'assurance maladie.

Un plan de traitement dentaire et psychologique est alors élaboré par le dentiste et le psychologue en collaboration.

Le patient suivra d'abord 5 à 7 séances avec le psychologue dans une salle entièrement équipée comme un cabinet dentaire. Au cours de cette phase le patient ne reçoit généralement pas de soins dentaires, sauf si urgence ou état très détérioré alors il est d'abord traité sous sédation consciente ou anesthésie générale (le risque étant qu'après traitement de l'urgence, le patient ne veuille pas d'un traitement de sa phobie.) Ce traitement psychologique de la phobie est basé sur les techniques et théories de la TCC avec des psychologues qui y sont formés.

Les interventions, adaptées à chaque patient après une analyse fonctionnelle du comportement, combinent plusieurs techniques :

- l'exposition : il s'agit de l'intervention la plus importante dans le traitement par TCC de l'anxiété liée à des situations/objets spécifiques. Au cours de celle-ci, le patient se rapproche progressivement de l'objet et situation anxiogène et est encouragé à percevoir toutes les facettes de la réaction d'anxiété, le psychologue l'aidant à ne pas utiliser de stratégie d'évitement. Ici, l'exposition se déroule dans une salle de soin parfaitement équipée, et le patient, installé sur un fauteuil dentaire, est invité à regarder différentes scènes filmées de soins d'un patient non anxieux, ces scènes allant de la simple prise de rendez-vous à l'extraction en passant par l'anesthésie locale,
- la relaxation progressive : autre intervention centrale dans cette thérapie. Des techniques de relaxation sont enseignées au patient qui doit alors les reproduire à la maison plusieurs fois par semaine pendant plusieurs semaines. Les techniques d'exposition et de relaxation seront alors combinées,
- la restructuration cognitive : les pensées dysfonctionnelles du patient sont identifiées et remises en question. On éduque le patient sur l'anxiété et les réactions de peur et des expériences comportementales sont menées afin de modifier les futurs comportements du patient au cabinet.

Il faut un maximum sept séances avec le psychologue. Le patient continue alors le traitement au sein d'une salle de traitement auprès d'un chirurgien-dentiste, sans participation du psychologue. Cet entraînement clinique permet de fournir au patient de nouvelles expériences de soins dentaires. Ces sessions permettent d'autres expériences d'exposition tout en fournissant le traitement dentaire nécessaire. En fonction du plan de traitement, ces sessions iront de l'examen approfondi au traitement de restauration. Après traitement le patient remplit des questionnaires d'auto-évaluation sur l'anxiété dentaire puis il est référé aux soins dentaires en cabinet libéral.

2. Eye Movement Desensitization & Reprocessing

a. Définition

Selon EMDR France (64), il s'agit d'une approche psychothérapeutique, découverte aux Etats-Unis en 1987 par Francine Shapiro, psychologue américaine, et pratiquée depuis dans le monde entier.

La thérapie s'adresse à toute personne souffrant de perturbations émotionnelles généralement liées à des traumatismes psychologiques qu'ils soient évidents (abus sexuels, catastrophes naturelles ...) ou qu'il s'agisse d'événements de vie difficiles (enfance perturbée, deuils ...). Ces perturbations, qui vont alors s'exprimer sous différentes formes comme l'irritabilité, un comportement violent, la dépression ou encore les phobies, apparaissent quand notre cerveau est dépassé par un choc traumatique.

La thérapie EMDR permet de débloquent les mécanismes naturels de traitement de l'information et ainsi le traumatisme peut enfin être retraité, même longtemps après. C'est l'unique thérapie avec la TCC à être recommandée par l'HAS pour le traitement des états de stress post-traumatique.

Comment se passe le traitement ?

- Entretien préliminaire pour établir relation de confiance et identification du/des souvenir(s) traumatique(s)
- Souvenir retraité à chaque séance (une ou plusieurs séances pour chaque souvenir)
- Au début de la séance : concentration à la demande du thérapeute sur l'événement perturbant (souvenirs sensoriels, pensées et ressentis actuels associés) et stimulations bilatérales alternées soit par des mouvements oculaires, soit par des stimulations tactiles soit par des bips sonores.
- Entre chaque série le patient remarque ce qui lui vient à l'esprit. L'événement se retraite spontanément sans effort à faire.
- On continue la série de stimulations jusqu'à ce que le souvenir de l'événement ne soit plus source de perturbations mais qu'il soit associé à des ressentis calmes.

La séance dure de 60 à 90 minutes.

b. Indication pour la stomatophobie

Dans le cas des phobies, Francine Shapiro précise que le protocole EMDR particulier mis au point pour celles-ci visent l'évènement central qui a causé la phobie et les éventuelles circonstances qui maintiennent la peur en place, ainsi que tous les stimuli qui peuvent déclencher la peur de la personne. (65)

De Jongh en 2002 (66) a voulu évaluer l'application de l'EMDR à la phobie dentaire. Après deux à trois séances de traitement EMDR, trois des quatre patients ont montré sensiblement une réduction de l'anxiété et des changements de comportements importants. Ces gains ont été maintenus à six semaines de suivi. Ces résultats soutiennent que l'EMDR peut être une alternative de traitement efficace pour les phobies dont l'étiologie est liée à un traumatisme.

B. Les médecines alternatives

Il existe de la part des patients une demande importante pour des thérapeutiques non médicamenteuses avec potentiellement moins d'effets secondaires. Ces patients ainsi que le milieu médical portent un intérêt croissant pour les médecines alternatives. Elles regroupent de nombreuses thérapies, mais notre choix s'est porté sur quelques-unes qui semblent être les plus pertinentes dans notre prise en charge des patients phobiques.

1. L'Hypnose

a. Définition

D'après Jean GODIN, fondateur de l'institut Milton Erickson de Paris, dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale de 1991 (67) : « L'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne parvient à faire abstraction de la réalité environnante tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce « débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure », qui suppose un certain « lâcher-prise », équivaut à une façon originale de fonctionner, à laquelle on se réfère comme à un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient. »

Qu'est-ce que l'état hypnotique ?

Il s'agit d'un état modifié de conscience fondé sur le principe de la dissociation, dissociation entre partie consciente et partie inconsciente. C'est un état de transe, que l'on vit au quotidien (exemple : la lecture d'un roman permettant de nous évader). L'hypnose permet d'atteindre cet état, état qui nous permet alors d'intervenir sur notre inconscient qui contient toute notre mémoire émotionnelle profonde. Il existe des signes indicateurs permettant de discerner l'état de transe chez un sujet : battements de paupières plus nombreux, arrêt des mouvements corporels volontaires, mouvements des yeux sous les paupières, changement du rythme cardiaque, apparition de mouvements moteurs autonomes etc... (quelques signes suffisent). (68)

b. Soins dentaires sous hypnose

Actuellement, il existe des formations d'hypnose dentaire permettant aux praticiens de la pratiquer au sein du cabinet. Le domaine d'application est large (69) :

- gestion de l'anxiété et phobie dentaires,
- gestion de la douleur grâce à l'hypno-analgésie,
- gestion du saignement : l'hypnose permet de réduire le saignement,
- gestion du réflexe nauséeux,
- gestion des habitudes orales néfastes etc.

En ce qui concerne la gestion de l'anxiété, les soins dentaires sous hypnose se multiplient pour les patients phobiques. Ainsi une patiente phobique de 55 ans a reçu des soins parodontaux et extractions sous hypnose (70). Parodi et Kenton ont pu traiter deux patientes phobiques pour abcès et pulpite aiguë (71).

c. Hypnothérapie : traitement de la phobie

En dehors de la pure réalisation de soins dentaires sous hypnose pour les patients phobiques, ceux-ci au même titre que la thérapie cognitivo-comportementale par exemple, peuvent voir leur phobie traitée par l'hypnose.

Boaz et Boker en 1983 (72) ont utilisé l'hypnose pour changer des souvenirs traumatiques en souvenirs non-traumatiques chez une patiente phobique dentaire.

Hammarstrand et al en 1995 (73) ont comparé l'hypnothérapie et la TCC, ces deux thérapies permettant une diminution de l'anxiété des patients phobiques, les résultats étant plus significatifs pour la TCC.

Moore et al en 1996 (74) ont également comparé plusieurs thérapies pour des patients phobiques : hypnothérapie, désensibilisation, thérapie de groupe. Ils ont ainsi trouvé une évolution favorable de l'anxiété équivalente dans les trois thérapies.

Le stomatophobe devra alors être adressé à un hypnothérapeute, chirurgien-dentiste ou non, pour traiter la phobie à sa racine.

d. Les limites de l'utilisation de l'hypnose en odontologie

Il existe quelques limites à la généralisation de l'utilisation de l'hypnose en cabinet dentaire (75) :

- technique qui nécessite la formation de tout le personnel du cabinet,
- technique chronophage : l'agenda doit être organisé en fonction,
- limite dans la tarification : Nécessité d'un devis ? Nombre de séances nécessaires ?
- opposabilité du traitement.

2. La Sophrologie

a. Définition

Selon la Fédération Française de Sophrologie (77), la sophrologie, mise au point vers 1960 par le Docteur Caycedo, est une synthèse de différentes techniques orientales (yoga, méditation...) et de relaxation occidentale (training autogène de Schultz, relaxation progressive de Jacobson...). Il s'agit d'une approche personnelle permettant de trouver, de développer et d'adapter à nos besoins nos propres ressources.

Elle permet de parvenir à une harmonisation du corps et de l'esprit comme l'étymologie grecque du mot le montre : « sos » harmonie, « phren » conscience, « logos » étude.

b. La sophrologie en odontologie (78)

La sophrologie peut intervenir dans différents domaines en odontologie :

- dans la gestion du stress : diminution du réflexe nauséeux, une acceptation plus facile des prothèses, traitement de la bruxomanie...,
- dans la gestion de la douleur : pour le patient, préparation mentale aux éventuelles douleurs liées à l'intervention par exemple, mais aussi pour le praticien, la sophrologie permettant la libération des tensions physiques,
- dans la relation praticien-patient : par les principes et fondements mêmes de la sophrologie, elle permet une meilleure relation praticien-patient.

c. Indication pour le patient phobique

Il existe différentes techniques en sophrologie comme la sophronisation de base vivantielle, sophro-stimulation corporelle, sophro-activation vitale ... en fonction des besoins, mais nous ne les détaillerons pas. La sophrologie peut apaiser et diminuer les symptômes liés à la phobie. (79) Elle ne va pas forcément permettre de guérir la phobie mais de la rendre plus vivable au quotidien.

La technique utilisée dans la gestion de la phobie est la technique de Sophro-correction-sérielle. Elle est aussi efficace dans le cas de la stomatophobie. (78)

Elle consiste à guider la personne dans la situation anxiogène de manière progressive. Le thérapeute évoque successivement les étapes de la situation en faisant des pauses pour retrouver le calme à chaque fois que nécessaire. Dès que des symptômes d'anxiété ou sentiments d'angoisse apparaissent, on abandonne la situation, on se ressource dans des pensées agréables et on revient ensuite plus confiant dans la situation anxiogène. Ainsi le sujet remplace peu à peu, mentalement, l'anxiété d'anticipation par un sentiment de calme, guidé par la voix du thérapeute. (80)

3. L'Acupuncture

a. Définition

Il s'agit d'une branche de la médecine chinoise traditionnelle consistant à piquer avec des aiguilles en des points précis de la surface du corps d'un patient pour soigner différentes maladies ou provoquer un effet analgésique. (1)

L'acupuncture est basée sur la philosophie de l'équilibre et de l'unité entre l'univers, les êtres-vivants et le flux d'énergie qui pénètre partout et tout. Tout déséquilibre de ce flux dans le corps peut causer la maladie ou la douleur. Le concept principal de l'acupuncture est donc de rendre au corps un état d'équilibre harmonisé. (81)

Il existe différentes approches, certaines utilisent des points situés sur les méridiens d'acupuncture traditionnels qui sillonnent la surface du corps, d'autres se concentrent sur des points situés sur l'oreille (acupuncture auriculaire), et d'autres sur les mains ou les pieds (Su-Jok acupuncture). (81)

b. L'acupuncture en odontologie (82)

L'acupuncture peut apporter une aide dans nos traitements dans la plupart des disciplines qu'elle soit préventive ou curative :

- anxiété, phobie,
- réflexe nauséeux,
- prévention des caries,
- en odontologie conservatrice et en endodontie : hyperesthésie, pulpite, abcès ...,
- en pathologie et chirurgie buccale : alvéolite, lésion du nerf alvéolaire inférieur, trismus, aphte...,
- en parodontologie : gingivite, parodontite etc.

Pour chaque pathologie, il existe des points d'acupuncture particuliers.

Ainsi, dans le cas de l'anxiété qui est considéré par les orientaux comme un trouble du cœur rongé de l'intérieur, le patient sera traité en utilisant l'axe cœur-rein, correspondant respectivement à la joie et la peur. Les points à puncturer sont : C3-5-7, R1-4, V15-23. Néanmoins, ils seront différents pour traiter la phobie, les points se trouvent sur le méridien de la rate se rapportant au sentiment de réflexion et gouvernant les idées et les opinions ; ce sont : RP2-3-5-6, E-36.

Le chirurgien-dentiste a une obligation de formation afin de maîtriser tous les principes et techniques de l'acupuncture. Dans le cas contraire, il devra adresser la patient à un médecin acupuncteur pour compléter sa prise en charge.

c. Les études

Des études concernant l'efficacité de l'acupuncture existent.

Rosted et Bundgaard en 2010 (83) ont évalué l'efficacité sur l'anxiété d'un traitement par acupuncture reçu avant des soins dentaires. Les patients sélectionnés devaient avoir une anxiété sévère. Ces 20 patients ont donc reçu un traitement d'acupuncture de 5 minutes avant le traitement dentaire au niveau des points G20 et EX6. L'acupuncture a entraîné une réduction significative de l'anxiété. Tous les patients ont accepté le traitement dentaire, alors qu'initialement seuls 6 auraient accepté.

Une étude chinoise (84) menée sur 58 patients allemands a évalué l'efficacité de l'acupuncture associée à la moxibustion dans le traitement de phobies (phobie sociale, phobie de la maladie). Les résultats, après une cure de 10 séances, sont une guérison totale chez 18 patients, une grande amélioration chez 19, une amélioration chez 16 et aucune efficacité sur 5 cas.

L'acupuncture est une médecine alternative qui peut être utilisée dans le cas de nos patients phobiques, soit seulement pour permettre un traitement ponctuel diminuant son anxiété à court terme par un chirurgien-dentiste formé à l'acupuncture, soit comme traitement plus approfondi de sa phobie, il sera alors adressé à un médecin acupuncteur.

4. Les Fleurs de Bach

a. Définition

Les fleurs de Bach, découvertes dans les années 1930 par le Docteur Edward Bach, sont des médicaments utilisés pour rééquilibrer les émotions et les états mentaux négatifs. Docteur Bach, médecin et homéopathe, considérait que la première cause des maladies provenait d'un déséquilibre de l'harmonie intérieure et qu'en y remédiant la santé se rétablirait naturellement. La psycho-neuro-immunologie confirme les hypothèses du Docteur Bach en démontrant que les émotions ont un impact décisif sur la santé physique (85).

b. Quelles fleurs utiliser ?

Au quotidien, la manière la plus simple d'utiliser ce qu'on appelle les élixirs consiste à la prendre pour compenser un état négatif. Ce sont les remèdes d'humeur, et chacune des 38 Fleurs peut s'employer comme remède d'humeur. Pour utiliser le bon remède, il faut être capable de comprendre nos émotions, ce qu'on ressent. (86)

Il existe une formule composée le Rescue Remedy qui est à utiliser dans les situations extrêmes d'anxiété.

Celui-ci est un assemblage de cinq élixirs, que l'on peut prendre aussi indépendamment selon les émotions personnelles de chacun :

- Rock Rose (Hélianthème) : élixir pour état de terreur et de peur extrême. Il combat une peur spécifique, il aide à calmer les états de terreur les plus intenses ce qui permet d'affronter la situation,
- Clematis (Clématite) : élixir pour sensations de faiblesse, d'absence ou de déconnexion qui surgissent souvent en cas d'urgence,
- Impatiens (Impatience) : pour l'agitation qui accompagne la montée d'adrénaline,
- Star of Bethlehem (Etoile de Bethlehem) qui aide à affronter chocs et pertes,
- Cherry Plum (Prunus) : pour garder la tête froide et rester rationnel.

Ainsi il sera conseillé à un patient phobique de prendre quelques gouttes de Rescue Remedy avant un rendez-vous afin de le calmer. Néanmoins, aucun article scientifique confirmant l'efficacité de ce remède dans le cas des phobiques n'a été trouvé.

Mais les fleurs de Bach peuvent aussi être utilisées dans le but de traiter la phobie, mais chacun devra utiliser celles qui lui conviennent en fonction de sa personnalité, et en fonction de ses émotions qu'il doit lui-même comprendre. Par exemple, il existe le mimulus : élixir pour ceux qui souffrent d'une peur ou d'une anxiété dont la cause est déterminée et connue, il stimule le courage et la force tranquille que nous avons en nous et nous aide à combattre nos angoisses.

c. Utilisation

Les fleurs de Bach existent sous différentes formes : élixir, crème, parfum, spray.

En ce qui concerne les élixirs, (87)

- pour les problèmes ponctuels : prendre 4 gouttes plusieurs fois par jour, tant que le besoin s'en fait sentir (ex : Rescue Remedy),
- pour les problèmes chroniques, prendre chaque jour : Soit 4 gouttes diluées dans un verre d'eau, et ce plusieurs fois dans la journée, soit 16 gouttes ajoutées à votre bouteille d'eau habituelle sur plusieurs semaines ou tant que le besoin s'en fait sentir.

d. Efficacité scientifique

Les fleurs de Bach font partie de ce qu'on appelle les médecines alternatives. Leur utilisation et popularité est de plus en plus importante, mais il est important d'étudier la validité scientifique de cette médecine. Lechien en 2012 (88) a ainsi réalisé une revue de la littérature concernant les essais cliniques réalisés sur les fleurs de Bach. Selon lui, il semblerait que les études les plus sérieuses (c'est-à-dire basées sur la notion de Evidence Based-Medicine) ne prouvent pas une efficacité supérieure des fleurs de Bach sur les placebos, leurs défenseurs répondant que ces études n'utilisent pas les fleurs de Bach comme il le faudrait, mauvaises mixtures, mauvaise durée de traitement.

Malgré tout, ces fleurs de Bach peuvent répondre au besoin de diminution de l'anxiété ou autre chez des patients demandeurs de médecines alternatives pour qui ces traitements sont en accord avec leurs valeurs personnelles.

V. CAS CLINIQUES

A. Madame X



Madame X, 50 ans, s'est présentée aux urgences du Pavillon d'Odontologie de la Timone à Marseille en septembre 2016 pour des fortes douleurs secteur 2. L'avulsion de la 27 a été possible malgré le niveau d'anxiété très important.

Cette patiente se considère comme phobique, un questionnaire DFS lui alors été remis afin de diagnostiquer la phobie. Après avoir répondu aux différentes questions, le score obtenu est de 72 correspondant au seuil phobique.

Aussi loin que la patiente se souvienne, elle a l'impression d'avoir toujours été phobique. Aucun détartrage n'a jamais été réalisé, elle évite les soins depuis plus de 15 ans et ne se rend au cabinet dentaire que lors d'une très forte douleur. Ainsi, en 2012, elle s'était déjà présentée en urgences où une thrombophlébite étendue au sinus caverneux suite à une infection au niveau du secteur 1 a été diagnostiquée, pour laquelle elle s'était automédiquée pour éviter de se faire soigner.

Lors de l'examen clinique et radiologique, on a ainsi observé :

- une présence très importante de tartre associée à une parodontite chronique généralisée superficielle,
- six dents absentes, un débris radiculaire,
- trois caries.

Ces observations correspondent aux études menées sur l'état bucco-dentaire des patients phobiques.

Depuis le bilan bucco-dentaire, la patiente a accepté la réalisation du détartrage sous Atarax® et uniquement par l'étudiante Y lui ayant donné toute sa confiance et à qui son dossier a été attribué.

Madame X, pour le moment, ne souhaite pas être prise en charge pour le traitement de sa phobie.

B. Madame Y

Madame Y, 34 ans, est prise en charge depuis 2010 au centre des soins dentaires spécifiques dans l'hôpital adulte de la Timone à Marseille. Cette patiente considérée comme phobique a alors été prise en charge par le professeur X. Afin d'aider cette patiente, une thérapie par exposition progressive a été mise en place.

Lors du premier rendez-vous, la patiente pleure en entrant dans le cabinet. Elle a seulement vu le fauteuil. Une radiographie panoramique, des radiographies bite-wings et une motivation à l'hygiène bucco-dentaire ont été réalisés.

Lors du deuxième rendez-vous, la patiente entre dans le cabinet sans pleurer et peut s'asseoir sur le fauteuil. Un examen buccal avec sonde et miroir a pu être réalisé. Une gingivite et des caries proximales sont alors diagnostiquées.

Lors du troisième rendez-vous, les soins débutent sous MEOPA. En 2010, sont alors réalisés en plusieurs séances les soins de 22,26,17,27,47,12,46,15 et le détartrage. En 2014, une restauration sur la 37 a été faite, toujours sous MEOPA.

A présent, la patiente accepte certains soins sans MEOPA mais uniquement par le professeur X en qui elle a mis toute sa confiance.

De ces deux cas cliniques, il est important de relever que les deux patientes acceptent les soins mais seulement par un seul praticien. Ceci rappelle à quel point la relation praticien-patient est particulière dans notre profession, et que la confiance est essentielle à cette relation de soins. Ces deux praticiennes ont su communiquer avec des patientes phobiques et les soigner alors qu'elles évitaient les soins dentaires depuis pourtant plusieurs années.

VI. DISCUSSION

La phobie des soins dentaires chez le patient adulte reste un sujet peu abordé par rapport à la « simple » anxiété au cabinet dentaire, d'où le choix de ce travail. La recherche à travers la littérature a permis de comprendre les origines et les conséquences de cette phobie mais aussi les moyens de prendre en charge les patients concernés. Elle a été principalement faite à travers des publications scientifiques issues de revues psychologiques, plus qu'odontologiques. D'ailleurs ces études étaient dans une grande majorité issues d'auteurs suédois, dont le pays s'intéresse beaucoup à ce sujet, au point d'ouvrir un centre spécialisé dans la prise en charge des patients phobiques.

Plusieurs limites ont été rencontrées pendant notre recherche. D'abord le manque de seuil phobique au niveau des échelles d'évaluations, qui entraînent une difficulté au niveau du diagnostic de la phobie, mais aussi une difficulté dans l'évaluation de la prévalence de la phobie. Une deuxième limite a concerné la recherche sur les médecines alternatives. Il nous était primordial de s'y intéresser, elles permettent la prise en charge du patient dans sa globalité mais aussi une alternative aux méthodes médicamenteuses. Cependant, il existe à l'heure actuelle, un manque de preuve scientifique, même si elles tendent à démontrer leur efficacité notamment dans la prise en charge des patients phobiques.

CONCLUSION

De la peur de la douleur à la peur de la contamination, en passant par celle d'être arnaquée, la liste des différentes peurs qu'on peut retrouver chez des patients est nombreuse. Mais parfois elle se transforme en véritable phobie. Comment faut-il alors prendre en charge ces patients phobiques des soins dentaires ? Voilà la question qui s'est posée tout au long de cette recherche menée à travers un certain nombre d'études menées avec ces patients.

Le premier élément important est de savoir réaliser un diagnostic de la phobie, un patient présentant une anxiété faible ne doit pas être pris en charge de manière identique à un patient phobique. Pour cela, de nombreuses échelles sont à notre disposition, même si avant tout il faut écouter le patient afin de dépister la possibilité d'une phobie de soins dentaires.

Les différentes études ont montré que la phobie des soins dentaires pouvait entraîner une attaque panique caractérisée par un certain nombre de symptômes lorsque le patient est face au stimulus phobogène : le cabinet dentaire. Il faut savoir les reconnaître mais aussi pouvoir les diminuer afin que le patient puisse accéder aux soins dentaires. Leur anxiété étant très sévère, l'utilisation de sédatifs oraux ou encore du MEOPA est nécessaire. Pour certains patients, ceux-ci sont insuffisants et l'anesthésie générale est alors la solution ultime.

Mais la phobie des soins dentaires n'est pas une fatalité et des moyens existent pour la traiter. La thérapie cognitive et comportementale semble actuellement être la méthode la plus étudiée et la plus efficace pour traiter ce trouble anxieux. Néanmoins en fonction de sa motivation et de sa personnalité, le patient pourra alors choisir entre une autre psychothérapie, comme l'EMDR, et les médecines alternatives, comme l'hypnose ou l'acupuncture.

C'est alors le rôle du chirurgien-dentiste d'expliquer le caractère essentiel de la prise en charge de la phobie. Car celle-ci est caractérisée, comme nous l'avons vu, par l'évitement des soins dentaires, entraînant conséquences sur la santé buccale (maladies carieuses, parodontopathies, problèmes occlusaux etc.) et sentiment d'embarras dont la répercussion sur la vie sociale a été démontrée. Le praticien devra alors adresser son patient à une personne compétente si nécessaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Collectif. Larousse Médical. édition 2006. Larousse; 2006. 1219 p.
2. LE CERVEAU À TOUS LES NIVEAUX ! [Internet]. [cité 13 sept 2016]. Disponible sur : http://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_04/a_04_cr/a_04_cr_peu/a_04_cr_peu.html#2
3. Ledoux J, Muller J. Emotional memory and psychopathology. Philos Trans R Soc B. 1997 Nov;352(1362):1719-26.
4. André C. Les mécanismes des peurs et des phobies. In: Psychologie de la peur: craintes, angoisses et phobies. Odile Jacob; 2004. p. 36-62.
5. André C. Peurs normales et pathologiques. In: Psychologie de la peur. Odile Jacob; 2004. p. 11-35.
6. André C. Apprentissage des phobies. In: Les phobies. Flammarion; 1999. p. 56.
7. André C. Trois types de phobie. In: Les phobies. Flammarion; 1999. p. 20.
8. Amzalag A. Le patient dans tous ses états. In: Codes de la relation dentiste-patient. Masson. 2007. p. 3-17.
9. Bohl J-B, Pirnay P. Qu'est-ce que la peur ? In: La peur du dentiste. Editions CdP; 2016. p. 9-16.
10. Oosterink FM, De Jongh A, Aartman IHA. Negative events and their potential risk of precipitating pathological forms of dental anxiety. J Anxiety Disord. 2009 Mai;23(4):451-7.
11. Weinman J. Les origines de la peur du dentiste [Internet]. [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.peurdudentiste.ch/phobie-dentiste/peur-dentistes/origines-causes/>
12. Bohl J-B, Pirnay P. Pourquoi nos patients ont-ils peur de nos soins dentaires ? In: La peur du dentiste. Editions CdP; 2016. p. 29-42.
13. Armfield JM, Milgrom P. A clinician guide to patients afraid of dental injections and numbness. Soc Adv Anaesth Dent. 2011;27:33-9.
14. OMS. Prévention des infections nosocomiales : 2ème édition [Internet]. [cité 30 oct 2016]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69751/1/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12_fre.pdf
15. Thomson WM, Stewart JF, Carter KD, Spencer AJ. Public perception of cross-infection control in dentistry. Aust Dent J. 1997 Oct;42(5):291-6.
16. Meldman MJ. The dental-phobia test. Psychosomatics. 1972 Nov;13(6):371-2.
17. Armfield JM. The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. Aust Dent J. 2010 Dec;55(4):368-77.

18. Lautch H. Dental Phobia. *Br J Psychiatry*. 1971;119:151.
19. Öst LG, Hugdahl K. Acquisition of blood and dental phobia and anxiety response patterns in clinical patients. *Behav Res Ther*. 1985;23(1):27-34.
20. Graham CL. Dental phobias and anxieties : evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear. *Behav Res Ther*. 1989;27(1):51-8.
21. Weiner A. The basic of fear, anxiety, and phobia : past and present. In: *The fearful Dental patient: a guide to understanding and managing*. Blackwell publishing ltd; 2011. p. 3-28.
22. Burton R. Chapitre 1. In: *Fears and Phobias*. Academic Press; 1969. p. 1-4.
23. American Psychiatric Association. Anxiety disorders. In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition. Washington: American Psychiatric Association; 1994. p. 393-444.
24. American Psychiatric Association. Troubles anxieux. In: *DSM-IV-TR: Manuel statistique et diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson; 2004. p. 493-560.
25. Oosterink FM, De Jongh A, Hoogstraten J. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. *Eur J Oral Sci*. 2009 Avr;117:135-43.
26. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res*. 1969 Juil;48(4):596.
27. Hennequin M, Faulks D, Collado V, Thellier E, Nicolas E. French versions of two indices of dental anxiety and patient cooperation. *Eur Cell Mater*. 2007;13(1):28.
28. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. The modified dental anxiety scale: validation and united kingdom norms. *Community Dent Health*. 1995;12(3):143-50.
29. Modified Dental Anxiety Scale | University of St Andrews [Internet]. [cité 20 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.st-andrews.ac.uk/dentalanxiety/scaletranslations/>
30. Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc*. 1973 Avr;86(4):842-8.
31. Vinckier F, Vansteenkiste G. Medical history in relation to dental anxiety in adults. *Rev Belge Médecine Dent*. 2003;58(4):234-44.
32. Armfield JM. Development and psychometric evaluation of the index of dental anxiety and fear (IDAF-4C+). *Psychol Assess*. 2010 Juin;22(2):279-87.
33. Quenneville I. Adaptation québécoise-française et validation de l'index of dental anxiety and fear. [Québec]: Faculté de médecine dentaire Université Laval; 2013.
34. Potter CM, Kinner DG, Tellez M, Ismail AI, Heimberg RG. Clinical implications of panic symptoms in dental phobia. *J Anxiety Disord*. 2014 Oct;28(7):724-30.
35. Öst LG, Sterner U, Lindahl I-L. Physiological responses in blood phobics. *Behav Res Ther*. 1984;22(2):109-17.

36. Leutgeb V, Schafer A, Schienle A. Late cortical positivity and cardiac responsivity in female dental phobics when exposed to phobia relevant pictures. *Int J Psychophysiol.* 2011;79:410-6.
37. Nicolas E, Collado V, Faulks D, Bullier B, Hennequin M. A national cross-sectional survey of dental anxiety in the French adult population. *BMC Oral Health.* 2007;10(7):12.
38. Poulton R, Thomson WM, Davies S, Kruger E, Brown RH, Silva P. Good teeth, bad teeth and fear of the dentist. *Behav Res Ther.* 1997 Avr;35(4):327-34.
39. Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major U.S. city. *J Am Dent Assoc.* 1988;116:641-7.
40. Armfield JM. A comparison of three continuous scales used to determine the prevalence of clinically significant dental fear. *Community Dent Oral Epidemiol.* déc 2011;39(6):554-63.
41. Raadal M, Skaret E. Background Description and Epidemiology. In: Öst LG, Skaret E, editors. *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety.* Wiley-Blackwell; 2013. p. 21-32.
42. Fredrikson M, Annas P, Fischer H, Wik G. Gender and age differences in the prevalence of specific fears. *Behav Res Ther.* 1996 Janv;34(1):33-9.
43. Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Smith S, Goldstein RB, Ruan WJ. The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med.* 2007 Juil;37(7):1047-59.
44. Milgrom P, Weinstein P, Getz T. The problem of fear in Dentistry. In : *Treating fearful dental patients: a patient management handbook.* Reston Publishing company; 1985. p. 17-28.
45. Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *J Am Dent Assoc.* 1984 Août;109(2):247-51.
46. Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG, Gröndhal HG. Long-term effects on dental care behavior and dental health after treatments for dental fear. *Anesth Prog.* 1993;40(3):72-7.
47. Agdal ML, Raadal M, Skaret E, Kvale G. Oral Health and oral treatment needs in patients fulfilling the DSM-IV criteria for dental phobia: Possible influence on the outcome of cognitive behavioral therapy. *Acta Odontol Scandinava.* 2008;66(1):1-6.
48. Moore R, Brodsgaard I, Rosenberg N. The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study. *BMC Psychiatry.* 2004 Avr;4(10).
49. Andre C. Tout savoir sur le traitement des phobies. In: *Psychologie de la peur: craintes, angoisses et phobies.* Odile Jacob; 2004. p. 134-64.

50. Association dentaire française. Commission des dispositifs médicaux. Prescription sédatrice. In: Mieux prescrire en odontologie. Association dentaire française; 2010. p. 71-5.
51. Philippart F. La sédation consciente au mélange protoxyde d'azote/oxygène en odontologie. Douleurs Eval-Diagn-Trait. 2006 Oct;7(5):252-5.
52. Boulland P, Favier J-C, Villevieille T, Allanic L, Plancade D, Nadaud J, et al. Mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA). Rappels théoriques et modalités pratiques d'utilisation. Ann Fr Anesth Réanimation. 2005 Oct;24(10):1305-12.
53. Droz D, Maniere M-C, Tardieu C, Berthet A, Collado V, Albecker-Grappe S, et al. La sédation consciente avec Kalinox®: quatre ans de pratique hospitalière en Odontologie. Douleurs Eval-Diagn-Trait. 2005 Sept;6(4):19-24.
54. Collado V, Hennequin M, Faulks D, Mazille M-N, Nicolas E, Koscielny S, et al. Modification of behavior with 50% nitrous oxide/oxygen conscious sedation over repeated visits for dental treatment a 3-year prospective study. J Clin Psychopharmacol. 2006 Oct;26(5):474-81.
55. Peretz B, Katz J, Zilburg I, Shemer J. Response to nitrous-oxide and oxygen among dental phobic patients. Response Nitrous-Oxide Oxyg Dent. 1998 Fév;48(1):17-23.
56. Andrieu G. Introduction à l'anesthésie générale en odonto-stomatologie. Actual Odonto-Stomatol. 1992;179:549-53.
57. HAS. Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie. [Internet]. [cité 7 oct 2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/anesthesie_odontologie_synth.pdf
58. Berggren U, Linde A. Dental fear and avoidance: a comparison of two modes of treatment. J Dent Res. 1984 Oct;63(10):1229-1227.
59. Les Thérapies Comportementales et Cognitives | AFTCC [Internet]. [cité 26 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.aftcc.org/les-therapies-comportementales-et-cognitives>
60. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Psychothérapies: trois approches évaluées. INSERM; 2004.
61. Öst LG. Long-term effects of behavior therapy for specific phobia. In: Long-Term treatments of anxiety disorders. Washington: American Psychiatric Press; 1996. p. 122-70.
62. Newton T, Forbes MDL, Boyle CA. Acceptability of behaviour therapy for dental phobia. Community Dent Oral Epidemiol. févr 2012;40(1):1-7.
63. Lundgren J, Boman UW. Multimodal Cognitive Behavioural treatment. In: Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety. Wiley-Blackwell; 2013. p. 109-18.

64. Dépliant EMDR France [Internet]. [cité 26 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.emdr-france.org/web/wp-content/uploads/2015/04/D%C3%A9pliant-EMDR-FRANCE-JANV11.pdf>
65. Shapiro F, Forrest MS. Les nombreux visages de la peur : phobies et crises d'angoisse. In: Des yeux pour guérir: EMDR: la thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes. Seuil; 2005.
66. De Jongh A, Van den Oord HJM, Broeke ET. Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of specific phobias: Four single-case studies on dental phobia. J Clin Psychol. 2002 Déc;58(12):1489-503.
67. Godin J. Hypnothérapie. In : Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Editions Techniques. Paris; 1991. p. 1-10.
68. Tenenbaum S. L'état de transe. In: l'hypnose éricksonienne : un sommeil qui éveille. InterEditions; 2012. p. 71-8.
69. Prieur J. Pourquoi et comment introduire l'hypnose au cabinet dentaire ? [Thèse]. [Nancy]: Université Henri Poincaré Nancy 1; 2010.
70. Gow MA. Hypnosis with a blind 55-year-old female with dental phobia requiring periodontal treatment and extraction. Contemp Hypn. 2006 Juil;23:92-100.
71. Parodi C, Kenton K. Le dentiste, l'hypnose, le patient - LEFILDENTAIRE magazine dentaire [Internet]. [cité 7 oct 2016]. Disponible sur : <http://www.lefildentaire.com/articles/clinique/omnipratique/le-dentiste-l-hypnose-le-patient/>
72. Baker SR, Boaz D. The partial reformulation of a traumatic memory of a dental phobia during trance : A case study. Int J Clin Exp Hypn. 1983;31(1):14-8.
73. Hammarstrand G, Berggren U, Hakeberg M. Psychophysiological therapy vs. hypnotherapy in the treatment of patients with dental phobia. Eur J Oral Sci. 1995 Déc;103(6):399-404.
74. Moore R, Abrahamsen R, Brodsgaard I. Hypnosis compared with group therapy and individual desensitization for dental anxiety. Eur J Oral Sci. 1996 Oct;104(5-6):612-8.
75. Andoche C. Gestion des patients stomatophobes en médecine bucco-dentaire: Apport de l'hypnose en cabinet libéral. [La Réunion]: Université de la Réunion; 2014.
77. Fédération Française de Sophrologie [Internet]. [cité 5 oct 2016]. Disponible sur : <http://www.federation-sophrologie.org/>
78. KLIPFEL B. la sophrologie en odontologie: enquête d'opinion, intérêt et possibilités d'applications [Chirurgie dentaire]. [Nancy]: Académie de Nancy-Metz Université Henri Poincaré-Nancy I; 2011.
79. Sophrologie Traitement des Phobies, Peurs ... | Blog [Internet]. [cité 5 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.sophrotherapie-paris.com/blog/articles/sophrologie-traitement-des-phobies-peurs>

80. Etchelecou B. Sophrologie et psychothérapie, problématiques fréquentes. In: Sophrologie: applications thérapeutiques. InterEditions; 2012. p. 73-113.
81. Chernyak GV, Sessler DI. Perioperative Acupuncture and Related Techniques. *Anesthesiology*. 2005;102:1031-42.
82. Audoux S, Thomas P. Intérêts et Applications cliniques des médecines alternatives au cabinet dentaire [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire]. Université de Nantes; 2011.
83. Rosted P, Bundgaard M, Gordon S, Pedersen AM. Acupuncture in the management of anxiety related to dental treatment: a case series. *Acupunct Med*. 2010 Mars;28(1):3-5.
84. Li Z. 58 patients atteints de phobie traités essentiellement par l'acupuncture-moxibustion [Internet]. 1995 [cité 7 oct 2016]. Disponible sur: http://www.medecinechinoise.org/medias/fichier/Phobie_01_2013.pdf
85. Ball S. introduction aux fleurs de Bach. In: Le guide des fleurs de Bach. Larousse. 2014. p. 2-11.
86. Ball S. comment utiliser les fleurs de Bach ? In: Le guide des fleurs de Bach. Larousse. 2014. p. 12-30.
87. Modes d'utilisation - Les fleurs de Bach [Internet]. [cité 30 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.lesfleursdebach.com/fr/content/36-modes-dutilisation>
88. Lechien J, Hadeff A, Saidi SD, Chimanuka I, Es-Sago M, De Araujo P. Traitement par fleurs de Bach: pensée magique ou médecine factuelle? *Revue de la littérature. Rev Médicale Brux*. 2012;33(2):105-10.

SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé de mes confrères si j'y manque.

MESNIER Emilie – La prise en charge du patient adulte phobique des soins dentaires

Th. : Chir. Dent. : Marseille : Aix –Marseille Université : 2016

Rubrique de classement : Sciences anatomiques et physiologiques, Occlusodontie, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie

Résumé :

La phobie des soins dentaires concerne 5 à 15% de la population dans les pays occidentaux. Elle est caractérisée par un évitement des soins dentaires entraînant des conséquences sur la santé buccale et la vie des patients phobiques. L'intérêt de ce travail est de réaliser une approche clinique et thérapeutique de la phobie dentaire, afin de mieux en comprendre les origines, la diagnostiquer et la prendre en charge.

La première partie expose les mécanismes de la peur et de la phobie.

La deuxième partie traite le diagnostic, les symptômes et les conséquences de la phobie dentaire.

La troisième partie détaille les différents moyens permettant au patient phobique d'accéder aux soins.

La quatrième partie se consacre aux différents types de traitements permettant de soigner ou diminuer la phobie dentaire.

Mots clés :

Odontologie

Phobie dentaire

Peur

Apprentissage par évitement

Psychothérapie

Thérapies complémentaires et alternatives

MESNIER Emilie - The management of adult dental phobic patient.

Abstract :

Dental phobia concerns 5 to 15% of the population in the western countries. It is characterized by avoiding of dental treatment causing consequences on oral health and life of phobic patients. The interest of this work is to achieve clinical and therapeutic approach of dental phobia to understand better its origins, to diagnose it and to take care of it.

The first part outlines the mechanisms of fear and phobia.

The second part deals with the diagnosis, symptoms and consequences of dental phobia.

The third section details the different ways the phobic patient access to care.

The fourth section is devoted to different types of treatments to cure or decrease dental phobia.

MeSH :

Dentistry

Dental phobia

Fears

Avoidance learning

Psychotherapies

Therapies, alternative

Adresse de l'auteur :

26 avenue Alexandre Fleming

13004 Marseille