



HAL
open science

Outils thérapeutiques dans la prise en charge de l'anxiété au cabinet dentaire : le MEOPA et l'hypnose

Luc Guiglion

► **To cite this version:**

Luc Guiglion. Outils thérapeutiques dans la prise en charge de l'anxiété au cabinet dentaire: le MEOPA et l'hypnose. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01019252

HAL Id: dumas-01019252

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01019252v1>

Submitted on 7 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Outils thérapeutiques dans la prise en charge de
l'anxiété au cabinet dentaire : Le MEOPA et L'Hypnose

Année 2014

Thèse n°47-57-14-12

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant
la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice
Le 18-06-2014 Par

Monsieur Luc GUIGLION

Né le 10-03-1989 à Saint Vallier
Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE
(Diplôme d'État)**

Examineurs :

Madame le Professeur
Madame le Professeur
Madame le Docteur
Madame le Docteur
Monsieur le Docteur

Laurence LUPI-PEGURIER
Michèle MULLER BOLLA
Clara JOSEPH
Catherine PESCI-BARDON
Rémi SIONNEAU

Président du jury
Assesseur
Assesseur
Directrice de thèse
Membre invité

Outils thérapeutiques dans la prise en charge de
l'anxiété au cabinet dentaire : Le MEOPA et L'Hypnose

Année 2014

Thèse n°47-57-14-12

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant
la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice
Le 18-06-2014 Par

Monsieur Luc GUIGLION

Né le 10-03-1989 à Saint Vallier
Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE
(Diplôme d'État)**

Examineurs :

Madame le Professeur
Madame le Professeur
Madame le Docteur
Madame le Docteur
Monsieur le Docteur

Laurence LUPI-PEGURIER
Michèle MULLER BOLLA
Clara JOSEPH
Catherine PESCI-BARDON
Rémi SIONNEAU

Président du jury
Assesseur
Assesseur
Directrice de thèse
Membre invité

CORPS ENSEIGNANT

56^{ème} section : DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeur des Universités : Mme MULLER-BOLLA Michèle
Maître de Conférences des Universités : Mme JOSEPH Clara
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme CALLEJAS Gabrièle

Sous-section 02 : ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Professeur des Universités : Mme MANIERE-EZVAN Armelle
Maître de Conférences des Universités : M. FAVOT Pierre
Assistant Hospitalier Universitaire : Mlle TABELT Caroline
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme AUBRON Ngoc-Maï

Sous-section 03 : PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE

Professeur des Universités : Mme LUPI-PEGURIER Laurence
Assistant Hospitalier Universitaire : Mlle CUCCHI Céline

57^{ème} section : SCIENCES BIOLOGIQUES, MEDECINE ET CHIRURGIE BUCCALE

Sous-section 01 : PARODONTOLOGIE

Maître de Conférences des Universités : M. CHARBIT Yves
Maître de Conférences des Universités : Mme VINCENT-BUGNAS Séverine
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SURMENIAN Jérôme
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme LAMURE Julie

Sous-section 02 : CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE, ANESTHESIE ET REANIMATION

Maître de Conférences des Universités : M. COCHAIS Patrice
Maître de Conférences des Universités : M. HARNET Jean-Claude
Assistant Hospitalier Universitaire : M. BENHAMOU Yordan
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SAVOLDELLI Charles

Sous-section 03 : SCIENCES BIOLOGIQUES

Professeur des Universités : Mme PRECHEUR Isabelle
Maître de Conférences des Universités : Mme RAYBAUD Hélène
Maître de Conférences des Universités : Mlle VOHA Christine

58^{ème} section : SCIENCES PHYSIQUES ET PHYSIOLOGIQUES ENDODONTIQUES ET PROTHETIQUES

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE

Professeur des Universités : Mme BERTRAND Marie-France
Professeur des Universités : M. ROCCA Jean-Paul
Maître de Conférences des Universités : M. MEDIONI Etienne
Maître de Conférences des Universités : Mme BRULAT-BOUCHARD Nathalie
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme DESCHODT-TOQUE Delphine
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SIONNEAU Rémi
Assistant Hospitalier Universitaire : M. CEINOS Romain

Sous-section 02 : PROTHESES

Professeur des Universités : Mme LASSAUZAY Claire
Maître de Conférences des Universités : M. ALLARD Yves
Maître de Conférences des Universités : Mme POUYSSEGUR-ROUGIER Valérie
Maître de Conférences des Universités : M. LAPLANCHE Olivier
Assistant Hospitalier Universitaire : M. CHOWANSKI Michael
Assistant Hospitalier Universitaire : M. CASAGRANDE Nicolas
Assistant Hospitalier Universitaire : M. OUDIN Antoine
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SABOT Jean-Guy

Sous-section 03 : SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Professeur des Universités : M. BOLLA Marc
Professeur des Universités : M. MAHLER Patrick
Maître de Conférences des Universités : M. LEFORESTIER Eric
Maître de Conférences des Universités : Mlle EHRMANN Elodie
Assistant Hospitalier Universitaire : Mlle CANCEL Bénédicte

A Madame le Professeur Laurence LUPI-PEGURIER

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Nice Sophia-Antipolis
Professeur des Universités, Praticien hospitalier
Responsable de la Sous-section de Santé Publique

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement et votre constante bonne humeur ! Je regrette que nous n'ayons pas eu l'opportunité de travailler d'avantage ensemble au centre de soins.

A Madame le Docteur PESCI-BARDON

Docteur en chirurgie-dentaire
Docteur de l'Université de Nice-Sophia Antipolis
Spécialiste qualifié en médecine Bucco-dentaire
Praticien Hospitalier

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de diriger ce travail. Je ne vous remercierai jamais assez pour ces deux années passées à Saint-Roch. Votre rigueur, votre disponibilité à toute épreuve ainsi que votre sympathie vous ont rendu indispensable lors de ma formation hospitalière. De la chirurgie à la prothèse, vous avez pris la peine de me transmettre des savoirs aussi multiples qu'éclairés pour guider mon avenir professionnel. Je tiens également à vous remercier pour la patience et l'investissement dont vous avez fait preuve pour la direction de ce travail !

A Madame le Professeur Michèle MULLER-BOLLA

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Nice Sophia-Antipolis
Professeur des universités, Praticien hospitalier
Sous-section d'Odontologie Pédiatrique

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement à la faculté et au centre de soins. Votre sens de l'humour ainsi que votre rigueur m'ont permis d'aborder les longues vacances du mercredi après-midi avec le sourire (oui presque tout le temps!...).

A Madame le Docteur Clara JOSEH

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université de Lyon
Maitre de Conférences des Universités, Praticien hospitalier
Responsable de la sous-section Odontologie Pédiatrique

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Je tiens également à vous remercier pour l'investissement dont vous faites part lors de vos enseignements. Votre patience sans faille ainsi que votre bonne humeur ont permis de rendre les vacances de pédodontie beaucoup plus agréables.

A Monsieur le Docteur SIONNEAU

Docteur en chirurgie dentaire
Docteur de l'Université Nice Sophia-Antipolis
Assistant Hospitalier Universitaire
Sous-section odontologie conservatrice, endodontie

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Je tiens à vous remercier pour tout l'enseignement que vous m'avez transmis. Votre implication à la transmission du savoir est remarquable. Quel plaisir de partager ces années de formation ainsi que cette année de cabinet avec vous.

SOMMAIRE

Introduction.....	9
1. Etat des lieux de la situation actuelle concernant les patients les plus touchés par l'anxiété au cabinet dentaire.	11
1.1 Constat d'échec sur la prise en charge odontologique	11
1.2 Conséquences sur la santé bucco-dentaire	11
1.3 Conséquences psychologiques	12
1.4 Conséquences au niveau de la santé publique	13
2. L'anxiété.....	14
2.1 Mécanismes physiologiques de l'anxiété.....	14
2.2 Origines de l'anxiété au cabinet dentaire.....	17
2.2.1 Image sociétale péjorative du chirurgien-dentiste.....	17
2.2.2 Traumatismes antérieurs.....	19
2.2.3 Facteurs anxiogènes présents au cabinet dentaire.....	19
2.2.3.1 Description des différents facteurs.....	19
3. Outils thérapeutiques aidant à la prise en charge des patients anxieux....	22
3.1 Outil pharmacologique : le Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote : le MEOPA.....	23
3.1.1 Définition et généralités	23
3.1.2 Pharmacologie	23
3.1.3 Plateau technique	24
3.1.4 Description d'une séance de soin	25
3.1.5 Contres indications.....	27
3.1.6 Formations nécessaires.....	27
3.2 Outil comportemental : l'Hypnose thérapeutique	28
3.2.1 Définition et généralités	28
3.2.2 Description d'une séance de soin	31
3.2.2.1 Hypnose conversationnelle	32
3.2.2.2 Hypnose formelle	33
3.2.2.3 Avantages – inconvénients.....	37
3.2.2.4 Bénéfices pour l'équipe soignante	38
4. Proposition de mise en place d'un protocole de recherche clinique visant à comparer l'efficacité du MEOPA et de l'hypnose thérapeutique afin de réduire l'anxiété des patients les plus atteints lors des soins bucco-dentaires.....	40
4.1 Objectifs	40
4.2 Matériel et méthode.....	40
4.3 Déroulement de l'étude.....	41

Conclusion	43
REFERENCES BIBLIOGRAPHIE.....	44
ANNEXES	49

Introduction

L'anxiété est une problématique récurrente lors des soins odontologiques, et ce malgré l'évolution des techniques thérapeutiques et la gestion des patients au cabinet dentaire.

En effet, l'étude de Crego et Coll en 2014, indique que 24,3 % des adultes Allemands ont peur des soins dentaires. Ce pourcentage s'élève à 11,6% dans une autre étude au Royaume Uni (Abdeshahi et Coll, 2013). Il est à noter que les personnes en attente de procédures chirurgicales présentent souvent des niveaux élevés d'anxiété.

Une telle anxiété peut susciter des réponses organiques négatives, telle qu'une élévation de la pression artérielle et du rythme cardiaque, entraînant une cicatrisation plus lente de la plaie et une augmentation du risque d'infection (*Bradt et coll, 2013*).

« Cette anxiété dans le cadre des soins est souvent corrélée à la douleur ou à l'idée de l'intensité de douleur du soin que se fait le patient. En outre La préexistence de troubles anxieux joue un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur. Inversement la survenue d'une douleur entraîne une anxiété dont l'intensité peut retentir sur l'évolution de la douleur ». Dans les cas les plus extrêmes, cette anxiété provoque une mise à l'écart du suivi dentaire avec de multiples répercussions.

En effet, Suivant un sondage SOFRES demandé par l'Association Dentaire Française en 2001, deux des quatre freins à la visite chez les chirurgiens-dentistes sont la peur et la douleur.

La douleur est définie comme une expérience émotionnelle et sensorielle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en terme évoquant une telle lésion (The International Association for the Study of Pain). Ce phénomène très personnel est imprégné d'une dimension sociale, culturelle et relationnelle. En effet *« La perception qu'a un individu de système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes »* (OMS, 1993).

La douleur est donc une expérience multidimensionnelle aux multiples composantes : sensori-discriminative, culturelle, affectivo-émotionnelle, cognitivo-comportementale.

Dans ce contexte Il est fréquent, en odontologie, d'avoir affaire à des patients prostrés avant les soins, décrivant une expérience douloureuse sur le fauteuil dans leur passé.

il faut donc lutter directement contre le stress mais avant tout comprendre les mécanismes et les facteurs le favorisant afin de le diminuer au maximum.

Trouver des solutions à apporter au comportement anxiogène des patients en chirurgie-dentaire, c'est permettre à une part non négligeable de la population de retrouver le circuit de soins et éviter le développement de nouvelles expériences traumatisantes au fauteuil.

L'enjeu est donc de jouer sur la peur (émotion pré- intervention) et la douleur (sensation per intervention). Dans ce cadre là, des protocoles de sédation vigile ont été développés. Ils sont d'ordre pharmacologique, comportemental ou cognitif. Ils constituent une avancée importante dans la qualité de prise en charge. C'est le cas du MEOPA et de l'hypnose thérapeutique.

L'objectif de cette étude est de pouvoir diagnostiquer et pronostiquer les résultats à posteriori de ces deux techniques en fonction de la singularité de nos patients. Nous proposerons un protocole pour comparer l'efficacité de deux techniques maintenant organisées au sein de notre profession: Le MEOPA et l'hypnose.

1. Etat des lieux de la situation actuelle concernant les patients les plus touchés par l'anxiété au cabinet dentaire.

1.1 Constat d'échec sur la prise en charge odontologique

D'après une enquête réalisée sur 1000 personnes par l'institut Ifop, 30% de la population française ne s'est pas rendu chez le dentiste durant les deux dernières années à cause de la peur que cette visite provoque.

Scientifiquement, il a été démontré un lien étroit entre anxiété-peur du dentiste et évitement des soins dentaires. (Armfield 2013, Berggren et Meynert 2013)

Ces consultations sporadiques ou parfois même l'absence de consultations préventives sont lourdes de conséquences sur la santé générale individuelle, mais touchent également la santé publique.

Il existe un cercle vicieux dynamique entre peur du dentiste, diminution de la fréquence de consultation et mauvaise santé bucco-dentaire (Crego et Coll, 2014).

Les individus concernés ont dans l'immense majorité des cas un indice CAO (dents Cariées, absentes ou obturées) bien supérieur à la moyenne.

1.2 Conséquences sur la santé bucco-dentaire

Elles sont multiples : atteintes carieuses, parodontales, occlusales...

Au niveau parodontal, l'absence de détartrage régulier est à l'origine de gingivites puis de parodontites. De manière générale ce type de patient présente des habitudes néfastes comme la consommation de drogues licites : tabac ou alcool, qui favorisent l'émergence d'atteintes parodontales aboutissant à long terme à une édentation précoce.

Concernant la maladie carieuse, le patient anxieux est souvent polycarié. L'absence de renouvellement des restaurations conservatrices et prothétiques combinée à la présence de plaque et de tartre contribuent de manière très importante à la dégradation rapide de la denture.

L'évolution des techniques restauratrices adhésives ainsi que la précision des images radiographiques nous permettent aujourd'hui de traiter des lésions carieuses à leur stade amélaire, sans élimination excessive de substance dentaire (principe d'économie tissulaire)

Dans la majorité des cas, ces patients viennent au cabinet lorsque la douleur n'est plus supportable. Ils ont souvent mal depuis plusieurs semaines voire plusieurs mois. Consultant alors en urgence, il est pratiquement toujours trop tard pour éviter une dévitalisation ou une avulsion dentaire (actes les plus redoutés qui augmentent le

rejet des soins). Ces gestes pourraient être évités si les lésions étaient traitées dès leur apparition.

Les avulsions réalisées ainsi que les délabrements coronaires non restaurés provoquent indéniablement des troubles occlusaux importants. Ces troubles (surcharges occlusales, perte de calage postérieur, guidage antérieur et latéral dysfonctionnels ou afunctionnels ...) accélèrent la dégradation de l'ensemble des organes dentaires encore présents en bouche.

Les répercussions sur les articulations temporo-mandibulaires (ATM) sont souvent de règle, augmentant la prévalence des pathologies de ces dernières (Boscato et Coll, 2013).

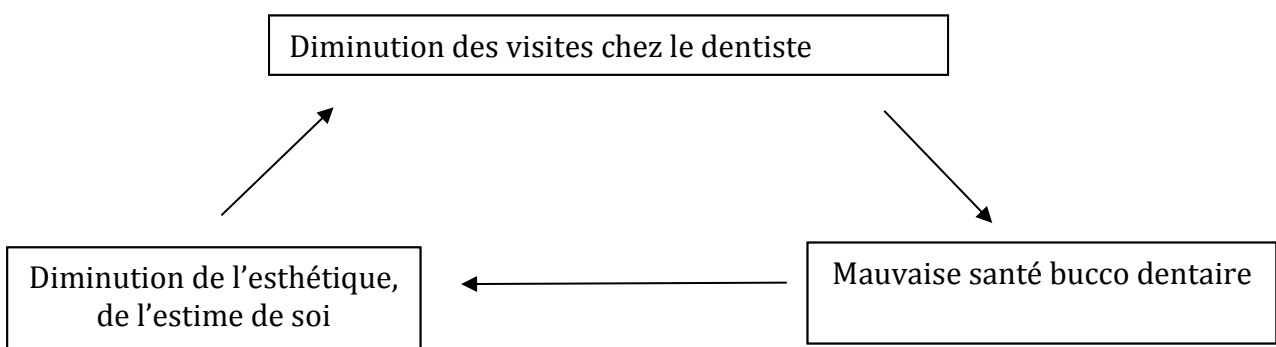
Avec ce type de patients notre rôle de prévention est inexistant, ce qui n'induit pas de changements dans les habitudes nocives ou le manque d'hygiène, augmentant par là même la survenue de pathologies.

1.3 Conséquences psychologiques

Le délabrement des organes dentaires et des tissus parodontaux impacte l'esthétique du sourire. Dans la société actuelle où le paraître a une place de plus en plus importante, cette mutilation modifie négativement l'image que le patient a de lui-même.

Cette diminution de l'estime de soi peut engendrer par la suite un repli et un isolement social (Kanaffa-Kilijanska et Coll. 2014, Carlsson et Coll, 2013)

S'instaure alors un véritable cercle vicieux schématisé ci-dessous:



1.4 Conséquences au niveau de la santé publique

Une mauvaise santé bucco-dentaire influence l'ensemble de l'organisme, que ce soit au niveau microbiologique, psychologique ou mécanique.

La flore microbienne en proportion élevée provoque une inflammation chronique des tissus ainsi que des infections multiples. Ce qui a pour conséquence l'augmentation de l'incidence des pathologies générales, provoquant de lourdes prises en charge médicales par la suite dans certains cas.

Il est de plus en plus mis en avant que certaines flores bactériennes présentes en bouche jouent un rôle sur la régulation et le contrôle de nombreuses fonctions (exemple avec les maladies parodontales et le diabète de type II).

La diminution de l'efficacité masticatrice du fait d'un édentement non compensé par une prothèse, de douleurs sur un secteur provoquant une mastication unilatérale augmentent la survenue de pathologies du système digestif ainsi que l'apparition de carences.

La prévention au niveau bucco-dentaire contribue à améliorer la santé des patients, évite l'apparition et améliore le traitement de certaines pathologies très répandues dans notre société (préventions primaire et secondaire).

Ces constatations devraient de plus en plus replacer et inscrire le chirurgien-dentiste au centre des programmes de santé publique.

L'ensemble des conséquences psychologiques vues précédemment peut aboutir à des syndromes dépressifs importants.

Outre les aspects médicaux, les aspects financiers entrent également en compte car la prise en charge de ces maladies est très coûteuse pour la sécurité sociale.

La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût, qui varie en fonction de la bonne santé- ou non- bucco-dentaire.

2. L'anxiété

D'après le dictionnaire Larousse, l'anxiété est un « trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité ».

Elle correspond donc à l'attente désagréable, consciente ou inconsciente, d'un danger à venir. Chez certaines personnes, elle prend un caractère excessif et pathologique, que l'on appelle trouble anxieux.

Cette émotion provoque des effets physiques et psychologiques. Les effets physiques sont facilement identifiables. Il est de notre devoir de chirurgien-dentiste de les déceler, d'arriver à diagnostiquer le problème pour pouvoir proposer la meilleure prise en charge possible au patient.

L'anxiété peut, dans les cas les plus sévères, amener l'individu à l'évitement ou à la panique. Ces peurs-paniques, bien qu'irrationnelles, provoquent un sentiment de danger bien réel. La personne se sent exposée à un danger et préfère fuir plutôt que de l'affronter (réflexe de survie).

L'anxiété dentaire découle de très nombreux facteurs, comme le niveau socio-économique (plus il est faible, plus la prévalence augmente), l'âge, le sexe, les habitudes familiales liées aux soins, les expériences antérieures médicales et dentaires (Tang et Coll, 2013).

2.1 Mécanismes physiologiques de l'anxiété

Les effets physiques incluent : des palpitations cardiaques, une faiblesse/tension musculaire, de la fatigue, des nausées, parfois une douleur thoracique, des dyspnées, des douleurs abdominales ainsi que des maux de tête.

Les signes physiques externes sont ceux qui doivent nous interpeller. On retrouve pâleur, sudation importante, tremblements, mydriase. Ces manifestations sont une réponse à la peur provoquée. Le corps se prépare à l'affronter.

Les effets émotionnels incluent des sentiments d'appréhension ou de menace, des troubles de la concentration, de la tension et de la nervosité, une irritabilité, une agitation, l'observation et l'attente des signes de danger, un sentiment de malaise ainsi que des cauchemars, un sentiment de déjà vu, la perception que tout fait peur. Ces signes sont plus difficiles à percevoir. Il faut établir une relation de confiance par la communication pour que le patient puisse nous en faire part.

Pour mieux comprendre la cascade de manifestations, nous allons brièvement décrire le fonctionnement du système neurologique.

Lors d'un épisode anxieux, le cerveau envoie un message au système nerveux autonome qui se divise en deux parties : Le système nerveux sympathique et parasympathique. Tous deux interviennent dans le contrôle du niveau d'énergie du corps et dans la préparation à l'action.

Le système sympathique, lorsqu'il est stimulé, met le corps en situation de fuite ou d'affrontement du danger. Il provoque une augmentation du rythme cardiaque, de la ventilation, de la sudation afin de permettre à l'organisme de réagir face à une « situation » jugée difficile.

A contrario, le système parasympathique lui, permet de contrebalancer cette excitation et de retrouver un état d'apaisement.

Les neurotransmetteurs retrouvés sont l'adrénaline et la noradrénaline.

Lors d'une situation anxiogène, le corps libère de l'adrénaline en quantité importante. Une fois le stress passé, la molécule n'est pas détruite immédiatement, c'est la raison pour laquelle l'état de stress perdure un certain temps après l'excitation (figure 1).

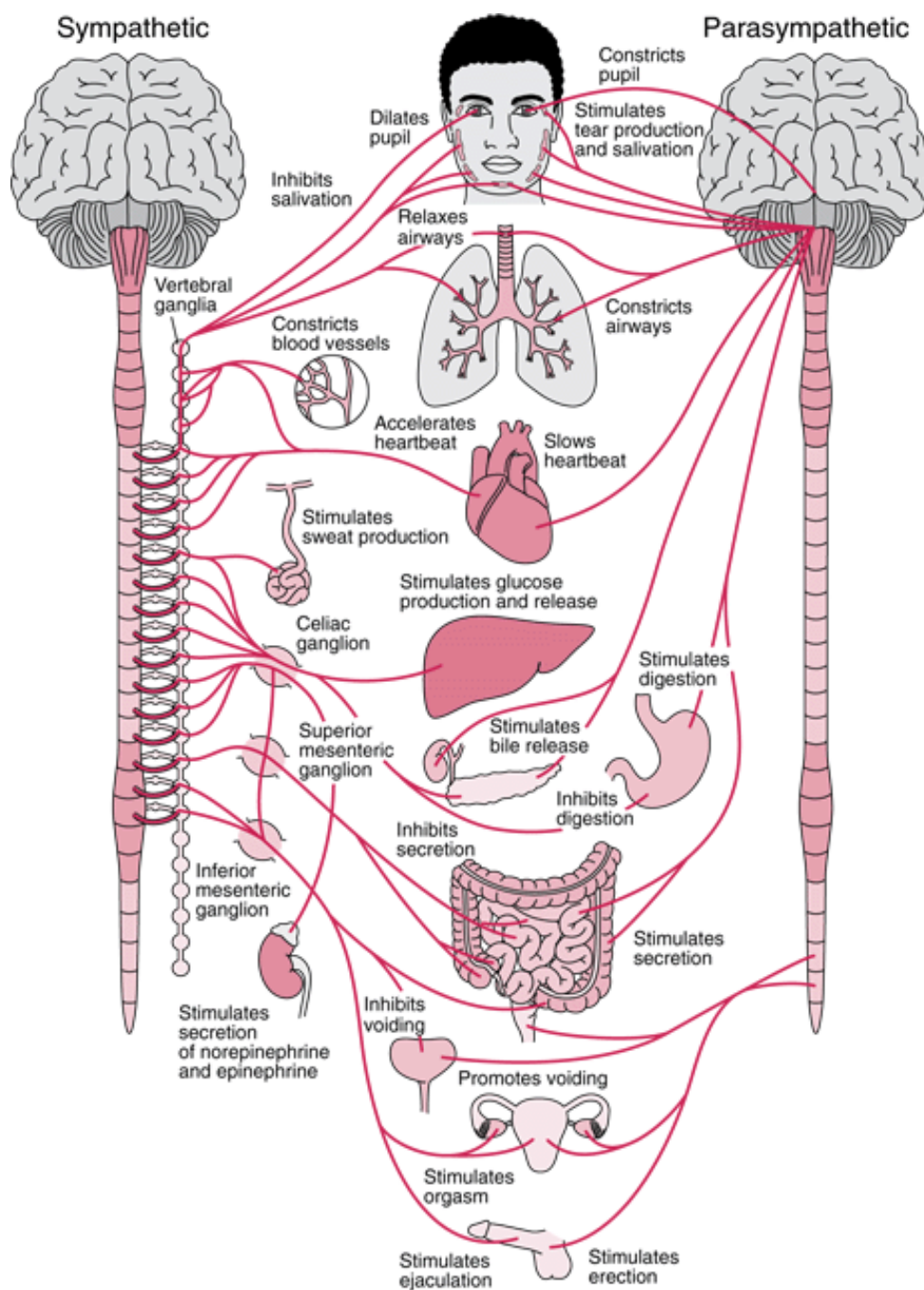


Figure 1 : le système nerveux autonome

La description et la compréhension de ces phénomènes permettent de repérer les signes d'anxiété des patients souffrant de telles craintes et de leur apporter la prise en charge la plus adaptée.

2.2 Origines de l'anxiété au cabinet dentaire

La peur du dentiste est malheureusement très répandue dans la population. En effet, notre profession souffre depuis longtemps de ce cliché. Non pas par manque de confiance, mais plus par crainte exacerbée de la douleur provoquée par les soins. Nous allons développer les origines sociétales de cette peur ainsi que les solutions simples à mettre en place au cabinet pour que les patients se sentent mieux.

2.2.1 Image sociétale péjorative du chirurgien-dentiste

La peur du dentiste ne date pas d'aujourd'hui. Aux siècles précédents, il était commun de croiser au marché, entre le boucher et la boulangère, un « arracheur de dents ». Ceci découlait du manque d'accès aux soins dentaires, surtout dans les campagnes où la population pouvait difficilement se rendre en ville pour consulter.

Le dit « arracheur » était accompagné de deux ou trois personnes munies d'instruments de musique, souvent des percussions. Leur rôle était de jouer le plus fort possible afin de couvrir les cris des malheureux se faisant « arracher la dent ». L'impétrant avait droit à un verre d'alcool avant l'extraction et à un verre après, afin de calmer la douleur, tout en faisant guise d'asepsie.

Bien sûr, tout cela se passait au milieu de la foule, les badauds pouvant alors apprécier le spectacle tragique et choquant d'une personne hurlant à la mort de douleur (figure 2).

Ces scènes, très communes à l'époque, ont marqué l'inconscient collectif et ont largement contribué à l'instauration de la peur du « dentiste ».



Figure 2 : Dentiste du XVIII^e siècle opérant sur une place de village, par Peter Angillis

Plus récemment, le septième art s'est également inspiré de la peur du dentiste pour produire un film d'horreur qui peut aussi avoir un impact important dans l'inconscient collectif : THE DENTIST.

C'est en 1996, que le réalisateur BRIAN YUZNA réalise le film « Le Dentiste » dans lequel le personnage principal (CORBIN BERNSEW), dentiste apprécié et réputé dans son quartier, bascule dans l'horreur. Les scènes du film pouvant être assimilées à de la torture, se servant d'images fortes comme celle de la turbine, des grosses pinces en métal, du bruit exagéré des instruments rotatifs et bien sur, des cris des malheureux patients.

Mais déjà en 1976, le film MARATHON MAN, réalisé par John Schlesinger, mettait en scène la traque d'un ancien nazi, le docteur Szell, surnommé le dentiste. Une scène de ce film a marqué un grand nombre de personnes, celle où le médecin torture Dustin Hoffman afin de lui extirper des informations (figure 3).

La prise de vue, très réaliste plonge le spectateur dans une angoisse certaine, remémorant à certains leur expérience personnelle chez leur chirurgien dentiste.



Figure 3 : Image tirée du film marathon man

Voici deux exemples très simples de l'image de notre profession. En découle forcément une certaine méfiance vis à vis du praticien, que l'individu ait déjà connu ou non, une expérience douloureuse lors de soins dentaires.

L'image du dentiste au sein même de la famille joue également un rôle important dans la future relation des plus jeunes vis-à-vis des soins. En effet, il existe un lien très fort entre l'anxiété des parents et celle de leurs enfants (Edmunds et Buchanan 2012, Themessi-Huber et Coll, 2010).

2.2.2 Traumatismes antérieurs

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

Il n'y a pas si longtemps, la prise en charge de la douleur au cabinet dentaire était quelque chose de marginal, celle de l'anxiété qui en découlait l'était encore plus. Les techniques d'anesthésie n'étaient pas aussi performantes qu'à l'heure actuelle. Leur coût était élevé, c'est pourquoi de nombreux dentistes ne s'en servaient que très peu.

Nos confrères n'étaient également pas assez conscients et informés de la nécessité de la prise en charge de la douleur, élément déclencheur de l'anxiété pathologique.

Les traumatismes douloureux sont le plus souvent provoqués chez les enfants et adolescents. Il est donc primordial de porter beaucoup d'attention à la prise en charge pédiatrique afin de les limiter (technique du Tell Show Do) et cette dernière est un moment approprié pour introduire les outils thérapeutiques tels que le MEOPA et l'hypnose.

2.2.3 Facteurs anxiogènes présents au cabinet dentaire

2.2.3.1 Description des différents facteurs

Le cabinet dentaire étant favorable à la projection des angoisses des patients, il est primordial de porter un intérêt particulier à son aménagement intérieur afin de diminuer ce mal-être.

Tout d'abord, le choix des **couleurs** est très important. En effet, elles ont un impact émotionnel, psychologique et suggestif sur le patient et le praticien. Choies et utilisées correctement, elles participent fortement à dégager une ambiance apaisante, favorable à l'accomplissement de soins de qualité. *Elles doivent être claires, relaxantes. Le patient doit être apaisé, calme et l'aspect chaleureux du cabinet doit lui donner confiance et lui permettre de se détendre.*

L'éclairage et l'environnement lumineux conditionnent le ressenti, le stress physique et la perception de l'attention que l'on apporte au patient.

Il doit être non éblouissant, la lumière douce, diffuse et de couleur blanchâtre

Le bruit est également un facteur anxiogène très présent au cabinet. Le bruit de la turbine dit de la « fraise » par les patients, provoque un état de stress, faisant ressurgir les traumatismes antérieurs et les idées reçues. Le crissement du détartreur est également synonyme d'angoisse.

Un dentiste japonais a réalisé une étude en collaborant avec des neurologues afin d'évaluer l'impact du bruit de la turbine sur l'activité cérébrale des patients anxieux et non anxieux à l'aide de l'imagerie cérébrale. Il met en évidence la stimulation de différentes zones cérébrales, selon que le patient soit anxieux ou non (Hiroyuki Karibe and neuroscientists, 2014).

Le bruit de nos instruments serait alors aussi, voire plus impactant que la peur d'avoir mal.

Dans certains cas, les cris des patients (enfants +++) doivent être indétectables depuis la salle d'attente. *D'où la nécessité d'avoir une isolation la plus efficace possible.*

L'odeur caractéristique de « clou de girofle » dans les cabinets est due à l'utilisation d'eugénates. Elle participe à la remémoration de situations passées désagréables ce qui plonge le patient anxieux dans un système de défense et de repli sur soi.

Mettre en place une aération adaptée, des extracteurs d'air, des diffuseurs d'huiles essentielles, permettent de diminuer ce désagrément.

Les instruments des plateaux techniques sont souvent en métal, pointus, piquants, tranchants. Ils inspirent la crainte, il est donc nécessaire de ne pas étaler tout le plateau technique sur le plan de travail avant de faire rentrer le patient dans le cabinet pour ne pas augmenter son stress.

La tenue a un impact psychologique fort, notamment chez les enfants. (syndrome de la blouse blanche).

La position allongée est pour certains synonyme de soumission. Le patient se retrouve la bouche ouverte, sans possibilité de communiquer ni de décrire son ressenti.

De plus la **proximité physique praticien – patient** lors des soins peut gêner et mettre mal à l'aise certains individus.

Notre zone d'action, la cavité buccale est une zone très **intime** du corps humain et renvoie à un ensemble d'affects plus ou moins marqués suivant les patients.

Une composante très importante pour lutter contre l'anxiété du patient, réside en l'établissement d'une relation de confiance praticien-patient. Notre comportement ainsi que celui du personnel du cabinet influe sur le ressenti du patient.

L'esprit humain est perméable aux émotions ressenties par autrui. Notre profession n'y échappe pas et présente une composante émotionnelle importante.

Le métier de chirurgien dentiste est stressant car il est composé de multiples facettes :

- ◆ **Soignant** (décision thérapeutique, réponse à l'attente du patient)
- ◆ **Décideur / Gérant** (prises de décisions nécessaires pour le bon fonctionnement de l'entreprise, gestion de l'équipe soignante, administrative...)

Ce grand stress généré impacte l'humeur, provoque une fatigue physique et mentale importante. Il est donc capital de savoir gérer ses émotions et le stress subis durant les longues journées de travail afin de proposer une prise en charge sereine.

Certains outils permettent de gérer cela, nous en parlerons plus tard avec l'autohypnose.

Le constat suivant n'est plus à démontrer : si le praticien est stressé, le patient le sera. Le corollaire se vérifiant aussi (figure 4).

Cette situation de stress est donc bidirectionnelle et peut être décrite par le schéma suivant:



Figure 4 : Corrélation entre le stress du patient et du praticien

Ainsi une meilleure prise en charge des patients anxieux, souvent qualifiés de difficiles car nécessitant une forte attention, permet d'améliorer les conditions de travail et de diminuer le stress du praticien.

Le vocabulaire employé: Dévitaliser, arracher, extraire, ... : tant de messages négatifs envoyés aux patients et participant à leur malaise, devrait être banni.

3. Outils thérapeutiques aidant à la prise en charge des patients anxieux.

De nombreuses aides thérapeutiques s'offrent à nous afin de pallier au mieux à cette problématique. Nous allons brièvement faire un listing des méthodes les plus utilisées afin de mettre en évidence l'ensemble des aides à notre disposition. Nous ferons un zoom sur deux techniques qui subissent un essor important ces dernières années, aussi bien dans le milieu odontologique que médical : le MEOPA et l'Hypnose thérapeutique.

Ces outils thérapeutiques sont composés :

- **De moyens pharmacologiques** : solution la plus employée dans notre profession. De la simple prémédication médicamenteuse (exemple : ATARAX®) à la sédation consciente (MEOPA).
- **De moyens non pharmacologiques** :
 - Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) : permettant le traitement des troubles psychiatriques comme les addictions, les psychoses, les dépressions ainsi que les troubles anxieux. Elles visent à intervenir sur les processus mentaux dits aussi processus cognitifs, conscients ou non, considérés comme à l'origine des émotions et de leurs désordres.
 - L'hypnose thérapeutique et ses dérivés : La Sophrologie, Distraction et Relaxation (nous développerons plus loin leur fonctionnement).
 - Les méthodes intégrant une pratique artistique comme la Musicothérapie.
 - Les pratiques d'origine orientales : le YOGA, le Qi Gong ainsi que le Tai Chi Chuan.

En dernier recours, l'anesthésie générale peut alors être d'une grande aide, surtout pour les chirurgies multiples

3.1 Outil pharmacologique : le Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote : le MEOPA

3.1.1 Définition et généralités

Le protoxyde d'azote a été découvert en 1772 par un pasteur anglais nommé Joseph PRIESTLEY. Il le baptisa alors « gaz hilarant ».

Il a fallu attendre une décennie, pour que le dentiste Horace WELLS utilise ce gaz dans un but médical, d'anesthésie lors de ses interventions chirurgicales.

Afin de palier à l'hypoxie que provoquait l'inhalation de ce gaz, Paul BERT décida d'y additionner de l'Oxygène. Il fallut attendre 1961, pour que l'anglais TUNSTALL réalise le premier mélange équimolaire stable de protoxyde d'azote (50%) et d'oxygène (50%).

Ce n'est qu'une quarantaine d'années plus tard (2001) que le Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote bénéficie d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). En novembre 2009, son utilisation, jusqu'alors exclusivement hospitalière, devient accessible aux professionnels de santé formés, et donc aux chirurgiens-dentistes.

Le MEOPA est disponible sous quatre dénominations (quatre laboratoires de production) :

- ANTASOL®
- ENTONOX®
- OXYNOX®
- KALINOX®

3.1.2 Pharmacologie

Le protoxyde d'azote étant un gaz très peu soluble dans le sang, il entraîne un effet rapide : 3 minutes, également rapidement réversible : 5 minutes après l'arrêt de l'inhalation.

En mélange équimolaire, le protoxyde d'azote n'induit pas d'effet anesthésique, ni de dépression respiratoire ou de perte de conscience, ni d'hypoxie.

Il procure par contre un effet analgésique variable en fonction des patients, par la libération d'endorphines. Ce qui provoque une relaxation générale, mais parfois une euphorie (d'où le nom de gaz hilarant).

Ce gaz joue le rôle de dépresseur du système nerveux. Il augmente modérément la pression intracrânienne, et provoque, au niveau cardio-vasculaire, une diminution de

la fréquence et du débit cardiaques. Il modifie les sensations d'audition, de goût, d'odorat, de toucher, de température et surtout diminue la sensibilité à la douleur.

3.1.3 Plateau technique

Il existe deux grandes catégories de système d'administration du MEOPA. L'un où l'oxygène est initialement distribué pur avec incorporation progressive de protoxyde d'azote (ne dépassant pas les proportions de 50%). Il faut alors faire attention à toute erreur de manipulation pouvant entraîner une hypoxie accidentelle.

L'autre, plus aisé à l'utilisation donne directement le mélange équimolaire 50-50 oxygène – protoxyde d'azote.

Le plateau technique recommandé à l'utilisation est :

- Une bouteille contenant un mélange équimolaire montée sur chariot à roulettes (facilité le déplacement)
- Un manodétendeur permettant la libération du gaz
- Un débitmètre pour varier le volume de gaz libéré afin de pouvoir s'adapter à la situation clinique
- Un ballon réservoir
- Une tubulure reliant le manomètre et le ballon
- Une valve anti-retour, évitant la ré-inhalation du gaz expiré
- Des masques faciaux : buccaux ou nasaux de tailles différentes. (en dentisterie, on préférera utiliser des masques nasaux, pour faciliter l'accès à la cavité buccale)
- Un filtre anti bactérien à usage unique. Il s'intercale entre la valve anti-retour et le masque

Il est important de noter que le suivi, la maintenance du matériel, la traçabilité et le renouvellement des pièces (certaines à usage unique) nécessitent une rigueur et un temps non négligeable.

Les fabricants ont pris conscience de cette chronophagie et proposent des kits MEOPA, où les différentes pièces sont déjà pré-montées ainsi que des fiches de suivi du matériel prêtes à l'emploi (traçabilité).

3.1.4 Description d'une séance de soin

Lors de soins sous MEOPA, le patient se retrouve dans un état modifié de conscience. Il est alors conscient de ce qu'il se passe, mais son interprétation est modifiée afin d'améliorer son confort physique et psychique.

Le jeûne avant le soin n'est pas indiqué dans ce type de sédation.

Avant le soin

I. Explication du déroulement du soin

Il faut :

◆ Décrire le matériel utilisé en le montrant au patient, la chronologie dans laquelle la séance va s'organiser, les gestes ressentis comme douloureux et/ou désagréables.....

◆ Expliquer au patient les effets « bizarres » qu'il va ressentir lors de l'induction de la sédation. En effet, non expliquées, ces sensations peuvent augmenter l'angoisse et aller à l'encontre de l'effet recherché.

Les sensations les plus communes sont les suivantes :

- Fourmillement des membres inférieurs,
- Modification de la perception des sons, c'est la distorsion (nécessité de communiquer de façon douce, monotone, sans trop d'exclamations ni d'augmentation du ton de la voix),
- Sensation de vide et de vertiges,
- Envie de rire (à l'induction), elle permet de détendre le patient et de l'amener plus sereinement vers le soin.

II. Mettre en confiance

La vision du plateau technique ainsi exposé dans la salle de soin peut être anxiogène pour le patient. Il est donc nécessaire de le rassurer, d'être optimiste sur le déroulement de la séance afin d'obtenir sa collaboration.

Chez l'enfant, l'association du MEOPA et des techniques comportementales est recommandée. Le but étant de sortir le patient du contexte du cabinet et de l'amener vers un endroit où il se sente bien, en confiance. Pour ce faire, il est nécessaire d'obtenir la collaboration du patient, de le rassurer, d'être optimiste quant au déroulement de la séance.

Le patient anxieux pouvant présenter des troubles de la concentration, il est important de s'assurer de la bonne compréhension de l'enchaînement de la séance en employant un vocabulaire et des images adaptées à ses capacités cognitives.

Pendant le soin

- Ouvrir lentement et complètement (dans le sens inverse des aiguilles d'une montre) le robinet de la bouteille, puis le refermer d'un quart de tour.
- Régler le débitmètre selon la ventilation minute du patient pour que le ballon soit toujours rempli.
- Demander à la personne d'appliquer le masque sur son visage (l'aider ou le faire pour elle) et de respirer normalement tout en essayant de gonfler le ballon pour le faire " exploser ". Le masque doit être appliqué de façon étanche sur le visage afin de limiter les fuites et d'obtenir l'effet optimal le plus rapidement possible.
- Attendre 3 à 5 min avant de débiter un geste douloureux (souvent l'anesthésie), délai nécessaire pour obtenir un effet significatif.
- Le praticien peut alors réaliser les soins dans une ambiance calme et sereine, pendant que l'assistante veille à ce que le patient ne sorte pas de son état de conscience modifié en le sollicitant pour gonfler plus fort le ballon par exemple.
- Une fois l'acte terminé, on retire le masque, le patient retrouve petit à petit un état de conscience normal. On le félicite alors sur le bon déroulement de la séance et ses capacités à gérer ce genre de situations (renforcement positif).

Ne pas dépasser 60 minutes d'inhalation en continu.

La surveillance

La surveillance du patient est primordiale pour dépister et éviter tout effet secondaire préjudiciable :

- ⇒ Respiratoire en mesurant la fréquence et en contrôlant le teint du patient
- ⇒ Verbale par maintien de la liaison orale
- ⇒ De la saturation en oxygène (ce paramètre n'est pas obligatoire)

L'évaluation de la douleur et de l'anxiété ressenties peut également être recueillie à l'aide d'échelles analogiques.

3.1.5 Contres indications

Les contres indications absolues sont :

- Patient nécessitant une ventilation d'oxygène pur
- Altération de l'état de conscience, traumatisme crânien
- Hypertension intracrânienne
- Expansions gazeuses pathologiques
 - o Pneumocéphalie, pneumothorax
 - o Bulles d'emphysème
 - o Occlusion intestinale, distension gazeuse abdominale
 - o Embolie gazeuse, accident de plongée
- Traumatisme des os de la face ne permettant pas une étanchéité entre la face et le masque

Les contres indications relatives sont :

- Bronchites, rhumes avec nez bouché, toux, sinusite, otite -> reporter la séance
- En cas de psychose, évaluer le risque de dissociation
- Insuffisance rénale ou hépatique, drépanocytose ou mucoviscidose -> contact avec médecin traitant ou spécialiste.

3.1.6 Formations nécessaires

Pour les chirurgiens-dentistes, l'usage du MEOPA est soumis à l'autorisation du Conseil de l'Ordre qui donne son autorisation sous deux conditions :

- 1- Présenter une attestation de formation de 4 demi-journées de formation théorique et clinique à la sédation au MEOPA réalisée auprès d'une formation agréée par le Conseil de l'Ordre
- 2- Être à jour dans ses formations aux soins d'urgence, c'est-à-dire posséder une attestation de formation aux soins d'urgence (AGFSU de niveau 1 et 2)

3.2 Outil comportemental : l'Hypnose thérapeutique

3.2.1 Définition et généralités

L'hypnose thérapeutique correspond à « un processus de communication (entre l'hypno-thérapeute et le patient, entre le corps et l'esprit, entre le conscient et l'inconscient), qui permet de mobiliser et de mettre en relation tout l'organisme pour modifier son comportement et sa physiologie, afin de favoriser une possibilité d'évolution thérapeutique » (Dr j.M. Benahiem, D.U D'hypnose médicale Paris VI).

L'hypnose repose donc sur deux grands principes (figure 5):

- **Un état de conscience modifié = Etat hypnotique = transe hypnotique**
- Une **relation singulière praticien-patient** basée sur des principes de **communication**

Les 4 états de consciences naturels



Figure 5 : les 4 états de conscience naturels

L'état hypnoïde est un état de veille paradoxal, proche de l'imagination. Il se définit comme un fonctionnement psychologique impliquant à la fois les circuits de l'attention et les circuits de la détente.

Cet état, naturel, nous l'avons tous déjà vécu. Il est fait de moments où l'on se retrouve « dans la lune » où nous sommes présents sans vraiment l'être, où nous rêvons tout en étant éveillés.

Le Dr Ernest Rossi a décrit un cycle ultradien, cycle de 90 minutes au bout duquel l'esprit fait une pause, lui permettant ainsi de se régénérer (figure 6).

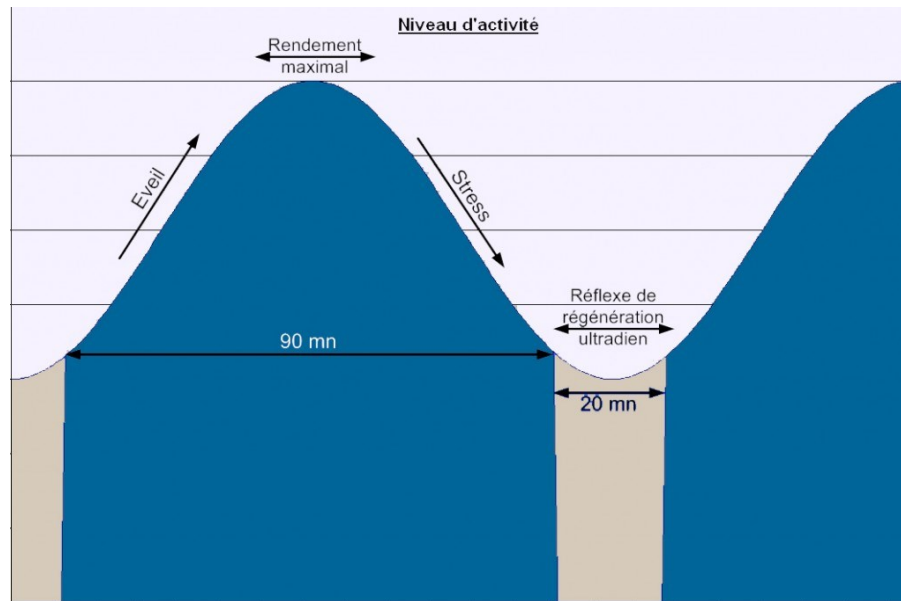


Figure 6 : Cycle ultradien

L'état hypnotique étant la reproduction d'un phénomène naturel et spontané, son accès est donc ouvert à l'ensemble de la population.

Il est décrit par le phénomène d'absorption (constitué de la focalisation = lorsque la concentration est telle qu'elle permet de faire abstraction de l'environnement pour se focaliser sur ce qui est exposé par exemple, ainsi que celui de la dispersion = lorsque par exemple, après de longues minutes d'écoute, l'esprit s'évade).

En hypnose Ericksonienne (définie par le Psychiatre Milton H. Erickson), prônant une hypnose moins directive et plaçant le sujet au cœur de sa thérapie (c'est la forme d'hypnose la plus utilisée à ce jour), cette absorption est tournée vers le sujet lui-même. Elle est nommée focalisation interne.

Elle est caractérisée par un recul de l'activité consciente permettant au sujet de sortir du cadre conscient, de modifier ses perceptions sensorielles et émotionnelles, de changer son orientation à la réalité afin de s'ouvrir vers de nouvelles ressources jusque-là inconscientes (créativité, imagination, ressources d'évolution, changement de représentation, accès à des savoirs, connaissances...). C'est le principe de dissociation.

A peu près 5% de nos ressources sont présentes dans le conscient, le reste, 95% est présent dans l'inconscient. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le sujet sous état hypnotique dispose d'une très forte activité cérébrale, inconsciente donc, décrite comme un état d'hyper vigilance (Varma, 2005).

Notons que l'inconscient regroupe des fonctions :

- de connaissances (véritable bibliothèque réunissant les souvenirs et apprentissages),
- biologiques (intervenant dans la régulation physiologique autonome), avec stimulation du système parasympathique provoquant la sécrétion d'endorphines (Zeidan, 2006),
- de protections orientées vers le bien être et la survie.

L'hypnose permet donc d'établir un pont vers cette exceptionnelle richesse intérieure qu'est l'inconscient (figure 7).

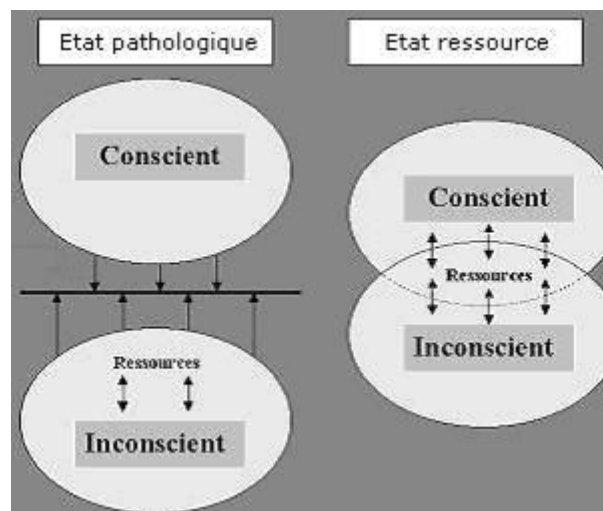


Figure 7: accès aux ressources inconscientes

Sous cet état, les perceptions sensorielles et émotionnelles se modifient, qu'il s'agisse de la douleur, du stress ou de l'anxiété par exemple.

Erikson a donc défini un type de communication, basée sur certaines règles, permettant un dialogue en souplesse avec l'inconscient. Cette communication Ericksonienne est à la base de l'hypnose conversationnelle. Elle permet notamment d'amener le patient vers l'état hypnotique (Schaerlaekens, 2003).

Au-delà des apports thérapeutiques bénéfiques au patient, elle améliore les rapports de ce dernier avec le praticien en incitant à l'établissement d'une relation de confiance.

Différentes orientations de l'hypnose sont décrites :

- L'hypnose thérapeutique : ou hypnose médicale : représente l'hypnose pratiquée dans le champ de la santé.
- L'hypno-analgésie : vise à diminuer la douleur et les phénomènes associés comme l'anxiété.
- L'hypnosédation : pratiquée en péri-opératoire.
- L'hypnothérapie : utilisée en psychothérapie.

Concernant l'anxiété au cabinet dentaire, on obtient à l'aide de cet outil une relaxation générale du patient (Bourassa 1988, Brisseaux et Varma 1992), ainsi qu'une diminution de l'anxiété préopératoire (Faymonville et coll. 1997, Willenem 2003).

Il existe donc une grande différence avec le MEOPA, l'hypnose fait prendre conscience de l'origine du problème au patient, problème qu'il arrive à résoudre en allant chercher dans son inconscient, ce qui lui permet de profiter de la durée de cette acquisition afin d'améliorer ses conditions de vie (Facco et coll, 2014).

3.2.2 Description d'une séance de soin

Chaque séance est personnalisée et spécifique en fonction des particularités propres à chaque patient. Ceci implique une bonne expérience du thérapeute afin qu'il puisse s'adapter à chaque situation. Cette adaptation est la clef du succès de la prise en charge.

Il existe deux grandes formes d'hypnose thérapeutique, l'hypnose conversationnelle et l'hypnose formelle. Dans les deux cas, une phase d'entretien initial est nécessaire afin d'apprendre à connaître le patient pour lui proposer la thérapie la plus adaptée.

Nous pouvons distinguer de manière simple et réductrice, 3 catégories de patients :

- 1. Le patient ne ressentant aucune appréhension vis-à-vis des soins dentaires
- 2. Le patient présentant une appréhension légère vis-à-vis des soins. Celui-ci est capable de la gérer aisément, n'ayant pas de réel impact sur le déroulement de la séance

- 3. Le patient très anxieux, celui pour qui venir consulter au cabinet dentaire représente une étape quasi insurmontable, menant souvent à la mise à l'écart des soins

L'hypnose conversationnelle est plus indiquée pour la catégorie 2, tandis que l'hypnose formelle est utilisée pour la catégorie 3.

L'hypnose conversationnelle est également utilisée pour les personnes réfractaires à ce type d'outils thérapeutiques.

3.2.2.1 Hypnose conversationnelle

Elle est utilisée dans notre profession pour les interventions peu douloureuses ainsi que les cas d'anxiété légère.

Nous faisons tous les jours au cabinet, de l'hypnose conversationnelle. En effet, lorsque nous essayons de rassurer le patient, de le détendre nous pratiquons de l'hypnose sans même en être conscient. C'est en quelque sorte une hypnose sans hypnose. Elle se traduit par une discussion banale, intégrée dans le langage habituel, cependant elle potentialise l'inconscient du patient en contournant les limites de son esprit conscient sans avoir recours à la transe formelle. Elle est donc utilisée comme un moyen global de communication et sa mise en place est relativement aisée.

Le praticien doit alors se synchroniser avec le patient, cela est possible en focalisant toute son attention sur celui-ci ; faisant naître un sentiment de respect, d'écoute et de compréhension et favorisant un sentiment de bien-être.

Erickson décrit une communication permissive, où le patient est acteur de son propre traitement. Il garde son libre arbitre dans le but de respecter au maximum sa personnalité et de ce fait de participer à la réussite de la prise en charge.

Le patient est amené grâce à cette relaxation à se détacher du milieu environnant, et à sortir de l'espace anxiogène du cabinet dentaire.

Par la communication hypnotique, il est alors possible de détourner l'attention du sujet pour le focaliser sur son monde intérieur en encourageant des changements dans la manière de penser, de sentir et de se comporter à l'aide de suggestions (Alden et Heap, 1998).

Ces dernières se font à travers des termes du langage courant qui semblent alors banaux au patient, pourtant certains messages sont bel et bien transmis à son inconscient.

Elles sont singulières à chaque patient et reposent sur deux principes :

- Favoriser la relaxation
- Valoriser l'individu grâce à une approche positive

Le langage hypnotique concerne la communication verbale et non verbale. En effet, le langage corporel et l'intonation de la voix ont un impact très important sur la façon dont l'inconscient du patient va interpréter l'information.

Ainsi, l'hypno-thérapeute parle lentement et se synchronise à la respiration du sujet, en parlant sur le temps expiratoire de celui-ci. La voix devient monotone, douce (Brisseaux et Varma , 1992).

Les négations sont à éviter car l'inconscient ne les entend pas.

Les pauses ont une place importante dans le discours du praticien. L'inconscient étant plus lent pour traiter les informations que nous lui donnons, les réponses verbales et motrices du patient sont légèrement différées dans le temps.

Sur le fond, ce langage insiste en permanence sur le confort de l'expérience en cours, il félicite et encourage sans cesse le patient.

A la fin de la séance, il est nécessaire d'insister sur le bon déroulement de celle-ci, en précisant que les soins ont été plus rapides, moins inconfortables. Cette note positive mettra le patient dans un meilleur état d'esprit pour les soins futurs.

En définitive, l'individu soigné ne se rend pas compte qu'il est au cœur d'une séance d'hypnose. Il réalise alors que le praticien a su mieux le comprendre, mieux gérer ses émotions et l'aider à les maîtriser. Il en découle une mise en confiance et une amélioration des rapports avec le praticien.

3.2.2.2 Hypnose formelle

Cette forme d'hypnose est réservée aux cas d'anxiété plus importante. Elle nécessite l'installation de la transe hypnotique.

Une séance « type » est constituée de six phases successives (Schaelaekens, 2003):

Anamnèse et rencontre avec le patient

Cette phase permet d'apprendre à connaître le patient, son vécu, ses émotions ressenties, ses envies, les objectifs thérapeutiques ainsi que son profil psychologique (Peretz, 1996).

Elle définit le déroulement de la séance.

Toutes ces informations, qu'elles soient issues de la communication verbale ou physique, vont aiguiller les phases suivantes. Par exemple, il est possible de rechercher un souvenir plaisant et agréable sur lequel travailler afin de permettre au patient de se replonger pleinement dans ce moment de bien être.

Il est important d'expliquer le déroulement de la séance dans le but de rassurer et si besoin rectifier les fausses idées reçues vis-à-vis de l'hypnose. Une fois ces explications données, le patient est invité à s'installer confortablement au fauteuil.

Les préliminaires :

Dans cette étape, il faut rechercher un ancrage. Ce dernier représente une parole, un geste simple (serrer le poing par exemple).

Il sera répété systématiquement en début et fin de séance. Il consiste à lier un état interne (entrée en transe) à une situation physique.

Cette technique permet à l'individu de retrouver un état de bien être en reproduisant « le geste » ou la parole adéquate. D'après Erickson, il favorise les inductions futures et potentialise les résultats de la thérapie.

L'induction

C'est lors de cette phase que le patient passe par un état modifié de conscience, dit transe hypnotique, permettant l'utilisation de suggestions à but thérapeutique.

Les techniques d'induction, singulières à chaque patient ne sont pas strictement codifiées. Elles sont très nombreuses. Elles ont pour point commun de fixer l'attention de l'individu sur un objet (objet quelconque choisi librement dans la salle de soin par exemple), des sensations physiques (la lourdeur progressive du corps par exemple) ou des images mentales (souvenir plaisant d'enfance par exemple).

Voici les deux techniques principalement utilisées pour l'hypno-analgésie par le thérapeute afin de réduire l'anxiété au cabinet dentaire :

- **Technique de l'accompagnement** dans un souvenir agréable. Le patient est alors invité à revivre une expérience positive ou à s'imaginer dans un endroit associé à des émotions agréables.
- **Technique de la relaxation progressive**, Le patient est invité à décontracter l'ensemble des parties de son corps, pour aboutir à une transe légère que le praticien pourra alors amplifier.

L'induction se fait à l'aide d'une communication régie par quelques règles simples (hypnose conversationnelle et communication avec l'inconscient).

- **Le choix des mots** : s'adapter au patient
 - adapter la communication à son type de personnalité,
 - éviter les négations (exemple : cela ne fera pas mal : alerte le patient sur la douleur possible du geste),
 - employer des termes ayant une signification la plus large possible afin de laisser le choix au patient de les interpréter comme bon lui semble et d'orienter la transe à sa guise.
- **Le pacing** : il faut s'imprégner de la gestuelle du patient, sans pour autant la copier totalement. Cela renforce l'intimité de la relation praticien-patient en augmentant le sentiment de sécurité, de confiance.
- **L'analyse de la fréquence respiratoire** du patient pour adapter le rythme conversationnel à ses expirations d'une part et à son ressenti durant le soin d'autre part. C'est un moyen de contrôle simple mais qui nécessite l'attention du soignant.

A noter que la durée de la phase d'induction diminue avec le nombre de séances.

Phase Hypnothérapeutique dans le cas d'un patient anxieux

Le patient est maintenant en transe hypnotique. Le dentiste peut alors aborder progressivement un travail plus précis sur le ou les problèmes gênants les soins en lui apportant des idées thérapeutiques sous formes de suggestions et métaphores.

→ Les suggestions

Ces suggestions personnalisées amènent le patient à des apprentissages utiles à la découverte de solutions. Ce sont les véritables vecteurs de la thérapie. Elles ne sont

pleinement efficaces que si elles sont individualisées et tiennent compte du contexte et des représentations du patient (Mauri, 2005).

Dans le cas de l'anxiété, une approche intéressante consiste à demander à l'individu de décrire et de localiser son angoisse. Une fois ciblée, il suffit d'énoncer des suggestions qui modifient différents éléments de la peur de manière à la rendre plus acceptable.

En hypnose Eriksonienne, les suggestions ne sont pas des ordres ni des solutions toutes faites que le thérapeute dicte au patient. L'inconscient de ce dernier est libre de les accepter ou de les refuser (adaption du thérapeute).

C'est à l'individu de faire émerger ses propres aptitudes internes.

Il existe des suggestions ouvertes et indirectes (Salem et Bonvin, 1992) :

- **Suggestions ouvertes** : il s'agit de propositions très larges afin de laisser le choix au patient de la sensation ressentie (rester vague...)
- **Suggestions indirectes** : utilisées principalement chez le patient sceptique, retissant à l'hypnose. La communication se place au niveau de l'inconscient, contournant ainsi les barrières psychiques mises en place.

Voici quelques exemples de suggestions indirectes :

La régression dans le temps

Cette technique s'utilise pour les peurs en rapport avec des expériences antérieures traumatisantes.

Il faut alors remonter dans le temps afin de remémorer et de faire revivre un traitement dentaire réussi, le valorisant, en insistant sur les capacités et aptitudes alors déployées pour participer à ce succès (confiance en soi, confiance envers le dentiste, le fait d'être détendu...).

L'anesthésie hypnotique indirecte

Le but ici est de suggérer une anesthésie sur une zone corporelle non douloureuse, par exemple la main droite ou le bout d'un doigt. Cet état est amené à l'aide de suggestions décrivant les sensations d'une anesthésie (lourdeur, sensation de froid, d'engourdissement). Le patient est alors invité à transférer l'anesthésie vers la zone douloureuse en plaçant son doigt vers celle-ci.

→ Les métaphores

Ce sont des outils très importants dans la thérapie du patient anxieux.

En effet, demander à celui-ci de se détendre lorsqu'il est allongé sur le fauteuil, alors que cela fait une semaine qu'il est stressé en vue du rendez-vous, n'aura pas grand impact sur son état. En revanche, passer par des contes, anecdotes, histoires porteuses d'un sens apparent visant à proposer des solutions pour lutter contre l'anxiété, permet de contourner le problème, de faire passer le message sans réellement l'exprimer explicitement.

Il existe un phénomène naturel qui transforme les idées en actes ou en sensations. Ce processus psychologique est appelé l'idéodynamisme. (Exemple : penser à un dessert apprécié fait saliver). C'est grâce à ce processus que les suggestions et métaphores impactent le patient.

La terminaison ou sortie de l'état hypnotique

Cette phase doit se faire en douceur, au rythme du patient.

C'est à ce moment qu'il va intégrer les connaissances et l'apprentissage dans sa vie quotidienne, permettant ainsi une amélioration de sa qualité de vie.

Le praticien peut profiter de cette phase pour énoncer des suggestions hypnotiques valorisantes qui améliorent le post-opératoire.

Exemple : « comme votre corps fait remarquablement bien les choses, la cicatrisation sera aisée et vous ressentirez une grande satisfaction d'avoir participé à votre guérison »

L'entretien post hypnotique :

Au cours de cette séance de « débriefing », il est demandé à l'individu de parler de son ressenti vis-à-vis de la séance. Le praticien pourra alors aiguiller le déroulement des prochaines séances, en l'aidant à améliorer son expérience dans ce domaine.

3.2.2.3 Avantages – inconvénients

Les autres intérêts de l'hypnose au cabinet dentaire sont :

- Une amélioration de la communication praticien – patient, praticien – équipe soignante
- Un effet hypno analgésique, en jouant sur la composante émotionnelle de la douleur

- Une prévention du burn out pour le praticien en pratiquant l'autohypnose, lui permettant de prendre du recul vis à vis des différents stress accumulés
- Une facilitation dans le déroulement des soins : diminution de la mobilité du patient, diminution du débit salivaire, diminution du réflexe nauséux (Noble 2000, Bourassa 1998, Milling et coll. 2005, Barsby 1994).
- Une prise en charge de certaines para fonctions comme le bruxisme, et les pathologies de l'ATM...
- Une amélioration de l'intégration prothétique
- Une lutte contre les habitudes nocives comme le tabagisme
- Une amélioration des douleurs et de la cicatrisation en post opératoire avec diminution du saignement (Zach 1990, Hopkins et coll 1991, Stern 1991)

Une étude réalisée en juin 2013 sur 24 patients aux Etats-unis (Abdeshahi et Coll) compare le saignement, la douleur et l'anxiété éprouvés lors de l'extraction des dents de sagesse mandibulaires. Une dent étant extraite sous anesthésie locale, l'autre sous hypnose (sans anesthésie locale).

Les résultats montrent que les extractions sous hypnose ont réduit de manière significative la douleur pendant et après l'intervention ainsi que le saignement. L'anxiété a elle aussi été diminuée mais de manière non significative.

Une revue de la littérature réalisée par des praticiens français, confirme l'étude précédente en concluant que l'hypnose permet d'améliorer l'anxiété, les paramètres physiologiques (salive, saignement ...), le comportement des patients ainsi que la douleur. Les auteurs émettent cependant une petite retenue car peu d'articles présentent une méthodologie de qualité (Jugé et Tubert-Jeannin, 2013).

Les contres indications sont peu nombreuses :

- Problème psychiatrique (neurotique, psychotique), arriérations mentales (Salem et Bonvin, 2004)
- Enfants de moins de 3 ans (Chaves 1994, Ruyschaert 2003)

3.2.2.4 Bénéfices pour l'équipe soignante

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'exercice de notre profession expose à des stress intenses et multiples. Le stress physique et psychique impacte petit à petit la santé générale et le bien-être.

Tous ces stress accumulés durant de longues années amènent dans de nombreux cas nos confrères à un repli sur eux-mêmes, à des dépressions et parfois même dans les cas les plus extrêmes au suicide.

La maîtrise de l'hypnose par le praticien peut aider à prévenir ce phénomène de burn-out.

En effet, le burn-out correspond à un processus s'étalant sur une durée assez longue, et aboutissant à un épuisement physique, émotionnel ou mental.

Au-delà de cet épuisement, on observe une dépersonnalisation (diminution importante de l'estime de soi et des autres, ce qui modifie les rapports entre collègues et praticien-patient) et à un cynisme menant à une dépression sévère.

La lutte contre ce phénomène devient de plus en plus d'actualité. Le but étant d'agir de manière préventive, car une fois installé, sa prise en charge est délicate et longue.

L'autohypnose est un état modifié de conscience, induit par le sujet lui-même. Elle conduit à un état mental d'hyper vigilance et souvent de relaxation dans lequel le sujet cesse de diriger volontairement le cours de ses pensées. Il se met ainsi en rapport avec son inconscient, ses émotions profondes et ses idées écartées durant les phases de pensée volontaire. Cela permet de lutter en amont, avant que les symptômes ne s'installent.

Elle permet, grâce à de simples exercices, de relâcher la pression accumulée durant la journée de travail. Cette déconnexion active les ressources du corps et de l'esprit afin de se régénérer permettant ainsi une détente et un bien être retrouvés. De plus, toutes les suggestions que nous exprimons au patient peuvent engendrer des répercussions sur nous même, nous aidant à travailler sereinement (Ruyschaert, 2003)

Cet outil représente une réelle opportunité pour notre profession d'améliorer significativement les conditions de travail et par conséquent les traitements proposés et les prises en charge.

Effectivement, l'amélioration du bien-être du praticien, bonifie les rapports avec l'équipe soignante, ainsi que ceux avec les patients. Tout le monde y gagne, au final.

4. Proposition de mise en place d'un protocole de recherche clinique visant à comparer l'efficacité du MEOPA et de l'hypnose thérapeutique afin de réduire l'anxiété des patients les plus atteints lors des soins bucco-dentaires

4.1 Objectifs

- Existe –t-il une différence d'efficacité dans la diminution de l'anxiété entre le MEOPA et l'hypnose en pré, per et post opératoire ?
- Ces outils thérapeutiques permettent-ils une diminution de l'anxiété sur le long terme ?
- Proposer au chirurgien-dentiste une aide à l'orientation thérapeutique entre ces deux techniques à l'aide des résultats de l'étude et des singularités des patients.

4.2 Matériel et méthode

Etude prospective

Population :

- Origine des patients : patients fréquentant le centre de soins hospitalo-universitaire de Nice
- Echantillon : 30 à 40 patients
- Critères d'inclusion : Adultes de 25 à 50 ans, présentant au minimum deux soins nécessitant une anesthésie locale et un détartrage. (ayant déjà subi une anesthésie locale dentaire), ayant un score supérieur ou égal à 19 au test MDAS
- Critères de non inclusion : Contre-indication, allergies, refus du consentement éclairé

Méthode d'évaluation comportementale : Echelle **MDAS**, Modified Dental Anxiety Scale : traduite en français. (Annexe 1) et l'Echelle Visuelle Analogique : **EVA** (Annexe 2)

Le MDAS est utilisé afin de déterminer si le patient présente, ou non, une anxiété dentaire suffisante permettant son inclusion dans l'étude.

L'EVA, en auto évaluation, autorise grâce à sa simplicité à suivre l'évolution de l'anxiété et de la douleur ressentie tout au long des soins.

4.3 Déroulement de l'étude

1ère séance : anamnèse et sélection des patients

Une échelle MDAS1 est donnée au patient.

Le chirurgien-dentiste ou l'étudiant en charge de celui-ci reste à ses côtés afin de répondre si besoin à certaines questions, de prendre des notes en cas de précisions sur telle ou telle question.

Un examen clinique et radiographique est ensuite réalisé afin de déceler si le patient présente une pathologie nécessitant une anesthésie locale.

Si les critères d'inclusion sont respectés, et après explication de l'étude, un consentement est remis au patient afin de l'intégrer dans celle-ci.

Un relevé de l'indice CAO est également réalisé et est remis au patient un questionnaire (annexe 3) qui servira, peut-être, ainsi que l'indice CAO, à établir un **pronostic** des thérapeutiques en fonction du profil des patients.

Puis, l'analyse du questionnaire médical est pratiquée afin de déceler s'il existe des contre-indications à chaque technique.

2ème séance : explication de la thérapeutique choisie et réalisation du détartrage

Randomisation en deux groupes :

Patients soignés sous MEOPA = groupe **M**

Patients soignés sous induction hypnotique = groupe **H**

Pour les patients de chaque groupe, une explication sur la technique de prise en charge est donnée, ainsi que sur le déroulement de la séance à venir.

Le patient est alors invité à s'installer au fauteuil. Une EVAa1 lui est demandée afin de connaître son niveau d'anxiété en début de séance, nous passerons après à l'EVA à proprement parlé (échelle de douleur).

Réalisation du détartrage : EVAd1

3ème séance : réalisation du soin sous MEOPA ou Hypnose avec anesthésie locale EVAa2 est notée afin d'évaluer le caractère anxiogène que peut procurer ces prises en charge spécifiques.

Nb : L'évaluation à l'aide de l'EVA n'est pas indiquée sous MEOPA ou sous Hypnose, le recueil se fera en post opératoire (biais possible).

Groupe M :

Début inhalation, attendre 5 min

Anesthésie locale

Réalisation du soin

Fin du soin, attendre 5 min

Recueil en post-opératoire : EVAd**2** lors de l'anesthésie, EVAd**3** lors du soin.

Recueil des impressions et ressentis du patient durant la séance. L'ensemble des informations est noté.

Groupe H :

Induction Hypnotique, installation de la transe hypnotique.

Anesthésie locale.

Réalisation du soin

Fin du soin : sortie de la transe

Recueil en post-opératoire : EVAd**2** lors de l'anesthésie, EVAd**3** lors du soin.

Recueil des impressions et ressentis du patient durant la séance. L'ensemble des informations est noté.

3^{ème} séance : réalisation soin sans MEOPA ni Hypnose

Echelle EVAa**2** donnée au patient. (Modification ou non de son anxiété vis-à-vis de nos soins sur la durée ?)

Anesthésie locale : EVAd**4**

Réalisation du soin : EVAd**5**

Fin du soin : EVAd**6**

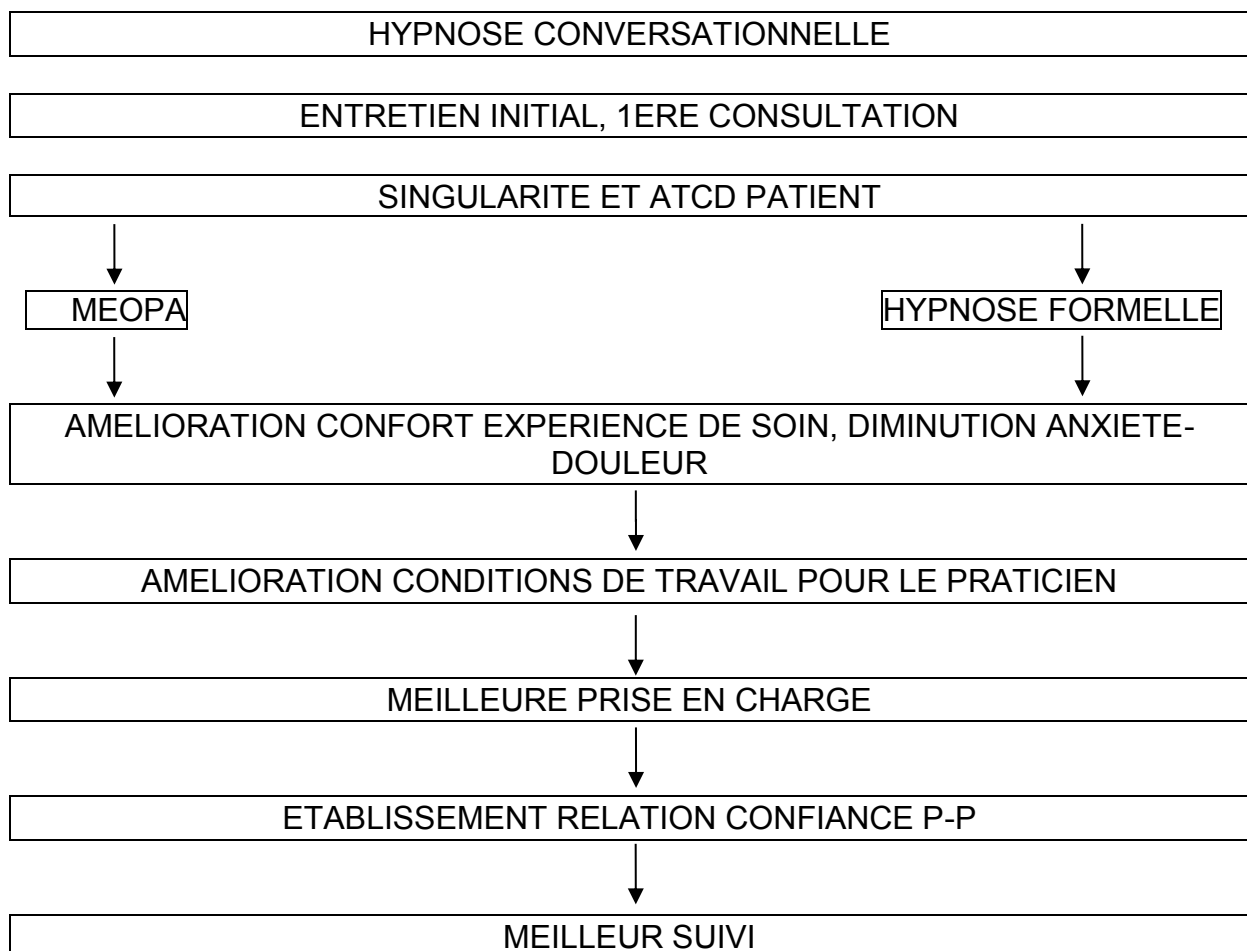
NB : Biais car sous MEOPA on fait de la conversationnelle voir de la formelle, il faudrait pour éviter cela juste faire l'inhalation mais ne pas parler au patient ...

Conclusion

Le but de notre métier est d'améliorer la santé bucco-dentaire. Cet objectif ne peut être atteint que si une relation de confiance s'établit entre patient et praticien. Or, cette dernière est souvent mise en péril par une anxiété exagérée et une véritable phobie des soins.

L'ensemble de la profession a énormément de progrès à réaliser sur la prise en charge émotionnelle et psychologique des patients. Il faut traiter l'individu en tant que tel et non pas simplement la maladie qu'il présente. Dans ce sens, l'apport de techniques telles que le MEOPA et l'hypnose peut être une aide efficace chez les patients réputés « difficiles ».

En traitant les patients très anxieux et en prévenant l'apparition de nouvelles phobies, la profession y gagnera énormément et l'ensemble de la population également. Pour parvenir à ce but, l'arbre décisionnel, ci après peut guider le praticien.



Arbre décisionnel pour la prise en charge d'un patient anxieux et améliorations espérées

REFERENCES BIBLIOGRAPHIE

Les Français, leur dentiste et l'accès aux soins bucco-dentaires, sondage IFOP, octobre 2013

Abdeshahi S. K ; Hashemipour M. A ; Mesgarzadeh V.

Effect of hypnosis on induction of local anesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: a case-control study.

J Craniomaxillofac Surg.; 41(4):310-5. 2013 Jun

Armfield J. M.

Predicting dental avoidance among dentally fearful australian adults.

Eur J Oral Sci ; 121 (3P2) : 240-6. 2013

Barsby M. J.

The use of hypnosis in the management of 'gagging' and intolerance to dentures.

Br Dent J. 1994 Feb 5;176(3):97-102.

Becchio J. ; Jousselin C.

Nouvelle hypnose, initiation et pratique

Bruxelles, Desclée de Brouwer, p 175, 2009.

Benarroche O.

Hypnodotologie : l'hypnose médicale appliquée en chirurgie dentaire.

C-D à Cagnes sur mer, DU d'hypnose à la Pitié-Salpêtrière.

Conférencier à la faculté de Médecine de Nice.

Document consulté en Février 2014.

Berggren U ; Meynert G.

Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences.

J Am. Dent. Assoc. 109(2): 247-51, 1984.

Boscato N ; Almeida R.C ; Koller C.D ; Presta A.A ; Goettems M.L.

Influence of anxiety on temporomandibular disorders – an epidemiological survey with elders and adults in southern Brazil.

J Oral Rehabil.; 40(9):643-9. 2013.

Bourassa M.

Hypnodontie

J. Dent Québec 25 : 543-545, 1988.

Brahm C. O ; Lundgren J ; Carlsson S.G ; Nilsson P ; Hultqvist J ; Hagglin C.

Dentists' skill with fearful patients: education and treatment
Eur J Oral Sci.; 121 (3 Pt 2): 283-91. 2013 Jun.

Bradt J ; Dileo C ; Shim M.

Music interventions for preoperative anxiety
Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue6, 2013.

Brisseaux J C ; Varma D.

Une approche de l'hypnose médicale en odontologie
L'information dentaire, 35 : 3067 – 3071, 1992.

Carlsson V ; Hakeberg M ; Blomkvist K ; Wide Boman U.

Orofacial esthetics and dental anxiety: Associations with oral and psychological health.
Acta Odontol Scand. 2013.

Chaves J. F.

Recent advances in the application of hypnosis to pain management.
Am. J. Clin. Hypn., 37(2) : 117-129, 1994.

Crego A ; Carrillo-Diaz M ; Armfield J.M ; Romero M.

From public mental health to community oral health : the impact of dental anxiety and fear on dental status.
Front Public Health, 28; 2-16 eCollection 2014.

Edmunds R. Buchanan H.

Cognitive vulnerability and the aetiology and maintenance of dental anxiety.
Community Dent Oral Epidemiol; 40(1): 17-25 Feb 2012.

Facco E ; Zanette G ; Casiglia E.

The role of hypnotherapy in dentistry
SAAD Dig.; 30:3-6 2014 Jan.

Faymonville M. E ; Mambourg P.H ; Joris J ; Vrijens B ; Fissette J ; Albert A ; Lamy M.

Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies : a prospective randomized study
Pain, 73(3) : 361-367, 1997.

Fawzi R ; Delbos Y ; Nancy J ; Parfait S ; Ameziane R.

Sédation consciente au MEOPA : un réel regain d'intérêt.
http://www.fmdrabort.ac.ma/wjd/Vol2Num1_2006/MEOPA.htm
Site consulté en Janvier 2014.

Hiroyuki Karibe and neuroscientists.

Nippon dental university of Tokyo

<http://www.theguardian.com/society/2013/nov/10/dentists-drills-brain-neuroscientists>

Site visité au mois de Mars 2014

Hopkins M. B ; Jordan J.M ; Lundy R.M.

The effect of hypnosis and imagery on bleeding time. A Brief Communication.
Int. J. Clin. And Exp. Hypnosis, 39(3): 134-139, 1991.

Jugé C ; Tubert-Jeannin S.

Effects of hypnosis in dental care

Presse Med.;42(4 Pt 1):e1114-24. 2013 apr.

Kanaffa-Kilijanska U ; Kaczmarek U ; Kilijanska B ; Frydecka D.

Oral health Condition and Hygiene Habits Among Adult Patients with Respect
to Their Level of Dental Anxiety

Oral Health Prev Dent. 2014 Mar 11.

Locker D ; Shapiro D ; Liddle A.

Negative dental experience and their relationship to dental anxiety.

Community Dent. Health, 13(2) : 86-92, Jun 1996.

Mauri P.

L'anesthésie ne s'endort pas. Soigner par l'hypnose

Pulsations, 11 : 5-7, dec 2005.

Milling L. S ; Kirsch I ; Allen GJ ; Reutenauer EL.

The effects of hypnotic and non hypnotic imaginative suggestion on pain.

Ann Behav Med. , 29(2) : 116-127, 2005.

Noble S.

The management of blood phobia and a hypersensitive gag reflex by
hypnotherapy: a case report

Dent. Update, 29 : 70-74, 2000.

Peretz B.

Relaxation and hypnosis in pediatric dental patients

J Clin. Pediatr. , 20(3): 205-207, 1996.

Themessi-Huber M ; Freeman R ; Humphris G ; MacGillivray S ; Terzi N.

Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear:
a structured review and meta-analysis.

Int J Paediatr Dent; 20(2): 83-101, Mar 2010.

Ruysschaert N.

Hypnose et phénomènes hypnotiques, assistance préliminaire en cas de stress pour le patient et le dentiste.

Rev. Belge. Med. Dent., 58(2): 105-117, 2003.

Salem G ; Bonvin E.

Soigner par l'hypnose.

Ed. Masson, 272p, 2004.

Serra E

Douleur et anxiété : une association sous-estimée.

Annales de psychiatrie A., vol. 14, n°3, pp. 240-245, 1999.

Stern R.

L'hypnose en médecine dentaire

Rev. Mens. Suisse d'Odontostomatologie, 101(4): 467-475, 1991.

Schaerlaekens M.

Hypnose et odontologie, l'eau et le feu.

Rev. Belge Med. Dent. , 58(2) : 118 – 125, 2003.

Tang Y ; Zhu YQ.

Survey and analysis of dental anxiety in adult outpatients.

Shanghai kou Qiang Yi Xue.; 22(6):695-7, 2013 Dec.

Varma D.

Le point sur l'hypnose en odontologie.

Le Chirurgien de France, 1223, 2005.

Wood G. J ; Zadeh H. H.

Potential adjunctive applications of hypnosis in the management of periodontal diseases.

Am J Clin Hypn., 41 (3) : 212-223, 1999.

Willemsen R.

Techniques d'hypnose utilisées pour diminuer l'anxiété et la peur : revue de littérature.

Rev. Belge Med. Dent. 58(2) : 99-103, 2003.

Zach G. A.

Hypnosis Part 3 : Uses in dentistry

Compendium, 11: 420-426, 1990

Zeidan J.

Hypnose: une solution contre la douleur (et la peur).

Indépendantaire; 36: 50-52, 2006.

FIGURES :

Figure 1: Phillip Low

The autonomic nervous system.

Last revision April 2013.

http://www.merckmanuals.com/professional/neurologic_disorders/autonomic_nervous_system/overview_of_the_autonomic_nervous_system.html

Figure 2: Peters Angillis

Dentiste du XVIII^e siècle opérant sur une place de village.

<http://www.france-pittoresque.com/spip.php?article7895>.

Figure 3: Marathon Man

Image tirée du film (1976).

<http://www.smh.com.au/news/filmfondue/top-five-naughty-dentist-films/2005/09/22/1126982165545.html>

Figure 4 : Guignon L

Corrélation entre le stress du patient et du praticien.

Figure 5: Bennaroche O

Hypnodotologie : l'hypnose médicale appliquée en chirurgie dentaire.

Figure 6 : Ernest Rossi

Cycle ultradien adapté par E. Rossi.

<http://hypnosphere.spherode.org/quest-ce-que-lhypnose/le-cycle-ultradien>

Figure 7: Hypnose Ericksonnière

Institut Normand de Coaching et de Thérapies Brèves.

<http://www.inctb.net/ressourceshe.htm>

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle MDAS traduite en français.

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

VEUILLEZ INDIQUER EN NOTANT 'X' DANS LA CASE APPROPRIÉE

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

Pas anxieux *Légèrement anxieux* *Assez anxieux* *Très anxieux* *Extrêmement anxieux*

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

Pas anxieux *Légèrement anxieux* *Assez anxieux* *Très anxieux* *Extrêmement anxieux*

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

Pas anxieux *Légèrement anxieux* *Assez anxieux* *Très anxieux* *Extrêmement anxieux*

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

Pas anxieux *Légèrement anxieux* *Assez anxieux* *Très anxieux* *Extrêmement anxieux*

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

Pas anxieux *Légèrement anxieux* *Assez anxieux* *Très anxieux* *Extrêmement anxieux*

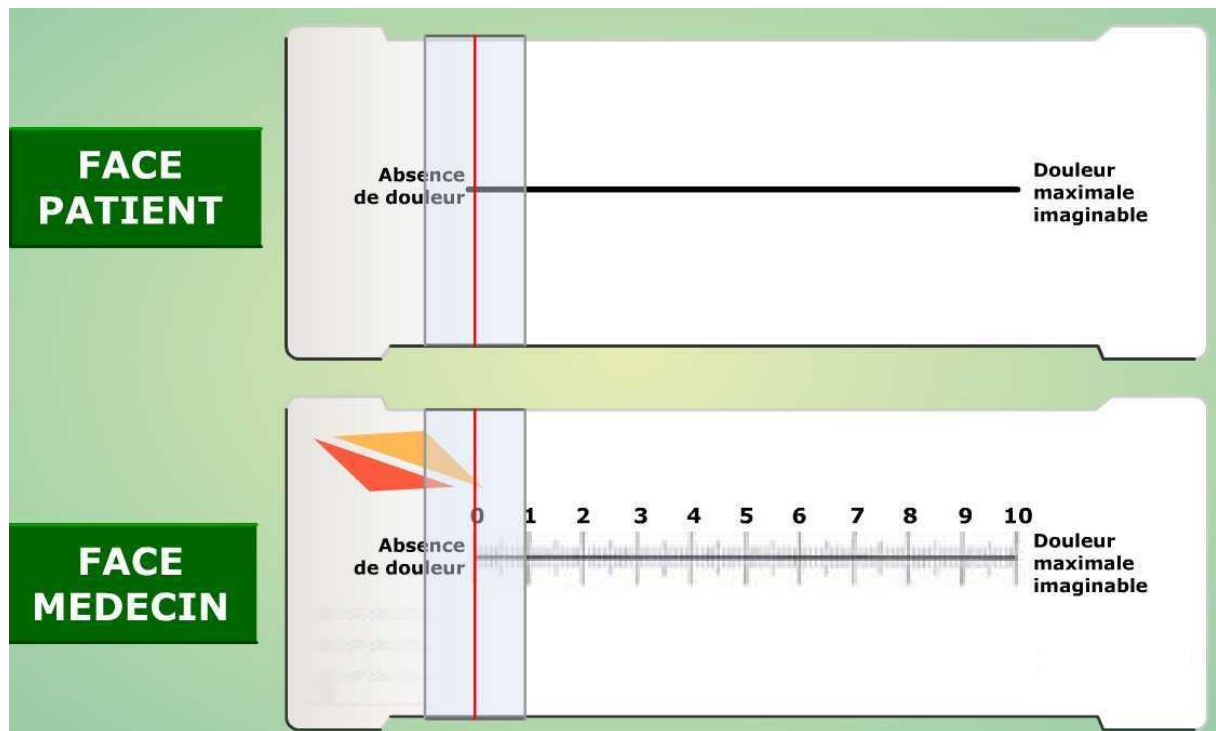
Instructions pour la notation (supprimer la section ci-dessous avant de copier pour l'utilisation par les patients)

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

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

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

Annexe 2 : Echelle Visuelle analogique



Serment d'Hippocrate

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

*Je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux
lois
de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de La Médecine
Dentaire.*

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

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce
qui se 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.*

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

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

*Respectueux et reconnaissant envers les Maîtres, je rendrai à
leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

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

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y
manque.*



Approbation – Improbation

Les opinions émises par les dissertations présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ou improbation de la Faculté de Chirurgie dentaire (1).

Lu et approuvé,

Vu,
Nice, le

Le Président du jury,

Le Doyen de la Faculté de
Chirurgie Dentaire de l'UNS

Professeur

Professeur Armelle MANIERE

(1) Les exemplaires destinés à la bibliothèque doivent être obligatoirement signés par le Doyen et par le Président du Jury.

Outils thérapeutiques dans la prise en charge de l'anxiété au cabinet dentaire : Le MEOPA et L'Hypnose

Thèse : Chirurgie dentaire, Nice, 2014, n° 47-57-14-12

Résumé :

Malgré des thérapeutiques de plus en plus évoluées, les soins dentaires continuent de provoquer chez la grande majorité des patients du stress, de la peur, de l'anxiété. Dans les cas les plus extrêmes, on observe un évitement du système de soin, provoquant la dégradation de la santé bucco-dentaire et générant sur le long terme une multitude de pathologies générales.

Le but de ce travail est d'éveiller les chirurgiens-dentistes à la nécessité de prise en charge de l'anxiété, en proposant deux outils thérapeutiques en plein essor ces dernières années : Le Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA) et l'hypnose.

Après avoir décrit ces deux techniques, et leurs indications, nous proposons un protocole d'étude visant à confronter l'efficacité de celles-ci sur la diminution de l'anxiété lors des soins. Le résultat permettra d'aider le chirurgien-dentiste à l'orientation du patient vers telle ou telle technique en fonction de son « profil type ». Diminuer l'anxiété provoquée par les actes thérapeutiques, c'est renforcer la relation praticien-patient avec l'établissement d'une confiance réciproque, améliorant ainsi la prise en charge et le suivi dentaire dans le temps.

Mots clés :

- **MEOPA**
- **Hypnose**
- **Anxiété**
- **Relation praticien-patient**

Adresse de l'auteur : 105 chemin du Canebas, 83320, Carqueiranne (France)