



HAL
open science

Évaluation de l'intérêt de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement, pour la prise en charge de l'anxiété envers les soins bucco-dentaires : étude à partir d'une revue de la littérature

Shirel Guetta Ksstentini

► To cite this version:

Shirel Guetta Ksstentini. Évaluation de l'intérêt de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement, pour la prise en charge de l'anxiété envers les soins bucco-dentaires : étude à partir d'une revue de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01712532

HAL Id: dumas-01712532

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01712532v1>

Submitted on 19 Feb 2018

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE
5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2017

Thèse N°:

N° attribué par la bibliothèque:

THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le

par Guetta Ksstentini Shirel

**EVALUATION DE LA THERAPIE D'ACCEPTATION ET
D'ENGAGEMENT, POUR LA PRISE EN CHARGE DE
L'ANXIETE ENVERS LES SOINS BUCCO-DENTAIRES.
ETUDE A PARTIR D'UNE REVUE DE LITTERATURE**

Directeur de thèse: M. le Professeur Vianney DESCROIX

JURY

M. le Professeur Vianney DESCROIX	Président
M. le Docteur Aleksandar DAKIC	Assesseur
M. le Docteur Philippe GATEAU	Assesseur
M. le Docteur Jean-François NGUYEN	Assesseur
Mme le Docteur Elisabeth SARFATI	Assesseur
M. le Docteur Julien THOMAS	Assesseur
M. le Docteur Eliott ZAGHROUN	Assesseur

UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7

Présidente de l'Université :

Mme la Professeure Christine CLERICI

Doyen de l'U.F.R. d'Odontologie :

M. le Professeur Robert GARCIA

Directrice Générale des Services :

Madame Pascale SAINT-CYR

JURY

M. le Professeur Vianney DESCROIX

Président

M. le Docteur Aleksandar DAKIC

Assesseur

M. le Docteur Philippe GATEAU

Assesseur

M. le Docteur Jean-Francois NGUYEN

Assesseur

Mme le Docteur Elisabeth SARFATI

Assesseur

M. le Doteur Julien THOMAS

Assesseur

M. le Docteur Eliott ZAGHROUN

Assesseur

M. le Professeur Vianney DESCROIX

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Pharmacie
Diplôme de Doctorat
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de mon jury de thèse. Veuillez trouver dans ce travail, toute l'estime et l'admiration que je vous porte.

M. le Docteur Aleksandar DAKIC

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistant Hospitalo-Universitaire

Je vous remercie d'avoir eu la gentillesse d'accepter de siéger dans mon jury de thèse. Que cette thèse vous exprime toute mon estime et mon profond respect.

M. le Docteur Philippe GATEAU

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je tiens à vous exprimer mes plus sincères remerciements pour votre disponibilité, votre patience et l'investissement dont vous avez fait preuve tout au long de notre travail. A travers ce travail, veuillez trouver toute la considération que je vous porte.

M. le Docteur Jean-François NGUYEN

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Je vous remercie d'avoir eu la gentillesse d'accepter de siéger dans mon jury de thèse. Que cette thèse vous exprime toute mon estime et mon profond respect.

Mme le Docteur Marion PARIS

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Je vous remercie d'avoir eu la gentillesse d'accepter de siéger dans mon jury de thèse. Que cette thèse vous exprime toute mon estime et mon profond respect.

Mme le Docteur Elisabeth SARFATI

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Je vous remercie d'avoir eu la gentillesse d'accepter de siéger dans mon jury de thèse. Que cette thèse vous exprime toute mon estime et mon profond respect.

M. le Docteur Julien THOMAS

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistant Hospitalo-Universitaire

Je vous remercie d'avoir eu la gentillesse d'accepter de siéger dans mon jury de thèse. Que cette thèse vous exprime toute mon estime et mon profond respect.

M. le Docteur Eliott ZAGHROUN

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistant Hospitalo-Universitaire

Je vous remercie d'avoir eu la gentillesse d'accepter de siéger dans mon jury de thèse. Que cette thèse vous exprime toute mon estime et mon profond respect.

1. Introduction.....	2
2. Anxiété et ses stratégies thérapeutiques	3
2.1. Anxiété	3
2.1.1. Définition.....	3
2.1.2. Les étiologies de l’anxiété liée aux soins bucco-dentaires	6
2.1.2.1. Influence génétique	6
2.1.2.2. Influence environnementale.....	6
2.1.3. Méthodes d’évaluation	7
2.1.3.1. Échelles d'auto-évaluation.....	8
2.1.3.2. Échelles d’hétéro-évaluation	9
2.2. Prévention ou traitement de l’anxiété envers les soins bucco-dentaires.....	12
2.2.1. Prise en charge symptomatique.....	12
2.2.1.1. Médicamenteux	12
2.2.1.2. Non médicamenteux.....	15
2.2.2. Thérapie psychologique : thérapie comportementale et cognitive	19
3. Thérapie d’acceptation et d’engagement : historique, définitions, principes et techniques	20
3.1. Historique	20
3.1.1. Origines	20
3.1.2. Les prémices de l'ACT	21
3.1.3. ACT de nos jours.....	22
3.2. Champs d’applications	23
3.2.1. Indications	23
3.2.2. Contre-indications	24
3.2.3. Différences TCC classiques / ACT	24
3.3. Principes de l’ACT	25
3.3.1. Acceptation du patient.....	25
3.3.2. Flexibilité du thérapeute	26
3.4. Techniques.....	29
3.4.1. Déroulement des séances	29
3.4.2. Évaluation des avancées thérapeutiques.....	32
4. Revue de la littérature	33
4.1. Méthodologie de la recherche : Les bases de données et mots clefs.....	33
4.2. Description des études.....	36
4.2.1. Traitement comportemental et cognitif dans la gestion de l’obésité chez les adolescents (81)	36
4.2.1.1. Objectif	36
4.2.1.2. Sélection des patients	36
4.2.1.3. Résultats de la recherche.....	36
4.2.2. Acceptation et engagement thérapeutique pour la douleur chronique (82).....	37
4.2.2.1. Objectifs	37
4.2.2.2. Sélection des patients	38
4.2.2.3. Mesures :	39
4.2.2.4. Programme de traitement	40
4.2.2.5. Résultats	41
4.2.2.6. Conclusion.....	42
4.3. Discussion	43
5. CONCLUSION	45
6. BIBLIOGRAPHIE.....	46

1. Introduction

Les soins bucco-dentaires sont connus pour être une source importante d'anxiété. Il s'agit d'un état émotionnel caractérisé par des composantes psychologiques et physiques qui peuvent créer des sentiments de peur, d'inquiétude ou de crainte et dans les cas pathologiques, de véritables phobies.

La phobie spécifique des soins bucco-dentaires est responsable à la fois d'une véritable souffrance psychologique pour les patients, pour lesquels les soins sont très difficiles, voire impossibles et pour les praticiens, un véritable inconfort.

Cette phobie rend les patients moins aptes psychologiquement à recevoir des soins, ce qui entraîne souvent des séances plus longues, plus difficiles et parfois même impossibles à achever, en raison de la résistance du patient face au praticien « Chirurgien-Dentiste et patient entrent alors dans un véritable cercle vicieux d'angoisse et de frustration » (Claes K. 2003)

La prise en charge des patients anxieux peut être facilitée par l'utilisation de différentes méthodes de sédation (le plus souvent palliatives) prenant en charge les symptômes du patient. Ces méthodes sont nombreuses et diverses faisant intervenir soit des agents pharmacologiques, soit des moyens comportementaux et cognitifs.

Nous retrouvons essentiellement :

- des méthodes non pharmacologiques : L'hypnose, acupuncture etc.
- des méthodes pharmacologiques comme : Prémédication sédatrice par voie orale qui consiste en l'administration d'une dose d'anxiolytiques une heure avant les soins, l'utilisation du MEOPA, anesthésie générale etc.

D'autres méthodes plus longues reposent sur une prise en charge psychothérapeutique à fonction curative. Les techniques sans doute les plus efficaces sont les thérapies comportementales et cognitives. Parmi celles-ci, la thérapie TCC de 3ème vague dit thérapie d'acceptation et d'engagement. Ce sera l'objet de cette thèse.

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT, à prononcer en un mot comme « acte ») est un modèle de compréhension du langage, des émotions et de psychothérapie. Issue des travaux

en psychologie fondamentale et en lien constant avec la recherche, l'ACT a montré son efficacité depuis plusieurs années pour plusieurs troubles psychologiques.

L'ACT consiste à changer la façon dont le patient considère ses émotions et ses pensées en l'aidant à trouver une flexibilité psychologique. Ceci constitue le but premier de ce modèle de psychothérapie : en effet, ce n'est qu'en acceptant ce que nous ne pouvons pas changer (nécessité de se faire soigner) que nous réussissons à dégager l'énergie nécessaire pour s'engager dans l'action. L'ACT est avant tout une thérapie dans l'action, ce qui contribue à la construction d'une existence riche et pleine de sens.

Au travers d'une recherche de la littérature sur « La thérapie d'acceptation et d'engagement dans la prise en charge de l'anxiété », cette étude aura pour objectif d'étudier les éléments intéressants permettant au chirurgien-dentiste de prendre en charge les patients atteints de phobies des soins bucco-dentaires.

2. Anxiété et ses stratégies thérapeutiques

Dans un premier temps, nous allons donc définir l'anxiété, les différentes étiologies qui en sont à l'origine, leurs méthodes d'évaluation ainsi que les principales prises en charge.

2.1. Anxiété

2.1.1. Définition

Le DSM V est le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie. Il s'agit d'une référence universitaire du fait qu'il est le résultat du regroupement d'un nombre considérable de données empiriques.

L'ensemble des troubles existants sont référencés à l'intérieur de ce manuel : troubles mentaux dus à une affection médicale générale, schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles anxieux etc.

Les troubles anxieux se repartissent eux même en sous groupes (1).

En effet, les troubles anxieux se divisent en plusieurs entités diagnostics :

- trouble de panique sans agoraphobie ;
- trouble de panique avec agoraphobie ;

- agoraphobie sans antécédent de trouble panique ;
- phobie spécifique ;
- phobie sociale ;
- trouble obsessionnel-compulsif ;
- état de stress post traumatique ;
- état de stress aigu ;
- anxiété généralisée ;
- trouble anxieux dû à une affection médicale générale ;
- trouble anxieux induit par une substance ;
- trouble anxieux non spécifié (2).

Les troubles anxieux qui nous intéressent ici, sont des troubles très fréquents dans la population générale. Leurs prévalences sont de 6 à 13 % selon les études (3). Ils apparaissent habituellement entre 18 et 35 ans et sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme.

Il s'agit d'une pathologie chronique caractérisée par de l'anxiété et des inquiétudes persistantes, excessives et difficiles à maîtriser. Les soucis sont proches des préoccupations et des inquiétudes de la vie quotidienne (école, travail, santé...). Les troubles anxieux peuvent s'accompagner de plusieurs symptômes psychiques et somatiques : agitation, fatigabilité, irritabilité, difficultés de concentration, tension musculaire, troubles du sommeil. Elle s'accompagne d'invalidité affectant le travail, l'éducation, les interactions sociales, la vie familiale, le risque de suicide, l'utilisation importante des ressources de soins de santé, notamment d'arrêt de travail pour cause médicale (3).

Dans cette partie nous allons nous intéresser exclusivement à la phobie spécifique liée au sang, car celle-ci est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un certain type de situation redoutée telle que les soins bucco-dentaires. Elle conduit souvent à un comportement d'évitement tel que l'anxiété excessive ou le refus de soins. C'est ce sujet que nous allons expliciter ici (4).

Une phobie se caractérise par un certain nombre de critères :

- une peur très intense pouvant aller jusqu'à l'attaque de panique et déclencher de façon quasi systématique et immédiate lors de la confrontation aux objets ou situations redoutés ;

- cette peur est souvent incontrôlable ; elle entraîne des évitements d'objets ou des situations phobogènes, chaque fois que cela est possible ; si le patient doit se confronter car il n'a parfois pas le choix et la souffrance est extrême ;

- la peur provoque un handicap, lié à l'anticipation anxieuse des situations et aux évitements.

Les phobies ne mettent pas la vie en danger, mais peuvent dégrader la qualité de vie.

Cette anxiété doit être détectée rapidement pour être prise en charge aussi vite que possible afin de rendre possible les soins nécessaires pour la santé dentaire du patient. Nous allons nous intéresser ensuite aux différentes étiologies qui donnent naissance à cette anxiété (5).

L'anxiété des soins bucco-dentaires est liée à la phobie du sang. L'ensemble des phobies en rapport avec le sang (peur de la vue du sang, des injections, des blessures, des interventions médico-chirurgicales, etc.) ne représente qu'une seule et même forme de phobie.

Le stimulus visuel est le plus souvent en cause, mais ces patients semblent aussi très sensibles aux odeurs associées : odeur de sang ou d'hôpital, etc. Ils peuvent manifester des signes caractéristiques à la vue de leur propre sang et, pour certaines femmes, de leurs propres menstruations (6).

Cette phobie spécifique présente des caractéristiques physiologiques la différenciant nettement des autres : là où la plupart des stimuli phobiques provoquent une tachycardie, les phobies du sang et des injections s'accompagnent le plus souvent d'une bradycardie et conduisent fréquemment à la syncope (plus des trois quarts de ces sujets ont des antécédents de syncope à la vue du sang, ou même seulement à son odeur). Cette bradycardie met d'ailleurs un certain temps à se développer, après une phase brève de tachycardie, et nécessite une exposition au stimulus phobogène d'au moins 10 à 60 secondes. Elle n'est donc pas activée si le sujet arrive à fuir rapidement la situation. La transmission familiale, avec une forte composante génétique, semble assez clairement établie. Le handicap entraîné peut empêcher l'accès à certains métiers : médecin, infirmière, policier, militaire, etc. Mais le problème principal réside sans doute dans les conduites d'évitement des prises de sang et de toute forme de soins ou d'examens invasifs, qui peuvent conduire des patients à gravement négliger leur état de santé, en évitant systématiquement les prises de sang et les opérations chirurgicales, consultation chez le chirurgien dentiste et parfois même la fréquentation des hôpitaux ou des cabinets médicaux. La phobie des soins dentaires est classiquement apparentée phobie spécifique liée au sang (6).

2.1.2. Les étiologies de l'anxiété liée aux soins bucco-dentaires

On considère que les peurs pathologiques et les phobies sont le fruit d'une double influence,

- des prédispositions biologiques, essentiellement innées (un héritage familial individuel)
- des influences environnementales et donc acquises (une histoire personnelle) (7).

2.1.2.1. Influence génétique

L'influence génétique, réelle, n'est pas un déterminisme pur et dur, dans lequel tel gène impliquerait tel comportement. D'abord parce qu'il n'y a pas un seul gène pouvant transmettre une vulnérabilité à la peur, mais plusieurs (mécanisme polygénique). Ensuite, parce que leur pénétrance peut varier, c'est-à-dire qu'ils peuvent plus ou moins s'exprimer dans le comportement de la personne. Enfin, il est possible que ce qui est génétiquement transmis ne soit qu'une tendance générale à une « affectivité négative », c'est-à-dire l'ensemble des prédispositions à ressentir des émotions pathologiques comme la peur ou la tristesse. En l'état actuel de nos connaissances, ceci paraît d'ailleurs plus probable pour les phobies complexes que pour les phobies simples. Pour finir, et c'est le plus important, les tendances innées vont ou non se révéler en fonction de l'environnement. L'environnement familial par exemple, soit précoce (types de maternage) soit tardif (styles éducatifs) peut selon les cas tempérer ou aggraver des prédispositions tempéramentales préexistantes (8).

2.1.2.2. Influence environnementale

Concernant les facteurs environnementaux, on considère aujourd'hui que certaines circonstances de vie peuvent « apprendre » à devenir phobique. Il semble que quatre grands types d'apprentissages peuvent expliquer l'acquisition d'une phobie :

- les événements de vie traumatisants : avoir été personnellement confronté à une menace ou un danger, et en garder la trace en mémoire (une agression, un accident) ;
- les événements de vie pénibles et répétés : subir de mini-traumatismes de manière régulière, sans possibilité de contrôle ;
- l'apprentissage social, par imitation de modèles : voir quelqu'un, en général un des parents, avoir peur de quelque chose ;

- l'intégration de messages de mise en garde : avoir reçu une éducation soulignant les dangers liés à tel ou tel type de situation (7).

À partir de ces expériences pré-disposantes, des facteurs de maintien vont ensuite empêcher l'extinction de la peur, malgré les expériences répétées de confrontation : les évitements, situationnels ou subtils (« je ne me confronte pas, ou pas complètement, sinon une catastrophe arrivera »), et la persistance des croyances phobogènes (« je suis sûr qu'en me confrontant, je m'expose à un danger », « si je m'étais confronté, le pire serait arrivé ») (8).

Nous pouvons constater l'existence de différents stades d'anxiété vis à vis des soins bucco-dentaires allant de la simple appréhension à l'impossibilité total de pouvoir soigner le patient. C'est pourquoi il est nécessaire pour le praticien d'évaluer précisément l'ampleur de l'anxiété ou de l'état phobique du patient afin d'établir un protocole de traitement adapté à ce dernier. Ainsi nous expliciteront dans le paragraphe qui suit les différentes méthodes d'évaluation.

2.1.3. Méthodes d'évaluation

Différentes méthodes d'évaluation de l'anxiété existent, reposantes dans un premier temps sur l'entretien et l'examen clinique. En effet le praticien doit entretenir une conversation calme et ininterrompu avec son patient afin de déterminer l'anxiété et l'appréhension de ce dernier, lui poser quelques questions qui guiderait la conversation vers la bonne direction. Le chirurgien dentiste doit identifier les raisons de sa visite, les différentes expériences passées du patient, le type de peur, d'angoisse et d'appréhension. Parfois l'anxiété bucco-dentaires peut se révéler comme faisant parti d'un large désordre psychologique, auquel cas il faudra soigner avec des psychothérapeutes. Dans ces cas-là, le psychothérapeute et chirurgien dentiste devront établir ensemble un plan de traitement afin de gérer l'anxiété du patient (7).

Plusieurs questionnaires sont utilisés pour apprécier l'anxiété ainsi que la phobie des patients. Il existe deux types d'échelles qui permettent de les quantifier : hétéro-évaluation et auto-évaluation. Nous allons commencer par décrire l'échelle d'auto-évaluation pour les patients aptes mentalement à s'autoévaluer (adulte sans handicapes mental, coopérant), puis nous terminerons par l'échelle de l'hétéro-évaluation.

2.1.3.1. Échelles d'auto-évaluation

Les échelles d'auto-évaluation permettent aux patients d'évaluer par eux-mêmes leur anxiété.

Echelle dentaire adaptée de l'échelle de Corah CDAS Echelle d'auto-évaluation (Corah Dental Anxiety Scale développée par NL Corah en 1969).

L'analyse se calcule à l'aide de quatre questions à choix multiples. En fonction des réponses aux quatre questions, des scores sont attribués (9) :

- Question 1 : Quel est votre réaction à l'idée de vous rendre chez le dentiste ? :
 - Score 1 : si son expérience est agréable ;
 - Score 2 : s'il a ressenti aucune inquiétude particulière ;
 - Score 3 : si le patient est un peu mal à l'aise ;
 - Score 4 : s'il a peur que cela soit douloureux et désagréable ;
 - Score 5 : si le patient est stressé à l'idée de ce que le dentiste va pouvoir lui faire .

- Question 2 : Quel est le ressenti du patient dans la salle d'attente ?
 - Score 1 : patient relaxé ;
 - Score 2 : patient un peu mal à l'aise ;
 - Score 3 : patient tendu ;
 - Score 4 : patient anxieux ;
 - Score 5 : patient tellement anxieux qu'il se sent malade.

- Question 3 : Quel est le ressenti du patient sur le fauteuil ?
 - Score 1 : patient relaxé ;
 - Score 2 : patient un peu mal à l'aise ;
 - Score 3 : patient tendu ;
 - Score 4 : patient anxieux ;
 - Score 5 : patient tellement anxieux qu'il se sent malade.

- Quel est le ressenti lors des soins ?
 - Score 1 : patient relaxé ;
 - Score 2 : patient un peu mal à l'aise ;
 - Score 3 : patient tendu ;

-Score 4: patient anxieux ;

-Score 5: patient tellement anxieux qu'il se sent malade.

Il faut ensuite additionner les scores de chacune des questions pour avoir le total sur 20 points. Par conséquent, on aura un score total de 4 pour un patient n'exprimant pas d'anxiété et un score de 20 pour un patient extrêmement anxieux.

Ce questionnaire nous permet d'évaluer l'anxiété du patient au préalable, pendant l'interrogatoire.

Dès lors que le le score est :

- inférieur à 8 : cela signifie que le patient est faiblement anxieux ;
- entre 8 et 12 : il est considéré comme moyennement anxieux ;
- supérieur à 12 : il est fortement anxieux .

En fonction de ces résultats nous adapterons ainsi notre prise en charge (9).

Il existe bien d'autres échelles d'auto-évaluation mais celle ci demeure la plus intéressante de par son efficacité, de sa rapidité et son côté pratique, c'est pourquoi nous ne développerons ici que l'échelle de Corah CDAS.

2.1.3.2. Échelles d'hétéro-évaluation

Cette échelle vient généralement en complément de l'auto-évaluation qui est d'autant plus intéressante du fait de la subjectivité du ressenti de l'anxiété.

Néanmoins, pour certains patients (patients trop jeunes, handicapés, troubles psychomoteurs...), l'hétéro-évaluation est un outil intéressant à notre disposition.

Echelle de Houpt :

Cette échelle analysant quatre attitudes, à savoir : les pleurs, l'éveil, l'appréhension-attention et la coopération, au moyen d'un enregistrement vidéo grâce auquel le praticien mesure le temps passé dans chacun de ces états. Elle est cependant difficile à réaliser en cabinet dentaire par manque de temps et c'est pour cette raison, nous ne la développerons pas davantage (10).

Échelle de Franckl :

Elle permet d'évaluer le comportement de l'enfant préscolaire lors de sa première consultation dentaire et, par la suite, de suivre l'évolution de son comportement. Elle comporte quatre niveaux ce qui en fait une échelle peu sensible, c'est pourquoi nous ne la développerons que brièvement ici.

- Niveau 1 : comportement résolument négatif : le patient refuse tout traitement ;
- Niveau 2 : comportement négatif : le patient est réticent à accepter le traitement, n'est pas coopératif ;
- Niveau 3 : comportement positif : le patient accepte le traitement, montre de la bonne volonté à coopérer malgré quelques réticences ;
- Niveau 4 : comportement résolument positif : le patient n'oppose aucune réticence et est même intéressé (9).

Echelle de Venham modifiée par Veerkamp : Il s'agit d'une échelle validée, la plus fréquemment utilisée pour l'évaluation du comportement du patient lors de soins sous sédation consciente. Les résultats vont de 0 à 5 (11).

Score 0.

Détendu souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément, ou dès qu'on le lui demande.

Score 1.

Mal à l'aise, préoccupé. Regard direct, mais expression faciale tendue. Observe furtivement l'environnement. S'appuie spontanément sur le dossier du fauteuil. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Pendant une manœuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Le patient est disposé à être capable de dire ce qu'il ressent quand on le lui demande. Respiration parfois retenue.

Capable de bien coopérer avec le dentiste.

Score 2.

Tendu. Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété,

Multiplie-les demandes d'informations. Mains crispées aux accoudoirs, peuvent se tendre et se lever, mais sans gêner le dentiste. S'appuie au dossier spontanément, mais la tête et le cou restent tendus.

Accepte le main dans la main. Regard direct. Pendant une manœuvre stressante, protestations verbales, pleurs discrets possibles. Le patient interprète la situation avec une exactitude raisonnable et continue d'essayer de maîtriser son anxiété. Les protestations sont plus gênantes. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée.

Score 3.

Réticent à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Soupire souvent. Protestations énergiques, pleurs possibles. S'appuie au dossier après plusieurs sollicitations, la tête et le cou restent tendus. Légers mouvements d'évitement. Mains crispées, regard parfois fuyant. Accepte le main dans la main. Hésite à utiliser les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Gigote un peu. Proteste verbalement, larmoyant. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimées bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés.

Score 4.

Très perturbé par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Crispation importante, sourcils froncés, regard fuyant, les yeux peuvent être volontairement fermés. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Mouvements d'évitement brusques. Pose ses mains sur sa bouche ou sur le bras du dentiste mais finit par laisser faire. Serre les lèvres mais finit par garder la bouche ouverte. Soulève fréquemment sa tête du dossier. Rejette le contact corporel, mais peut encore accepter le main dans la main. Importantes contorsions, nécessitant parfois une contention. Le patient peut être accessible à la communication verbale et finir, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. La dissociation est partielle. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.

Score 5.

Totalement déconnecté de la réalité du danger. Inaccessible à la communication. Rejette le contact corporel. Serre les lèvres et les dents. Referme la bouche et serre les dents dès que possible. Agite violemment la tête. Pleure fort à grands cris, hurle, dit des injures, se débat, est

agressif. Inaccessible à la communication verbale et visuelle. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

L'ensemble de ces échelles ne sont pas réalisées systématiquement au cabinet dentaire. L'échelle de CORAH est la plus répandue puisqu'elle est facile à réaliser, rapide et efficace. Les autres méthodes d'hétéro-évaluation ne sont que très peu répandues au cabinet dentaire et sont davantage réalisées en le milieu hospitalier.

Nous allons donc maintenant nous intéresser aux moyens de préventions et de traitements de l'anxiété envers les soins bucco-dentaires.

2.2. Prévention ou traitement de l'anxiété envers les soins bucco-dentaires

2.2.1. Prise en charge symptomatique

Le contrôle pharmacologique de l'anxiété peut être contrôlé par l'utilisation traitements médicamenteux, et utilisé seulement dans les situations où le patient n'est plus capable de coopérer. Les patients avec des besoins spéciaux (retard mental, autisme...) et autres situations cliniques peut aussi nécessité des besoins pharmacologiques (6).

2.2.1.1. Médicamenteux

2.2.1.1.1. Médicaments inhalés

Le Mélange Équimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote, MEOPA est un gaz incolore, inodore composé d'un mélange d'oxygène 50 % et de protoxyde d'azote 50 % qui agit par inhalation.

Ce mélange est anxiolytique et procure une analgésie de surface (12) .

Il s'agit d'une technique dans laquelle l'utilisation de moyens médicamenteux produit un état de dépression du système nerveux central permettant la réalisation du traitement, mais durant lequel le contact verbal avec le patient est maintenu. Les moyens médicamenteux et techniques utilisés pour obtenir une sédation consciente pour un traitement dentaire doivent assurer une marge de sécurité suffisamment large pour rendre peu probable toute perte de conscience (13)

Les objectifs du MEOPA sont d'induire un effet anxiolytique, une analgésie de surface tout en conservant ses réflexes pharyngolaryngées, ses fonctions cardiovasculaires et ventilatoires. L'inhalation de MEOPA peut également induire une modification des perceptions sensorielles et environnementales, une euphorie, une amnésie partielle de l'acte (12).

2.2.1.1.2. Médicaments par voie orale

La prémédication a visée anxiolytique repose essentiellement sur les benzodiazépines et l'hydroxyzine. Leur efficacité est démontrée, et rendent le patient coopérant, orienté, calme et répondant aux ordres.

2.2.1.1.2.1. Benzodiazépines

Les benzodiazépines ont un effet (dose-dépendant) sédatif, hypnotique, anxiolytique, myorelaxant et entraînent une amnésie antérograde (absence de souvenir des événements survenus après administration) (14).

L'efficacité et la facilité de leur prescription per os fait de la voie orale le mode d'administration quasi exclusif. Du point de vue de l'anxiolyse, toutes les benzodiazépines ont une efficacité équivalente. Leur prescription se fera surtout en fonction :

- de leur vitesse d'absorption intestinale (conditionnant le temps pour obtenir la concentration plasmatique maximale) ;
- de leur durée d'action (conditionnée par leur demi-vie d'élimination) (14).

De manière simplifiée, l'alprazolam (Xanax[®]) est la molécule la plus adaptée à notre exercice, celle-ci étant absorbée rapidement et présentant une durée d'action compatible avec la majorité des actes odontologiques. Pour une anxiolyse de plus grande durée (prémédication la veille au soir, par exemple), le bromazepam (Lexomil[®]) est plus intéressant.

Certaines benzodiazépines sont à éviter car leur catabolisme libère un métabolite actif ou ont une demi-vie trop longue

Il faut aussi avoir à l'esprit que ces molécules peuvent avoir des effets indésirables :

- agitation ;
- confusion.

La prémédication discutée :

- chez les sujets âgés (car elles peuvent entraîner des dysfonctions cognitives)
- en cas d'insuffisance respiratoire sévère ou lors de syndrome d'apnées du sommeil (si une prescription est envisagée la veille au soir du geste chez les patients très anxieux). Aux doses utilisées en prémédication anxiolytique, les benzodiazépines n'ont pas d'effet déprimeur respiratoire ; il faudra néanmoins être prudent (14) .

2.2.1.1.2.2. Hydroxyzine

L'hydroxyzine (Atarax[®]) a des propriétés pharmacologiques très intéressantes elle a une action sédative, antihistaminique (anti-H1), anti arythmique, vagolytique et antiémétique.

Elle est intéressante car elle permet la prévention des accidents anaphylactoides (conséquence d'un organisme du à une réaction allergique) et des réactions d'hypersensibilité immédiate non allergiques (14) .

La dose maximale journalière d'hydroxyzine est de 100 mg/jour chez l'adulte et chez l'enfant de plus de 40 kg, et de 2 mg/kg/jour chez l'enfant jusqu'à 40 kg.

Le traitement par l'hydroxyzine doit être pris à la dose minimale efficace et pendant la durée la plus courte possible.

L'hydroxyzine n'est pas recommandée chez les sujets âgés (risque cardiaque). Si toutefois une prescription s'avère nécessaire dans cette population, la dose maximale journalière doit être de 50 mg/jour.

L'hydroxyzine est contre-indiquée :

- chez les patients atteints d'un adénome prostatique, ses effets anticholinergiques pouvant entraîner une rétention urinaire aigue.

- chez les patients présentant un allongement acquis ou congénital connu de l'intervalle QT et chez les patients présentant un facteur de risque connu d'allongement de l'intervalle QT tel que : pathologie cardiovasculaire, antécédents familiaux de mort subite d'origine cardiaque, troubles électrolytiques significatifs (hypokaliémie ou hypomagnésémie), bradycardie significative et traitement concomitant par un médicament connu pour allonger l'intervalle QT et/ou susceptible d'induire des torsades de pointe.

L'hydroxyzine fait l'objet d'une précaution d'emploi avec des médicaments susceptibles d'induire une bradycardie ou une hypokaliémie doit faire (14).

2.2.1.1.2.3. Neuroleptiques

Les dérivés de la phénothiazine et des butyrophénones ne sont utilisés, en anesthésiologie, que pour leur action antiémétique, à faible dose, notamment dans la prévention des nausées et vomissements postopératoires. Du fait de leurs effets indésirables importants (dysphorie, angoisse, syndromes extrapyramidaux...), ils ne sont plus utilisés en France pour la prémédication anxiolytique, malgré une impression clinique de sédation et d'anxiolyse, il existe pourtant une tension interne difficilement exprimable par le patient, aboutissant à un état d'angoisse pouvant aller jusqu'au refus du geste envisagé (14).

2.2.1.2. Non médicamenteux

Plusieurs techniques non médicamenteuses ont vu le jour pour pallier à l'anxiété vis à vis des soins bucco-dentaires. L'hypnose est une technique qui nous intéresse beaucoup, on note de nombreux articles récents traitant du sujet (15) (16) (17) (18) .

2.2.1.2.1. Hypnose

L'hypnose est une technique de nature psychologique qui induit un état de conscience particulier provoqué par la suggestion. Lors de cet état, il y a un sentiment de détente et de relaxation pouvant pallier l'anxiété. L'hypnose va agir sur les aspects affectifs de la douleur en lien avec le vécu désagréable. Le recours à l'hypnose lors de soins dentaires permet donc un dépassement de la peur et de l'anxiété, ainsi qu'une meilleure gestion de la douleur (19).

Le sujet est amené à concentrer son attention sur le plan visuel (un point précis) et auditif (la voix de l'opérateur). On peut donc parler d'une hyper-concentration, plutôt que d'un relâchement, d'une décontraction mentale (20).

« L'hypnose est définie comme un processus relationnel accompagné d'une succession de phénomènes physiologiques tels qu'une modification du tonus musculaire, une réduction des perceptions sensorielles (dissociation), une focalisation de l'attention dans le but de mettre en relation un individu avec la totalité de son existence et d'en obtenir des changements physiologiques, des changements de comportements et de pensées », définition retenue par l'AFEHM (Sichere 2007) (17).

2.2.1.2.2. Acupuncture :

L'acupuncture est une technique (21) dans laquelle la maladie est traitée par l'insertion d'aiguilles à divers points du corps, connus sous le nom de points d'acupuncture.

Il a été rapporté que l'acupuncture est efficace dans le traitement des problèmes dentaires tels que l'anxiété, le syndrome de dysfonction temporo-mandibulaire, la douleur et le syndrome de Sjögren. Il s'agit d'une modalité de traitement simple et peu coûteuse qui nécessite une formation spéciale avant d'être incorporée dans la pratique. Les rapports sur l'utilisation de l'acupuncture auriculaire pour le traitement de l'anxiété chronique et aiguë ont montré des résultats prometteurs (22). Un essai contrôlé randomisé comparant l'acupuncture auriculaire avec le midazolam intranasal pour la gestion de l'anxiété liée aux soins bucco-dentaires dentaire a suggéré que les deux méthodes de traitement étaient efficaces (23). Bien que non concluantes, on peut suggérer l'acupuncture comme thérapie prometteuse pour la prise en charge des troubles anxieux liés aux soins dentaires (24). Dans une récente revue systématique et une méta-analyse sur l'effet de l'acupuncture sur l'anxiété, Au et al. ont conclu qu'elle était efficace pour fournir un soulagement immédiat de l'anxiété chez les adultes. Cependant, des résultats contradictoires ont été trouvés pour des améliorations sur les indicateurs physiologiques (25).

2.2.1.2.3. Distraction

La distraction est une technique utile pour détourner l'attention du patient de ce qui peut être perçu comme une procédure désagréable. Cela permet une diminution de la perception des

désagréments et éviter les comportements négatifs ou d'évitement. Donner au patient une courte pause pendant une procédure stressante peut être une utilisation efficace de la distraction avant d'envisager des techniques plus avancées d'orientation comportementale (26). Plusieurs options technologiques sont disponibles pour la distraction visuelle et auditive, comme la musique de fond, les téléviseurs, les jeux informatiques, et lunettes vidéo 2-D et 3-D pour regarder des films (26) (27) .

2.2.1.2.4. Améliorer le contrôle

La perte de contrôle sur la procédure de traitement est une cause importante d'anxiété, et donc de fournir un contrôle est très essentiel. Dites au patient à quoi s'attendre, et lui expliquer que des mesures sont prises pour assurer leur sécurité, aidera à rendre le traitement aussi confortable que possible. Le contrôle peut être fourni en donnant des informations et en contrôlant le comportement.

Le contrôle informationnel peut être réalisé par le « tell-show-do » et les techniques de modélisation. Tell-show-do est une technique de mise en forme du comportement qui réduit l'incertitude et augmente la prévisibilité dans le contexte clinique (26).

Cette technique peut être utilisée tant chez les enfants que chez les adultes. Il implique des explications verbales des procédures dans des phrases adaptées au niveau de développement du patient (tell) ; Des démonstrations pour le patient des aspects visuel, auditif, olfactif et tactile de la procédure dans un cadre soigneusement défini et non menaçant ; Et ensuite, sans s'écarter de l'explication et de la démonstration, l'achèvement de la procédure (do). La technique tell-show-do est utilisée avec des compétences en communication (verbale et non verbale) et un renforcement positif (28). Les individus apprennent beaucoup sur leur environnement en observant les conséquences du comportement des autres. La modélisation est une technique utilisée pour soulager l'anxiété. Cela peut être réalisé par l'observation d'une procédure dentaire, soit en regardant un modèle enregistré en vidéo qui est la démonstration de comportement coopératif approprié dans le cadre dentaire ou par l'observation d'une procédure dentaire réussie réelle. Cela pourrait réduire l'anxiété due à la « peur de l'inconnu », et démontre au patient anxieux ce qui est considéré comme un comportement approprié dans le cadre dentaire et ce qui peut être attendu dans la séance de traitement à venir. Lors de la mise en place d'un programme, les détails suivants doivent être pris en compte : le modèle doit être proche de l'âge du patient, le modèle doit être montré à l'entrée et à la sortie de la chirurgie pour prouver le

traitement n'a pas d'effet durable et le dentiste doit être montrée comme une personne qui soigne le patient. Le contrôle du comportement implique de donner au patient une chance de sentir qu'ils sont en contrôle de la procédure de traitement. Il s'agit de signaler au dentiste ou à l'hygiéniste dentaire d'arrêter la procédure ; Ce qui augmente le sentiment de contrôle et de confiance des patients chez le dentiste. Un signal peut être aussi simple qu'une main levée pour aviser le dentiste que le patient souhaite arrêter la procédure. Des signaux spécifiques peuvent être décidés avant le début du traitement. Le dentiste doit arrêter la procédure comme convenu plus tôt ; Le défaut de le faire enfreindra la relation de confiance. Les patients peuvent également recevoir des miroirs pour observer la procédure, de façon à sentir qu'ils sont en contrôle (29).

2.2.1.2.5. La désensibilisation systématique ou la thérapie d'exposition

La technique de Wolpe, connue sous le nom de désensibilisation systématique, repose sur la relaxation et a joué un rôle très important dans l'évolution de la thérapie comportementale durant les années 1960 et 1970. La procédure de traitement est effectuée en plusieurs séances. L'utilisation de la désensibilisation systématique implique trois séries d'activités.

-Encouragez les patients à discuter de leur état de peur et d'anxiété, afin de construire une hiérarchie de situations dentaires redoutées, du moins au plus inquiétant.

-Enseigner les techniques de relaxation du patient. Les techniques les plus couramment utilisées sont la respiration et la relaxation musculaire.

-Exposer progressivement le patient à ces situations dans la hiérarchie, du moins au plus angoissant (29) (30). Lorsqu'il est difficile d'exposer le patient directement au milieu dentaire, il peut être approprié d'inciter les patients à pratiquer la désensibilisation imaginaire systématique, dans laquelle les patients sont encouragés à imaginer qu'ils entrent dans la clinique dentaire, capable de s'asseoir dans le fauteuil dentaire, et éventuellement en mesure de recevoir un traitement dentaire.

Le traitement par inondation ou par implosion est une forme intensive de traitement d'exposition in vivo pour le traitement des phobies. Le patient est confronté aux stimuli craints pour la durée répétée et prolongée jusqu'à ce qu'ils éprouvent une réduction de leur niveau d'anxiété. L'utilisation de cette technique nécessite plus de prudence, en raison des effets indésirables et des preuves limitées dans la littérature (15).

2.2.1.2.6. Renforcement positif

Le renforcement positif est une technique efficace pour récompenser les comportements souhaités et ainsi renforcer la récurrence de ces comportements. Les renforçateurs comprennent la modulation de la voix positive, l'expression du visage, l'éloge verbal, et des démonstrations physiques appropriées de l'affection par tous les membres de l'équipe dentaire. Celles-ci devraient être individualisées, souvent fournies et variées au fil du temps (16) .

2.2.2. Thérapie psychologique : thérapie comportementale et cognitive

Les Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) regroupent un ensemble de traitements des troubles psychologiques, qui fondent leur approche sur la nécessité de s'appuyer sur les connaissances issues de la psychologie scientifique.

Elles reposent sur des exercices pratiques centrés sur les symptômes observables au travers du comportement du patient. Le thérapeute cible alors les processus cognitifs, conscients ou non, considérés comme étant à l'origine des émotions et de leurs désordres (31).

A l'opposé de la psychanalyse, le schéma d'intervention des TCC consiste à mettre le sujet en confrontation directe avec les situations et les émotions qui posent problème, plutôt que par le seul échange verbal. L'échange verbal est surtout utilisé lors de la phase initiale dans l'établissement du diagnostic pour comprendre ce qui a conduit le patient à rencontrer telle ou telle difficultés.

En effet, alors que la psychanalyse cherche principalement à approfondir les causes du mal-être, les TCC au contraire se focalisent surtout sur les moyens de modifier activement la relation aux événements psychologiques (pensées, émotions, sensations) plutôt que de chercher à en modifier le contenu. Le thérapeute cherche à faire comprendre au patient que sa souffrance n'est pas forcément due à l'expérience vécue mais à la lecture qu'il en fait.

Concrètement, pour un patient qui présente une phobie, la TCC consiste à l'exposer de façon graduée aux situations provoquant le trouble pour corriger la distorsion cognitive à l'origine du trouble. La thérapie repose aussi sur l'apprentissage au patient des techniques de relaxation (32).

Ces thérapies qui n'ont encore jamais été exploitées pour les troubles anxieux lors des soins bucco-dentaires pourraient être des méthodes intéressantes et efficaces. En effet ces dernières ont prouvé leurs intérêts et leur efficacité dans de nombreuses études que nous étudierons par la suite, les exploiter dans ce domaine pourrait être une approche intéressante.

Nous allons donc étudier dans la prochaine partie plus amplement cette méthode qui pourrait nous être très bénéfique dans notre profession.

3. Thérapie d'acceptation et d'engagement : historique, définitions, principes et techniques

3.1. Historique

3.1.1. Origines

La Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (Acceptance And Commitment Thrapy, ACT) est née au début des années 1990 de la réflexion menée par des psychologues américains souhaitant poursuivre et optimiser les thérapies comportementales de la première vague et cognitives de la deuxième vague (33).

Au milieu des années 1980, un groupe de psychologues américains chercha à découvrir les ingrédients actifs des thérapies par la parole, notamment de la théorie d'A.T. Beck, afin de les systématiser. Cette théorie vise cette fois à intervenir sur les cognitions (croyances, représentations mentales, pensées automatiques...) et non sur les thérapies comportementalistes de la 1ère vague.

Cette dernière avait fait ces preuves mais ils voulaient les tenants et aboutissants, afin de la diffuser et de l'améliorer. Les psychologues souhaitaient aussi appliquer une méthodologie expérimentale rigoureuse sur l'étude du langage et de la cognition. Deux fonctions dont ils avaient l'intuition qu'elles occupaient une place centrale à l'origine des troubles psychologiques.

Ils étaient persuadés que l'ingrédient le plus efficace de la thérapie était la capacité à prendre de la distance par rapport aux pensées et aux émotions. Partant de cette intuition, ils bâtirent un modèle thérapeutique qui avait pour objectif de recourir à la distanciation (prise de recul) face aux événements psychologiques douloureux. Ce modèle s'appuyait principalement sur des

exercices et des métaphores destinées à faire prendre conscience aux patients du fait qu'ils pouvaient regarder leurs pensées comme un processus indépendant et automatique, dont ils pouvaient davantage prendre conscience, mais auquel ils pouvaient aussi moins adhérer (34).

Les fondateurs de cette approche procédèrent alors à des expérimentations en laboratoire.

Les premiers résultats s'avérèrent comparables à ceux obtenus par la thérapie de Beck, mais les processus impliqués semblaient différents. Leurs travaux les conduisirent à une compréhension pointue des phénomènes langagiers, du symbolisme, de la capacité du langage à évoquer des émotions, ainsi que de la cognition. C'est grâce à ces découvertes sur les mécanismes impliqués dans le langage et la pensée qu'ils créèrent la thérapie d'acceptation et d'engagement (Acceptance et Commitment Therapy, en anglais). Leur choix a été alors de la diffuser sous l'appellation ACT, c'est-à-dire de prononcer son acronyme comme un seul mot, afin de marquer l'ancrage de la thérapie dans le changement et de souligner le caractère actif de ce modèle thérapeutique (33).

Le premier article traitant de l'ACT date de 1991. Mais il faudra attendre 1999, soit près de quinze années de recherches après la mise en place de ses prémices, pour que paraisse le premier ouvrage qui en pose les bases telles que connues actuellement. La diffusion de ce modèle en France est récente (35).

3.1.2. Les prémices de l'ACT

Les TCC se sont développées en trois vagues :

- En 1911, au début du XXe siècle, apparaît la vague comportementaliste avec notamment les travaux d'Edward Thorndike.
- Dans les années 1960-1970, apparaît la deuxième vague, cognitive, avec les travaux de Aaron T. Beck (1967) qui vise cette fois à intervenir sur les cognitions (croyances, représentations mentales, pensées automatiques...).

Dans les années 1980 les deux thérapies fusionnent.

- Depuis quelques années les thérapies dites « de la troisième vague » se sont développées. L'objectif poursuivi est toujours le même, à savoir, modifier la relation aux événements plutôt que de chercher à modifier les événements eux-mêmes ou à les fuir, mais la méthode utilisée diffère. Les thérapies de cette vague font appel au concept d'acceptation et utilisent des techniques méditatives de pleine conscience (35).

La Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT) est l'une des principales thérapies de la troisième vague. Elle est sans doute celle qui se développe le plus rapidement.

Pour l'ACT, la psychopathologie « prend naissance et se renforce dans la lutte contre son expérience intérieure » c'est-à-dire toutes les actions de lutte ou de fuite que l'on entreprend au contact d'une expérience désagréable. C'est ce que l'on nomme l'évitement expérientiel. L'énergie investie dans l'évitement expérientiel est perdue pour le sujet, c'est-à-dire qu'elle n'est plus disponible pour agir vers des valeurs choisies.

L'ACT s'appuie sur le contextualisme fonctionnel qui postule qu'un comportement est la résultante de nombreuses influences, internes (histoire personnelle, pensées, émotions, sensations...) et externes (normes socio-culturels, régime politique...). Au lieu d'analyser les comportements par leur origine supposée (qui est multiple et difficile d'accès), le contextualisme fonctionnel propose d'étudier les comportements par leurs conséquences. Dès lors, une expérience n'est pas vraie ou fausse, elle est utile ou non pour amener le sujet à agir selon ses valeurs. L'ACT questionne donc l'individu sur ce qui est important à ses yeux. La question du symptôme et de son élimination devient secondaire (31).

3.1.3. ACT de nos jours

La thérapie d'acceptation et d'engagement s'inscrit de plus en plus comme un modèle psychothérapeutique prometteur. Les résultats actuels montrent son intérêt dans la plupart des troubles psychologiques. L'accent mis sur ces principes et son orientation garantissent son développement et son évolution (36).

Les principes généraux de l'ACT ainsi que l'application de la théorie des cadres relationnels, trouvent de plus en plus leur application en dehors du champ strict de la psychothérapie. Leur intérêt se révèle dans des domaines aussi variés que la prévention des comportements délétères à la santé, la médecine comportementale, l'aide aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer, la dé-stigmatisation à l'égard des populations fragilisées, une forme de psychologie positive au travers du développement de méthodes d'auto compassion, l'éducation, l'entraînement de sportifs de haut niveau, ou encore le développements des compétences relationnelles chez les enfants atteints d'autisme.

3.2. Champs d'applications

3.2.1. Indications

C'est une thérapie présentée comme « ayant prouvé son efficacité » pour plusieurs pathologies, telles que :

- l'anxiété sociale (37) (38)
- la dépression (39)
- le trouble obsessionnel-compulsif (40)
- réduction du stress et amélioration des traitements au long cours (41)
- la douleur chronique (42)
- le contrôle du poids (43)
- l'arrêt du tabac (44)
- la gestion du diabète.(45) etc.

Nous pouvons préconiser cette thérapie aussi bien pour le patient que le praticien. Les raisons de son application sont néanmoins divergentes, en fonction de la personne pour laquelle cette méthode s'applique (46).

Pour le patient, en nous montrant par la suite les outils de l'ACT et comment ils peuvent aider dans un cabinet pour le traitement de phobie particulières tel la phobie des soins bucco-dentaires, les indications de cette méthode pourraient être :

1-Relaxation du patient : cette technique s'emploie chez des patients dont la peur et l'angoisse créent une véritable barrière face aux soins.

2- Traitement de phobies particulières : tel que nous l'étudions ici, anxiété face aux soins bucco-dentaires

3-Contrôle de l'inconfort et de la douleur post opératoire en raison d'une décontraction.

4-Traitement des syndromes de douleurs chroniques

Comme nous l'avons dit plus haut, cette méthode peut aussi s'appliquer au chirurgien dentiste. En effet, au cours de sa pratique, le praticien se rend compte que l'exercice de sa profession ne se limite pas aux procédés mécaniques associés. L'odontologie doit considérer la cavité buccale comme faisant partie intégrante du corps humain (47) .

Le praticien peut ainsi réaliser, grâce à cette méthode au mieux ses soins dans le calme et la sérénité. L'énergie que dépense un praticien à calmer un enfant, à gérer ses réactions, sa peur et celle de ses parents peut entraîner une situation très stressante. L'ACT provoque un état de détente moral, un calme intérieur, une sérénité psychologique et une diminution importante du niveau d'anxiété du sujet. Par conséquent, il devient plus facile pour le praticien d'obtenir la coopération de l'enfant d'une part, et soigner sans stress, d'autre part (34) .

3.2.2. Contre-indications

Il existe tout de même des contre-indications qui empêchent l'application de cette méthode. En effet celle-ci demande une implication importante de la part du chirurgien dentiste et du patient en terme de communication afin de connaître la problématique. La première séance commence par une discussion au sujet des souhaits du patient ainsi que les moyens déjà mis en œuvre pour les prodiguer. Ceci afin d'aboutir à l'acceptation puis à l'engagement de ce dernier (46).

On note ainsi quelques exemples :

- altérations de la fonction cognitive et troubles de la mémoire ;
- troubles psychotiques aigus ;
- situations d'urgences, qui nécessitent un traitement médicamenteux et/ou une prise en charge hospitalière ;
- lésions cérébrales organiques.

3.2.3. Différences TCC classiques / ACT

Les TCC de deuxième génération, proposent de mettre en doute la réalité et la rationalité des émotions désagréables pour obtenir une baisse de l'émotion ou une réduction des sensations à travers l'exposition graduée.

A contrario, l'ACT suggère plutôt de reconnaître les émotions comme des pensées, ni plus, ni moins. Cette démarche permet une prise de recul afin d'analyser leur influence sur nos conduites.

En effet, l'ACT, enseigne la pleine conscience et des techniques d'acceptation (une attitude d'ouverture, de curiosité, d'accueil) de toutes les émotions, pensées, sensations désagréables

ou douloureuses pour renforcer l'engagement vers des actions en phase avec les valeurs personnelles (34).

Après avoir différencié l'ACT des autres thérapies comportementales et cognitives nous allons donc nous intéresser aux principes propres de cette méthode.

3.3. Principes de l'ACT

3.3.1. Acceptation du patient

L'acceptation n'est pas une démarche passive. Le terme anglais « acceptance » a été traduit par "acceptation". L'étymologie du terme (« accepter ») ne laisse entrevoir aucun quiproquo sur sa signification : RECEVOIR. Pourtant de nos jours, cette acceptation est souvent comprise à tort, comme une résignation, une passivité face à l'adversité. Il s'agit en fait d'une démarche très active (48).

Accepter c'est aller au contact, rechercher activement à percevoir ce qui inquiète ou effraie. Cela ne signifie donc pas de renoncer à essayer de changer ce qui pose le problème.

L'ACT est une thérapie dans l'action, il faut donc avancer vers l'acceptation qui constitue un changement drastique pour la plupart des patients. L'acceptation implique en revanche de recevoir toutes les émotions, les pensées et les sensations que les événements nous apportent. Elle implique le repérage, la curiosité et la distanciation des événements psychologiques. Une fois ces événements psychologiques accueillis sans réserve, il est alors plus facile de passer à l'action (34)(33) .

L'abandon de la lutte ne constitue pas un positionnement facile à atteindre pour le thérapeute, comme pour le patient. Nous sommes habitués à ce que la lutte, la recherche de solutions à nos problèmes, fonctionne plutôt bien : chercher de la nourriture quand nous avons faim, un abri lorsqu'il pleut ou il fait froid, un moyen de transport alternatif pendant une grève des transports en commun. Autant de mises en action, de recherches actives de solutions, qui génèrent des conséquences appréciables. En d'autres termes, nous sommes habitués, à rechercher des solutions face aux problèmes que nous rencontrons, à être renforcés en retour, et il n'y a, a priori, aucune raison que cette quête s'interrompe face à nos difficultés psychologiques. Il est particulièrement contre-intuitif de ne pas chercher une solution à un problème (31) .

En thérapie, le travail sur l'acceptation consiste en quatre phases :

- aider le patient à percevoir que les tentatives de contrôle de ses événements psychologiques n'ont pas abouti ;
- mettre en évidence qu'il a agi de la façon la plus logique qu'il soit ;
- l'aider à développer son acceptation ;
- l'aider à repérer toute réapparition de la lutte.

3.3.2. Flexibilité du thérapeute

L'ACT enseigne le moyen d'acquérir une certaine flexibilité psychologique pour accepter la totalité des expériences intérieures qu'il n'est pas possible d'éviter durablement ou de modifier. L'énergie ainsi économisée en évitant la lutte sera alors réinvestie dans des actions dirigées vers ce qui a de la valeur aux yeux de la personne (34) .

La flexibilité psychologique peut encore être définie comme la capacité à changer de comportement si le comportement étudié n'est pas utile sur le long terme pour agir enfin selon ses valeurs même si cela implique d'accepter les éventuelles expériences psychologiques désagréables que cela va générer.

Les compétences enseignées pour développer la flexibilité psychologique sont au nombre de six, et composent ce qui est communément appelé : l'hexaflex (47).

1. La défusion cognitive : En état de fusion, l'individu réagit à ses pensées comme s'il s'agissait de la vérité absolue de sorte que son comportement est dicté par ses pensées. Défuser c'est se dissocier des expériences psychologiques, c'est distinguer les « histoires » de la réalité, c'est réduire l'influence de nos pensées, sensations, émotions (33).

Plusieurs techniques sont régulièrement utilisées pour favoriser la défusion :

- « Je suis en train de penser que... » : qui prouve bien le fait que cette pensée provient de la personne qui est en train de le dire et ceci n'est donc pas une vérité absolue ;
- « Les pensées musicales » ;
- « Donner un titre à mes histoires » etc.

2. L'expérience de soi comme contexte : Être l'observateur de ses expériences psychologiques. Pour faire comprendre cette notion plus complexe, la métaphore du ciel et de la tempête est souvent prise en exemple : l'individu est le ciel, son esprit est la tempête ; quelle que soit l'intensité de la tempête, le ciel lui-même n'en est pas affecté.

3. L'acceptation : C'est faire de la place à toutes les pensées, émotions, sensations désagréables au lieu de tenter de les réprimer ou de les chasser. C'est accepter les expériences psychologiques sans les juger.

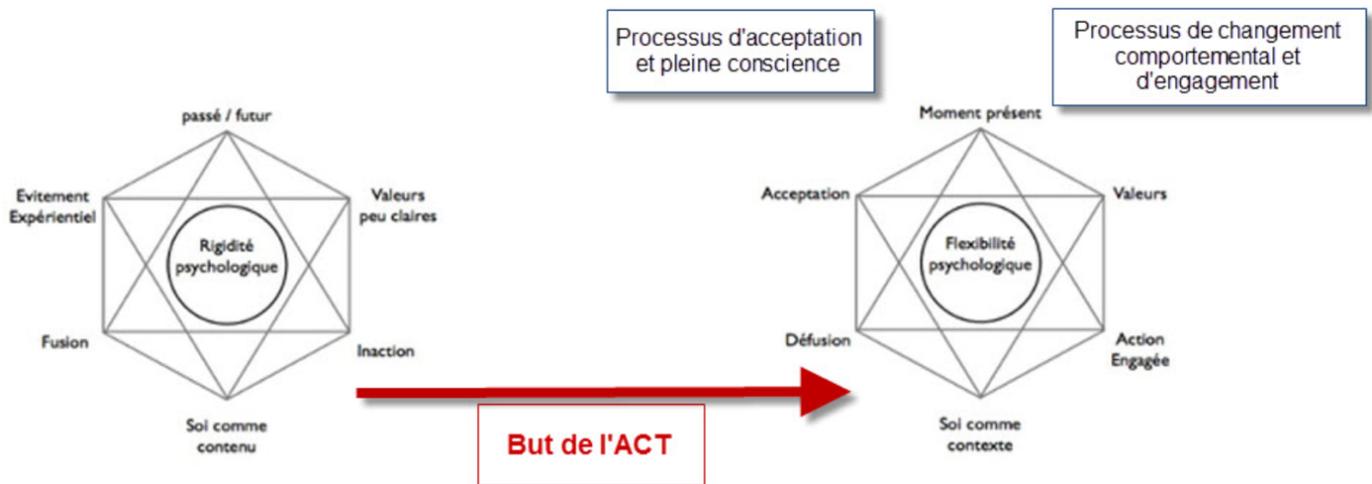
4. Le contact à l'instant présent : C'est porter son attention, volontairement, sur l'expérience présente, dans une attitude de non-jugement. La *pleine conscience* dans l'ACT est vue comme une façon d'être, une attitude. Il ne s'agit pas de faire une pause pour s'asseoir et méditer pendant une période plus ou moins prolongée mais d'incorporer la *pleine conscience* dans les actes du quotidien. (*Méditation fonctionnelle*)

5. La clarification des valeurs : Cela implique en premier lieu de faire la distinction entre un objectif, qui a un début et une fin (par exemple courir un marathon) - et qui est généralement remplacé par un autre objectif une fois accompli - et une valeur, qui est une conduite de vie (par exemple, avoir une activité physique régulière pour entretenir sa santé).

6. L'engagement vers ses valeurs : Comme le dit Ch. André, « le concept de vélo est intéressant mais c'est la pratique du vélo qui nous fait du bien ». C'est dans l'action que l'on peut se construire, l'action valorisée grâce au travail de clarification. C'est parce que l'action est valorisée que l'engagement va persister, peu importe les expériences désagréables générées et le nombre d'échecs rencontrés.

Les techniques utilisées pour développer la *flexibilité psychologique* ne sont pas limitées ; chaque patient et chaque thérapeute étant invité à en développer de nouvelles.

Représentation de l'hexaflex (31)



L'Association for Contextual Behavioral Science (ACBS) met à disposition (Inscription payante) de nombreux documents (la majorité existent en version francophone) pour établir le diagnostic initial et suivre la progression du patient.

La première séance débute par une mise au point sur ce que souhaite vraiment et précisément le patient ainsi que les moyens déjà mis en œuvre pour accomplir ses objectifs. Pour chaque moyen décrit, la question de son utilité (et de son coût psychologique) par rapport aux valeurs est posée pour le court terme, comme pour le long terme. Le thérapeute identifie les conduites d'évitement, de lutte, de tentative de contrôle d'une situation (34).

Certaines sont évidentes (évitement manifeste, conduites addictives...) et d'autres sont plus subtiles (fréquent manque d'attention, hypersomnie...). Thérapeute et patient doivent garder à l'esprit qu'au fur et à mesure de la progression du patient dans la thérapie, de nouvelles émotions et pensées indésirables vont apparaître. En pointant du doigt l'échec des moyens déployés jusqu'alors pour se soustraire aux agressions, qui ont finalement eu pour conséquence de priver la patient de l'avis qu'elle souhaite réellement, le thérapeute essaye de générer la motivation qui va favoriser le changement de comportement. Pour ce faire, il suggère au patient

les compétences qui composent l'hexaflex, en veillant à témoigner de la compréhension quant à la difficulté du patient à les mettre en œuvre (33).

La dernière phase de l'ACT est similaire à celle des TCC traditionnelles et repose sur deux stratégies d'intervention : l'exposition et l'activation comportementale (à mettre également au service des valeurs propres du patient, de ses principes) (31).

- l'exposition comportementale consiste à amener le patient à expérimenter la diminution de son angoisse/douleur face au stimulus problème autrement que par l'évitement.

En effet l'évitement soulage l'angoisse à court terme mais la renforce à long terme. C'est une désensibilisation graduelle.

- l'activation comportementale est la planification d'activités à envisager.

L'ACT fait appel à un ensemble de métaphores, de paradoxes, de compétences de pleine conscience, des exercices expérientiels et d'interventions comportementales pour signifier le caractère incontrôlable, mais acceptable, de la plupart des expériences psychologiques.

L'ACT peut être délivrée de deux façons : soit en 6 séances correspondant aux différentes compétences à acquérir, soit de manière plus souple en fonction des échanges avec le patient. La thérapie peut être pratiquée en face à face ou en thérapie de groupe. La thérapie peut ne durer que quelques heures ou être prolongée sur plusieurs mois pour les patients présentant des troubles chroniques et/ou plus sévères et/ou multiples.

3.4. Techniques

3.4.1. Déroulement des séances

L'ACT ne se présente pas sous la forme d'un protocole à suivre étape par étape. Les axes thérapeutiques existant que nous aborderons se trouvent dans un ordre qui ne représente pas nécessairement celui effectué en clinique car il n'existe en fait aucun ordre strict à respecter. Cela permet ainsi au praticien d'adapter l'ACT à sa pratique comme il le souhaite, et surtout en fonction du patient qu'il rencontre, car tous les axes thérapeutiques ne sont pas à travailler

obligatoirement avec chaque patient. Ceci présente aussi sa difficulté car, il est difficile pour nous de savoir par où commencer. Il faut donc aborder une démarche générale plutôt que les consignes strictes sur la façon d'aborder les différents axes thérapeutiques (49).

Néanmoins, même si chaque thérapeutique ACT est différent, plusieurs principes permettent d'organiser la thérapie. En ce qui concerne l'utilisation du modèle, cette dernière doit rester la plus souple possible et s'appuyer sur ce que chaque patient rencontre comme difficultés. L'évaluation quantitative permet d'estimer ce qui est prépondérant pour le patient entre la lutte, la défusion, le manque de contact avec l'instant présent, la fusion avec le soi conceptualisé, l'absence de mise en évidence des valeurs ou l'absence d'actions engagées (31).

Pour illustration :

- Score de 10 : Les valeurs d'un patient qui connaît précisément ce qui est important pour lui ;
- Score inférieur à 10 : celui qui a des difficultés à définir, recevra un score inférieur ;
- Score 1 : s'il n'y parvint pas à le faire.

Grâce à cet outil, le praticien peut évaluer les axes les plus problématiques pour son patient et permet ainsi de réaliser un suivi quantitatif de l'avancée de la thérapie.

Même s'il existe aucun ordre particulier à respecter dans le déroulement d'une thérapie ACT. Il existe, par expérience une progression partielle sur certains axes qui faciliterait l'abord des suivants, ou encore qui permettrait de développer une relation thérapeutique de qualité dès la première rencontre (33) (47).

1) Aller directement à l'essentiel : Tous les patients ne rencontrent pas de difficultés sur les six axes que cible l'ACT. En ciblant en premier lieu l'axe (ou les axes) sur lequel un patient a le plus de difficultés, on observe le plus souvent l'apparition d'un cercle vertueux et ainsi les autres points en liens avec celui qui travaille s'améliorent d'eux-mêmes. La flexibilité psychologique gagnée dans le travail sur un axe thérapeutique, est généralement transférée aux autres problèmes. La focalisation excessive sur les points qui posent des problèmes mineurs au patient est inutile (31).

2) Développer l'acceptation avant de s'engager dans des actions valorisées : si l'acceptation n'est pas suffisamment développée et que les actions valorisées choisies sont sources d'émotions et

de pensées douloureuses pour le patient, les risques qu'il agisse en continuant majoritairement à lutter contre ses événements psychologiques sont grands. C'est dans ces circonstances que l'on constate l'apparition d'évitements mentaux. Par ailleurs, si le désespoir créatif n'a pas été suffisamment avancé, le patient peut envisager l'engagement dans l'action dans le seul but de faire cesser les événements psychologiques qui le font souffrir. En d'autres termes, l'objectif de la thérapie ne sera pas le même pour le thérapeute et le patient et ce dernier pourra rapidement conclure que la thérapie ne l'aide pas vers le but fixé (50).

3) Se faire une idée des valeurs avant de travailler l'acceptation : La découverte de l'acceptation est fréquemment un choc pour le patient. En premier lieu parce que, le plus souvent, il n'a jamais envisagé la possibilité de vivre pleinement ces événements psychologiques difficiles auparavant. Mais surtout parce que la démarche d'acceptation entraîne un changement radical de conduite face aux événements psychologiques. En résumé, il n'est pas facile de débiter le changement que constitue l'acceptation lorsque l'on a été habitué à faire exactement l'inverse. Il est donc nécessaire que le patient connaisse rapidement les objectifs de la lutte. Pour favoriser la démarche d'acceptation, il peut être utile, au cours d'un des premiers entretiens, de demander au patient ces souhaits quant aux bienfaits que la thérapie peut lui apporter, en dehors d'une disparition de sa souffrance actuelle. Cette courte évocation des valeurs sert de moteur à la suite de la thérapie (51).

4) Ramener le plus souvent possible le contact avec l'instant présent : en raison des propriétés de dérivation du langage, tous les patients perdent fréquemment le contact avec l'instant présent et avec la perspective particulière que constitue le soi comme contexte. Au cours d'un entretien, ils se retrouvent très rapidement à parler du passé ou du futur et à ne plus être en contact avec ce qui se passe ici et maintenant. Le thérapeute les amène le plus souvent possible à observer ce qui se passe qu'ils ressentent au moment présent. Cela passe par des propositions de la part du thérapeute pour s'arrêter sur les émotions qui se présentent en entretien, des demandes de description de ces émotions, des temps pendant lesquels le thérapeute propose de vivre pleinement ces émotions ici et maintenant (24).

5) Revenir régulièrement au travail sur l'acceptation : la démarche d'acceptation est contre-intuitive, et les patients qui viennent en consultation sont généralement des « champions » de la lutte. On constate le plus souvent que l'acceptation réapparaît car il s'agit d'un mode de rapport aux événements psychologiques automatisés. Aussi il est habituel que la lutte

réapparaisse chez les patientes dans les formes parfois discrètes ; Il est utile de rappeler alors au patient, les conclusions auxquelles il est lui-même parvenu durant la phase de désespoir créatif : son expérience lui indique que la lutte ne fonctionne que provisoirement, et son coût est démesuré (33).

3.4.2. Évaluation des avancées thérapeutiques

L'une des idées centrales de ACT est que les émotions, les pensées et les sensations font intégralement partie de l'existence, même lorsqu'elles sont désagréables et pénibles. Personne ne peut vivre sans rencontrer dans sa vie de la tristesse ou de l'anxiété, ceci fait malheureusement partie de la destinée de chacun. L'objectif de l'ACT n'est donc pas de supprimer ou de diminuer des « symptômes », d'autant que ceci est impossible, car cela nécessite beaucoup de temps et d'énergie souvent inutile qui aboutissent dans la majorité des cas au résultat inverse.

Exemple type : demander à une personne d'arrêter de penser à de la nourriture pendant une phase de régime. Cette dernière en fait souvent une obsession, et ne perd pas le poids qu'elle aurait pu perdre en adoptant une alimentation équilibrée et saine. Il ne faut pas fuir l'objectif mais l'affronter de manière à ce qu'il ne soit plus une contrainte dans notre vie

En revanche si des manifestations émotionnelles comme l'anxiété la peur ou la tristesse ne peuvent être contrôlées sur commande, il est possible de diminuer la part de souffrance associée à la lutte vaine pour les faire disparaître (36).

Dans l'ACT, ce qui est considéré de « symptômes » est constitué par la perte de flexibilité psychologique : cette capacité à conserver une palette de réactions diversifiées en présence d'expériences psychologiques douloureuses, à ne pas chercher de façon stéréotypée à les modifier et les supprimer par le manque d'actions engagés vers des valeurs.

La place que l'ACT accorde aux symptômes dans leur acception habituelle éloigne donc des approches catégorielles telles qu'elles peuvent être représentées par le DSM ou la CIM. Le problème est que le même symptôme a des conséquences différentes selon le patient, mais que ce symptôme sera considéré de la même manière par une approche catégorielle (35).

Puisque l'ACT définit tout de même des symptômes comme cible thérapeutique (perte de flexibilité psychologique et manque d'actions engagées en direction des valeurs) , il est possible

et nécessaire d'évaluer quantitativement ces symptômes et leur évolution au cours de la thérapie (31).

Les symptômes à évaluer dans l'ACT (31):

- évitement expérientiel (ciblé par le travail d'acceptation) ;
- fusion cognitive (cible par le travail de défusion) ;
- perte de contact avec l'instant présent (ciblé par le développement de la pleine conscience) ;
- fusion avec une description verbales et normative de soi (ciblés par le travail sur soi comme contexte/contenu)
- difficulté à repérer les valeurs importantes pour soi, ou encore un manque de valeurs solidement construites (ciblés par le travail sur les valeurs) ;
- décalage entre les valeurs importantes pour le patient et les actions concrètement mises en œuvre (cible par le travail d'engagement)

L'évaluation de ces symptômes se révèle importante à deux titres. Premièrement, si elles sont envisagées comme symptômes à cibler au cours de la thérapie, il est évidemment important de pouvoir les évaluer afin de constater l'efficacité ou non des mesures thérapeutiques mises en place. A ce titre, les échelles et questionnaires présentés plus loin dans ce chapitre peuvent être utilisés à différents moments de la thérapie afin de poursuivre ou de modifier la stratégie thérapeutique utilisée. De même, ces variables peuvent être utilisées comme indicateur complémentaire de la possibilité de la fin d'une thérapie (33).

4. Revue de la littérature

4.1. Méthodologie de la recherche : Les bases de données et mots clefs

Il existe plusieurs bases de données pour les recherches médicales : Pubmed/Medline, BDSP, BNDS Cochrane Library, Dentist and Oral Science Source, EM-Premium - Encyclopédie médico-chirurgicale, Embase.

Le catalogue du Système Universitaire de Documentation appelé « SUDOC » est le catalogue collectif français réalisé par les bibliothèques et centres de documentation de l'enseignement supérieur et de la recherche. Une recherche dans cette base de donnée permet d'obtenir :

description bibliographique du document , bibliographie par le téléchargement ou l'export de notices , sauvegarde dans son panier au fur et à mesure de la recherche des enregistrements pour pouvoir les télécharger , accès au texte intégral du document (si il est accessible en ligne) , la localisation d'un document dans une ou des bibliothèque du réseau SUDOC afin de pouvoir le consulter , l'emprunter ou même d'en demander la reproduction.

En cliquant sur la rubrique « recherche avancée » et en entrant « therapy cognitive » dans l'onglet « mot du titre », plus de 253 résultats s'affichent. Devant ce large panel de propositions, je dois peaufiner mes recherches. J'ai alors privilégié les 5 dernières années de publication des articles ; soit 2010-2016, en excluant certains types de publications tels que : les sons, cartes, musiques... Ceci m'a permis d'obtenir des résultats de recherches moins importants avec une sélection déjà réalisée au préalable.

Plusieurs combinaisons ont alors été utilisées pour faire appui de notre bibliographie :

- therapy cognitive =>253 résultats ;
- acceptance therapy => 21 résultats (15 dans les 5 dernières années) ;
- act therapy => 11 résultats.

Nous avons aussi utilisé la base de données : PUBMED qui est une base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine (NLM) qui couvre tous les domaines biomédicaux et utilisent un vocabulaire particulier pour indexer leurs articles. Il faut donc penser à utiliser les formes variantes d'un même terme. Le thésaurus MESH est une liste normalisée de termes utilisée pour l'analyse documentaire dans le domaine biomédical.

Plusieurs méthodes permettent d'améliorer ainsi leur recherche

ET / AND : pour préciser la recherche. Trouve les références contenant les 2 mots à la fois dans le même champ ou dans des champs différents

-OU / OR : pour élargir la recherche. Trouve les références contenant l'un des 2 mots ou les deux.

-SAUF / NOT / AND NOT : pour exclure des éléments de la recherche

L'intérêt de Mesh est qu'un mot peut décrire plusieurs choses mais lorsque celui-ci n'est pas indexé il y a une difficulté de recherche. Il faut donc effectuer au préalable une recherche de langage pour atteindre les références indexées dans le MESH.

En écrivant sur Mesh :

- dental anxiety ;
- behavior Therapy ;
- dental anxiety /prévention & control ;
- acceptance and commitment therapy and pain ;
- acceptance and commitment therapy and anxiety .

Nous trouvons alors de nombreux résultats toujours plus précis lorsque les restrictions au préalable sont nombreuses.

Ces deux bases de données ont été mes sources de recherches essentielles à la constitution de cette thèse. D'autres bases données m'ont aussi permis d'améliorer mes connaissances à ce sujet si peu traité en odontologie. La base de données DOSS, dont l'accès n'était possible qu'à la bibliothèque de Garancière a l'avantage d'être simple d'utilisation et traduite en français avec des supports qui sont de réels références consensuelles et universitaire.

En allant dans les rubriques de recherches avancées, j'ai pu sélectionner les 5 dernières années de parution (2010-2016) afin que les données soient d'actualité.

Ce sujet n'ayant jamais été traité en odontologie, les critères d'exclusion n'étaient pas les plus strictes.

- Critères d'inclusions : J'ai donc sélectionné les résultats des 5 dernières années, qui traitent essentiellement des méthodes d'application de cette thérapie d'acceptation ainsi que de son objectif afin de pourvoir l'adapter au monde de l'odontologie et comprendre comment elle pourrait apporter un atout essentiel dans notre exercice quant à la gestion des patients phobiques.
- Critères d'exclusions : J'ai exclu les études trop anciennes (supérieures à 5 ans), démontrant la naissance d'une nouvelle thérapeutique sans mettre en évidence les techniques et méthodes applicables à notre métier.

4.2. Description des études

Aucune étude explicite n'avait été effectuée quant à l'efficacité et les avantages majeurs que cette thérapie d'acceptation et d'engagement pouvait apporter au monde de l'odontologie.

C'est pourquoi j'ai consulté d'autres études littéraires qui prouvaient l'efficacité de cette thérapie dans d'autres domaines afin d'en justifier une utilisation prochaine en odontologie.

C'est ainsi que j'ai orienté ma recherche sur PUBMED en écrivant : « behavior therapy and TCC » avec comme résultat plusieurs études dont l'une d'entre elles, est ciblée et significative:

4.2.1. Traitement comportemental et cognitif dans la gestion de l'obésité chez les adolescents (52)

4.2.1.1. Objectif

L'obésité chez les enfants et les adolescents est associée à une morbidité qui a augmenté de manière significative. Il est devenu un problème de santé publique dans le monde entier. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité de la stratégie de traitement comportemental cognitif dans la gestion globale de l'obésité chez les adolescents.

4.2.1.2. Sélection des patients

Double aveugle, randomisée et étude d'intervention contrôlée, de quatre mois de suivi, avec un total de 115 adolescents obèses, âgés de 12 à 16 ans. Le groupe d'intervention a reçu une stratégie de traitement cognitivo-comportementale, ainsi que des conseils sur le régime alimentaire et l'exercice. Dans le même temps, le groupe témoin n'a reçu que des conseils sur le régime alimentaire et l'exercice.

4.2.1.3. Résultats de la recherche

Le pourcentage d'adolescents qui a montré l'adhésion à un régime alimentaire était de 73,7% contre 41,4%, ($p = 0,0009$) et à l'exercice, 61,4% contre 19,0%, ($p < 0,0005$); par rapport au groupe témoin, le groupe d'intervention était significativement plus élevée. Un total de 10 adolescents (17,5%) dans le groupe d'intervention et 26 (44,8%) dans le groupe de contrôle a chuté-out ($p = 0,003$). En dépit des différences significatives entre les groupes, les adolescents

du groupe d'intervention ont montré une diminution plus élevée et soutenue dans le poids corporel, l'indice de masse corporelle, ainsi que dans le pourcentage de graisse corporelle.

Ainsi la TCC a prouvé son efficacité dans le monde médical pour le traitement de l'obésité. Cette thérapie qui agit sur le conscient du patient en oubliant la lutte avec l'inévitable pourra alors prouver à son tour son utilité au travers d'étude futur relatif au monde de l'odontologie.

4.2.2. Acceptation et engagement thérapeutique pour la douleur chronique (53)

D'autres études intéressantes ont aussi vu le jour : Acceptance and commitment therapy for chronic pain : a diary study of treatment process in relation to reliable change in disability

Acceptation et engagement thérapeutique pour la douleur chronique : Une étude journalière du processus de traitement en relation avec un changement fiable de l'incapacité.

4.2.2.1. Objectifs

La douleur chronique, généralement définie comme une douleur persistante depuis plus de trois à six mois, est fréquente, coûteuse et souvent associée à une incapacité importante. La forte relation entre la douleur et l'incapacité a conduit à un accent sur la réduction de la douleur pour de nombreuses approches thérapeutiques (analgésiques ...). Il est probable que l'importance accordée au soulagement de la douleur repose sur la notion de sens commun selon laquelle la réduction de la douleur est un précurseur nécessaire à la réduction de l'invalidité.

En revanche, les approches psychosociales pour le traitement de la douleur chronique ont mis l'accent, sur la modification des réponses à la douleur, de sorte que ces réponses conduisent à la réduction de l'invalidité. Un exemple récent est celui de la thérapie d'acceptation et d'engagement qui a rassemblé des preuves considérables en ce qui concerne l'efficacité du traitement. En tentant de changer les réponses de la douleur persistante, l'ACT vise principalement à aider les personnes souffrant de douleurs à adopter un comportement flexible et persistant axé sur les valeurs tout en étant en contact avec la douleur et l'inconfort. Réduire la douleur ou l'inconfort ont échoué dans le passé ou ont contribué à de plus grandes difficultés sur le long terme.

Les changements dans les réponses à la douleur ont jusqu'à présent été opérationnalisés de deux façons :

- réduire l'apparition des efforts de lutte contre la douleur ;
- augmenter la fréquence des activités qui contribuent directement à la valeur de la vie.

On suppose que ce type de changement au sein du traitement entraînera une réduction de l'incapacité à long terme, même avec une douleur persistante. Bien que les études de corrélation fournissent des données probantes. Bien que plusieurs études aient indiqué que l'amélioration moyenne des mesures des processus ACT est liée à l'amélioration moyenne du handicap, il peut être utile d'examiner les données au niveau des patients individuels car ces données permettent une évaluation plus pointilleuse et informée de la façon dont le changement dans les efforts de contrôle de la douleur et l'activité évaluée se rapporte à des changements dans l'incapacité.

Le but principal de la présente étude est de conduire un examen de ces hypothèses dans un échantillon de patients souffrant de douleur chronique avec un cours interdisciplinaire d'ACT ainsi qu'une évaluation de suivi de trois mois du handicap.

En outre, un des objectifs de cette étude était d'examiner comment les changements dans l'intensité de la douleur au cours de la période de traitement ont été liés aux changements de l'incapacité au moment du suivi sans que cela ait été réellement vérifié.

En ce qui concerne ce dernier objectif, nous avons émis l'hypothèse que les changements dans l'intensité de la douleur auraient une relation incohérente avec les changements de l'incapacité. En d'autres termes que la baisse du niveau de la douleur n'aurait aucun impact sur l'amélioration de l'handicap au long cours.

4.2.2.2. Sélection des patients

Les données ont été fournies par 21 patients (61,9% de femmes) qui ont complété un programme interdisciplinaire de quatre semaines de réadaptation ACT pour la douleur chronique et une évaluation de suivi de trois mois.

En moyenne,

- les patients étaient âgés de 44,8 ans (DS = 11,9) et avaient suivi 14,0 ans d'études formelles (SD = 2,9) ;
- tous les participants vivaient au Royaume-Uni et ont indiqué leur appartenance ethnique en tant que Blanc-Européen ;

- près de la moitié d'entre eux étaient mariés ou cohabitant (47,6%), les plus faibles étant déclarés célibataires (23,8%), divorcés (19,0%) ou veufs (9,5%) ;
- seuls une minorité travaillaient à temps plein ou à temps partiel (14,3% et 9,5%, respectivement), alors que la majorité ne travaillaient pas à cause de la douleur (57,1%). Les autres individus (19,0%) étaient soit au chômage pour une raison non liée à la douleur, soit ont déclaré leur vocation de ménagères ;
- la plupart recevaient des prestations, des prestations d'invalidité ou des paiements de remplacement de salaire (71,4%). La durée médiane de la douleur dans l'échantillon était de 3,3 ans .

4.2.2.3. Mesures :

- Invalidité : Le profil d'incidence de la maladie une échelle de 136 items évaluant le fonctionnement dans plusieurs domaines, a été complété par tous les participants au début du traitement et à un rendez-vous de suivi de trois mois.
- Journal intérieur Au milieu de chacune des quatre semaines de traitement, chaque patient a rempli un journal de quatre items, chacun étant constitué d'une échelle de notation 0 à 10 (NRS).
- Intensité de la douleur L'intensité moyenne de la douleur au cours de la semaine écoulée a été évaluée par l'intermédiaire d'un NRS dont l'ancrage inférieur était « Aucun » et le supérieur comme « le pire possible » (point 1 du tableau 1).
- Contrôle de la douleur :
Deux items ont été construits pour évaluer le degré de participation des patients à la lutte pour le contrôle de la douleur. À de nombreux égards, le contenu de ces articles était fondé sur des mesures validées existantes dans ce domaine, comme : Le questionnaire sur l'acceptation de la douleur chronique, l'inventaire bref de la réponse à la douleur et l'inflexibilité psychologique dans l'échelle de la douleur.
- Engagement dans une activité valorisée :
Une méthode semblable à la précédente. Les deux questions posées aux patients portaient sur l'efficacité de leurs actions, la première ayant trait à la qualité de vie et la seconde sur les domaines de vie les plus importants.

4.2.2.4. Programme de traitement

Le programme de traitement a été fourni dans un hôpital de réadaptation situé dans les Midlands du Royaume-Uni. Le traitement a été fourni par une équipe interdisciplinaire et a eu lieu sur deux jours consécutifs chaque semaine pendant un total de quatre semaines. Chaque jour de traitement a duré environ 6,5 h, avec

- 2 h de conditionnement physique ;
- 1,5 h de contenu psychologique ;
- 1 h de clarification et de planification des valeurs.

Une caractéristique distinctive de l'intervention était l'application cohérente du modèle ACT à travers les séances de traitement et les disciplines des prestataires.

De même, les séances d'activité physique mettaient l'accent sur la cohérence de l'activité, sur la conscience actuelle des sensations corporelles lors de l'activité physique et sur l'utilisation délibérée de l'activité physique pour favoriser l'engagement dans une activité valorisée.

Approche analytique Dans l'ensemble, les analyses cherchaient à déterminer comment les modèles de changement dans les données du journal hebdomadaire étaient liés au succès ou à l'échec du traitement. Dans ce cas, le succès du traitement a été défini comme une diminution fiable de l'incapacité entre le début du traitement et le suivi de trois mois et l'échec du traitement était défini comme un manque de changement fiable ou une aggravation fiable du handicap.

L'évaluation des données comportait trois étapes principales.

- Tout d'abord, les patients ont été catégorisés en ce qui concerne la présence ou l'absence de changement fiable de l'incapacité au suivi de trois mois.
- Deuxièmement, les données journalières de chaque patient ont été inspectées pour déterminer si la lutte pour le contrôle de la douleur et l'engagement dans l'action fondée sur les valeurs ont changé au cours du traitement de 33% ou plus de deux points par rapport au début du traitement. Ces deux étapes ont conduit les patients à être affectés à l'une des quatre catégories possibles :

1) Succès du traitement avec changement dans les processus de l'ACT: Réduction fiable de l'incapacité accompagnée d'une diminution des efforts de contrôle de la douleur et d'une participation accrue à une activité valorisée.

2)Échec du traitement sans changement dans les processus d'ACT: Une absence de réduction fiable de l'incapacité accompagnée d'une absence de diminution des efforts de lutte contre la douleur et / ou d'un manque d'engagement dans une activité valorisée.

3)Succès au traitement sans changement dans les processus d'ACT: Réduction fiable de l'incapacité accompagnée d'un manque de diminution des efforts de contrôle de la douleur et / ou d'un manque d'engagement dans une activité valorisée.

4)Échec du traitement avec changement dans les processus d'ACT: réduction fiable de l'incapacité accompagnée d'une diminution des efforts de contrôle de la douleur et d'une augmentation des changements dans les données du journal

- La troisième et dernière étape comprenait une évaluation du changement de l'intensité de la douleur par rapport au changement fiable de l'incapacité. Trois catégories étaient possibles :

1)Diminution de l'intensité de la douleur ;

2) Intensité de la douleur inchangée ;

3) Augmentation de l'intensité de la douleur.

Un comptage de fréquence par rapport à la présence ou à l'absence d'un changement fiable de l'incapacité a été calculé pour chacune de ces trois catégories

4.2.2.5. Résultats

Douleur chronique et ACT :

La proportion de patients qui ont démontré un changement fiable de l'incapacité était en cohérence avec le travail de l'ACT.

Plus précisément, 10 des 21 patients (47,6%) ont démontré une amélioration fiable de l'incapacité trois mois après la fin du traitement. Parmi ces derniers, huit soit 80,0% d'entre eux

avaient à la fois diminué les efforts de contrôle de la douleur et accru leur participation à des activités évaluées au cours du traitement.

Les patients restants ont mis en évidence un manque d'amélioration fiable. En effet sur les 11 patients sans changement fiable de l'incapacité, 9 soit 81,8% avaient un modèle de changement n'était pas influencé par l'ACT et présenté l'un des trois possibilités suivantes :

- 1) aucune diminution des efforts de contrôle de la douleur (n = 1),
- 2) aucune augmentation de l'engagement dans les activités évaluées (n = 2)
- 3) ou les deux (n = 6).

Douleur chronique et intensité de la douleur :

En ce qui concerne les changements de l'intensité de la douleur au cours de l'intervalle de traitement, on a observé une association relativement incohérente avec un changement fiable de l'incapacité.

Plus précisément, chez les personnes ayant un changement d'incapacité fiable,

- 9,5% (n = 2) ont déclaré une diminution de la douleur,
- 33,3% (n = 7) ont déclaré la même douleur

Chez ceux qui n'avaient pas de changement fiable,

- 23,8% (n = 5) ont rapporté une diminution de la douleur
- 28,6% (n = 6) ont déclaré la même douleur.
- Aucun patient sans changement fiable n'a rapporté une douleur accrue.

Ces résultats suggèrent donc une hétérogénéité significative dans les modèles de changement au cours des quatre semaines de traitement. On observe aucun lien entre la diminution de l'intensité de la douleur et la diminution de l'handicap du à la maladie chronique

4.2.2.6. Conclusion

Du point de vue de l'analyse du comportement moderne, l'un des principaux objectifs du traitement de la douleur chronique est de modifier les réponses à la douleur, de sorte que les réponses contribuent à diminuer l'incapacité (ou à tout le moins ne contribuent pas à l'augmentation de l'incapacité).

Sur le plan technique, le traitement vise à modifier la fonction de stimulation de la douleur, de telle sorte qu'elle ne provoque plus inévitablement un comportement invalidant

. Un modèle thérapeutique, celui de l'ACT, émet l'hypothèse que le succès du traitement nécessite (a) une volonté accrue d'avoir de la douleur sans luttés inutiles et inutiles pour le contrôle de la douleur et (b) des changements de comportement tels que les actions vivants.

Les données de la présente étude sont, à notre connaissance, les premières à explorer cet aspect de la fonction de stimulation altérée dans le contexte de l'ACT pour la douleur chronique par rapport aux niveaux d'incapacité après traitement.

Dans l'ensemble, les résultats présentés fournissent un soutien positif supplémentaire pour le modèle théorique ACT en ce qui concerne ses processus de traitement

Parmi les patients qui ont signalé simultanément un meilleur contrôle de la douleur et un engagement accru dans l'évaluation de l'activité au cours d'une intervention de quatre semaines, 80,0% ont démontré une réduction fiable de l'handicap.

À l'inverse, 81,8% ont démontré une absence de changement fiable lorsque leur engagement dans l'action n'existait pas.

La constatation la plus frappante est celle de l'intensité de la douleur au cours du traitement, puisqu'il n'y avait pas de changement perceptible lié à un changement fiable de l'incapacité.

Ces données fournissent une indication possible des ingrédients nécessaires à une réduction réussie de l'incapacité dans la douleur chronique

En bref, il est possible que la diminution des efforts de lutte contre la douleur associée à une augmentation de l'engagement dans des activités évaluées soit une exigence de réduction de l'incapacité, alors qu'un changement de la douleur n'est pas un résultat requis.

Cette étude affirme l'utilité de l'ACT pour les maladies chroniques, et nous confirme donc l'intérêt de son étude pour l'application des soins bucco-dentaires envers les patients anxieux. L'abandon de la lutte contre la douleur que les soins dentaires occasionnent et l'engagement dans la motivation à se faire soigner diminuerait l'anxiété de ces patients et rendrait nos soins plus accessibles.

4.3. Discussion

L'anxiété du patient pourrait se traiter avec cette thérapie d'acceptation et d'engagement.

La première partie de cette méthode étant l'acceptation, il serait alors judicieux de comprendre qu'elle serait l'origine de cette anxiété : mauvaise expérience dans le passé ? La légende du dentiste ? L'angoisse et l'appréhension transmis par l'entourage ? Les origines peuvent être multiples et variées. Celles-ci nous permettront de cibler le problème afin de pouvoir le soigner.

Une fois le problème ciblé, le travail de l'acceptation consiste :

- Aider le patient à mettre en évidence que les tentatives de contrôle de ses événements psychologiques passés n'ont pas abouti et que si c'est son expérience passée qui est à l'origine de sa peur et de son anxiété aujourd'hui, la fuir n'a pas résolu le problème, puisque ses sentiments sont toujours présents aujourd'hui et l'empêchent de recevoir des soins dentaires dans de bonnes conditions.

- Mettre le patient en confiance en lui expliquant qu'il s'agit de la façon d'agir la plus logique qu'il soit. La peur des soins et des traitements dentaires entraîne de manière normale de l'anxiété et une appréhension qui entrave la réalisation des soins.

-Aider le patient à accepter que les soins dentaires sont incontournables et que les repousser par peur ne fait qu'aggraver la situation. En effet la maladie carieuse est active et ne cesse de progresser seulement si les soins nécessaires sont effectués et que les douleurs ne sont que grandissantes dans le cas contraire.

- Aider à développer l'acceptation de ce dernier, en lui expliquant que les soins dentaires sont incontournables pour une bonne santé dentaire et qu'accepter la douleur se limitant dans la plupart des cas à la première fraction de seconde des soins (la piqûre anesthésique) permettrait de limiter la maladie carieuse, la longueur et la nécessité des soins prodiguer. Les consultations chez le chirurgien-dentiste seraient moins fréquentes, plus régulières et moins désagréables. De ce fait, accepter les soins dentaires libérerait le patient d'anxiété et d'appréhension futiles et lui permettrait même de trouver même ceci supportable.

-Aider à repérer toute réapparition de la lutte, car celle-ci est naturelle et s'effectue d'instinct. Nous sommes habitués à rechercher des solutions face aux problèmes que nous rencontrons et à être renforcés en retour. Il est particulièrement contre-intuitif de ne pas chercher une solution

à un problème. L'abandon de la lutte précédemment décrite ne constitue pas un positionnement facile à atteindre pour le thérapeute, comme pour le patient.

Une fois le travail d'acceptation accompli, le praticien doit ensuite acquérir une certaine flexibilité psychologique qui se définirait comme la capacité à changer le comportement du patient lorsque celui-ci se rend compte sur le long terme que ses réactions ne sont pas utiles même si cela implique d'accepter les éventuelles expériences psychologiques désagréables que cela peut générer.

Ainsi, il serait judicieux d'établir des études sur la thérapie d'acceptation et d'engagement dans le monde de l'odontologie relatives aux patients anxieux afin d'en tester et prouver scientifiquement son utilité certaine.

5. CONCLUSION

Aucune étude n'a aujourd'hui été effectuée concernant l'intérêt de la thérapie d'acceptation et d'engagement dans les soins bucco-dentaires. Après avoir expliqué en quoi consiste cette méthode et les bienfaits qu'elle peut apporter dans l'application quotidienne de notre métier pour les patients phobiques. La réalisation d'études prouvant scientifiquement son efficacité pourrait ainsi être justifiée.

En effet le pourcentage de patients phobiques se présentant dans les cabinets dentaires sont considérables et les moyens médicamenteux anxiolytiques sont efficaces sur le court terme lors de la prise de ces derniers, mais ne sont pas d'effet curatif.

Appliquer un moyen psychologique et curatif tel que ACT pourrait alors leur changer complètement la façon dont ils perçoivent les soins bucco-dentaires et pourrait alors de manière générale leur permettre d'appréhender leurs problèmes, phobies, ou peurs de la vie quotidienne de manière différentes.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. american psychiatric association. DSM-4-TR [Internet]. 2004 [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: <https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>
2. Association AP, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
3. Cohidon C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités » [Internet]. 2007 [cité 17 déc 2016]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3595
4. Larousse. Le petit Larousse illustré 1998. Paris: Larousse; 1997.
5. Pull L. Etude de la prise en charge des troubles anxieux par les medecins generalistes au luxembourg [Internet] [thèse de doctorat : médecine générale]. [Paris]: université pierre et marie curie (paris 6); 2009 [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: [http://www.psychanalyse.com/pdf/ETUDE%20DE%20LA%20PRISE%20EN%20CHARGE%20DES%20TROUBLES%20ANXIEUX%20PAR%20LES%20MEDECINS%20GENERALISTES%20-%20THESE%202009%20\(134%20Pages%20-%201,6%20Mo\).pdf](http://www.psychanalyse.com/pdf/ETUDE%20DE%20LA%20PRISE%20EN%20CHARGE%20DES%20TROUBLES%20ANXIEUX%20PAR%20LES%20MEDECINS%20GENERALISTES%20-%20THESE%202009%20(134%20Pages%20-%201,6%20Mo).pdf)
6. Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
7. Appukuttan DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. Clin Cosmet Investig Dent. 2016;8:35-50.
8. Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. J Am Dent Assoc 1939. août 1984;109(2):247-51.
9. Prathima V, Anjum MS, Reddy PP, Jayakumar A, Mounica M. Assessment of anxiety related to dental treatments among patients attending dental clinics and hospitals in Ranga Reddy District, Andhra Pradesh, India. Oral Health Prev Dent. 2014;12(4):357-64.
10. Marshman Z, Morgan A, Porritt J, Gupta E, Baker S, Creswell C, et al. Protocol for a feasibility study of a self-help cognitive behavioural therapy resource for the reduction of dental anxiety in young people. Pilot Feasibility Stud. 2016;2:13.
11. Hennequin M, Faulks D, Collado V, Thellier E, Nicolas E. French version of two indices of dental anxiety and patient cooperation. Eur Cell Mater. 2007;13(Suppl 1):38.
12. PEDIADOL. Modalités d'administration du MEOPA - PEDIADOL [Internet]. 2013 [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.pediadol.org/Protocole-d-utilisation-du-MEOPA.html>
13. Strøm K, Rønneberg A, Skaare AB, Espelid I, Willumsen T. Dentists' use of behavioural management techniques and their attitudes towards treating paediatric patients with dental anxiety. Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent. août 2015;16(4):349-55.

14. Descroix V. Pharmacologie et thérapeutique en médecine bucco-dentaire et chirurgie orale. Malakoff: Éditions CDP; 2015.
15. institut francais d'hypnose. Académie nationale de médecine et thérapies complémentaires [Internet]. 2013 [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.hypnose.fr/actualites-rapport-academie-nationale-medecine/>
16. bontoux d, couturier d, menkes c. Thérapies complémentaires – acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi – leur place parmi les ressources de soins [Internet]. 2013 [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100100025/>
17. APHP. L'AP-HP et les médecines complémentaires à l'hôpital : un engagement hospitalo-universitaire [Internet]. 2012 [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.aphp.fr/contenu/lap-hp-et-les-medecines-complementaires-lhopital-un-engagement-hospitalo-universitaire>
18. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose [Internet]. Paris: Inserm; 2015 [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: http://www.inserm.fr/layout/set/print/content/download/96709/688706/file/hypnose_rapport+evaluation+Juin+2015.pdf
19. Brugnoli MP. Clinical hypnosis for palliative care in severe chronic diseases: a review and the procedures for relieving physical, psychological and spiritual symptoms. *Ann Palliat Med.* oct 2016;5(4):280-97.
20. Halsband U, Wolf TG. Functional changes in brain activity after hypnosis in patients with dental phobia. *J Physiol Paris.* déc 2015;109(4-6):131-42.
21. Rosted P. The use of acupuncture in dentistry: a review of the scientific validity of published papers. *Oral Dis.* juin 1998;4(2):100-4.
22. Michalek-Sauberer A, Gusenleitner E, Gleiss A, Tepper G, Deusch E. Auricular acupuncture effectively reduces state anxiety before dental treatment--a randomised controlled trial. *Clin Oral Investig.* déc 2012;16(6):1517-22.
23. Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Cummings M, Richardson J. Acupuncture for anxiety and anxiety disorders – a systematic literature review. *Acupunct Med.* juin 2007;25(1-2):1-10.
24. Ernst E, Pittler MH. The effectiveness of acupuncture in treating acute dental pain: a systematic review. *Br Dent J.* mai 1998;184(9):443-7.
25. Ram D, Shapira J, Holan G, Magora F, Cohen S, Davidovich E. Audiovisual video eyeglass distraction during dental treatment in children. *Quintessence Int Berl Ger* 1985. sept 2010;41(8):673-9.
26. Allen KD, Stanley RT, McPherson K. Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. *Pediatr Dent.* mai 1990;12(2):79-82.
27. Wolpe J. Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *AMA Arch Neurol Psychiatry.* août 1954;72(2):205-26.
28. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J.* déc 2013;58(4):390-407; quiz 531.

29. Roberts JF, Curzon MEJ, Koch G, Martens LC. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent*. août 2010;11(4):166-74.
30. Carter a, carter g, boschen m, emad a, roy g. Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. *World J Clin Cases*. 2014;2(11):642-53.
31. Monestès J-L, Villatte M, Hayes SC. *La thérapie d'acceptation et d'engagement ACT*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.
32. Monestès J-L. *Faire la paix avec son passé*. Paris: O. Jacob; 2009.
33. *La Thérapie d'acceptation et d'engagement* [Internet]. Bruxelles: De Boeck Supérieur; [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: http://www.cairn.info/numero.php?ID_NUMPUBLIE=DBU_BOLDU_2011_01
34. Wilson KG, DuFrene T, Altenloh E, Battistoni F, Vandenbosch D. *La pleine conscience en thérapie: une approche de la mindfulness basée sur l'ACT*. Bruxelles: De boeck; 2015.
35. Harris R. *ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy* [Internet]. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2009 [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10525628>
36. Cuvillier-Remacle O. *La thérapie d'Acceptation et d'Engagement : Une revue systématique de la littérature* [Internet] [thèse de doctorat en médecine]. [tours]: Université François-Rabelais; 2014 [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2014_Medecine_JouanYouenn.pdf
37. Burklund LJ, Torre JB, Lieberman MD, Taylor SE, Craske MG. Neural responses to social threat and predictors of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy in social anxiety disorder. *Psychiatry Res*. déc 2016;261:52-64.
38. Mesri B, Niles AN, Pittig A, LeBeau RT, Haik E, Craske MG. Public speaking avoidance as a treatment moderator for social anxiety disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. nov 2016;55:66-72.
39. Gumley A, White R, Briggs A, Ford I, Barry S, Stewart C, et al. A parallel group randomised open blinded evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for depression after psychosis: Pilot trial outcomes (ADAPT). *Schizophr Res*. nov 2016;
40. Brown FJ, Hooper S. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with a learning disabled young person experiencing anxious and obsessive thoughts. *J Intellect Disabil JOID*. sept 2009;13(3):195-201.
41. Datta A, Aditya C, Chakraborty A, Das P, Mukhopadhyay A. The Potential Utility of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Reducing Stress and Improving Wellbeing in Cancer Patients in Kolkata. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ*. déc 2016;31(4):721-9.
42. Herbert MS, Afari N, Liu L, Heppner P, Rutledge T, Williams K, et al. Telehealth Versus In-Person Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Randomized Noninferiority Trial. *J Pain Off J Am Pain Soc*. nov 2016;
43. Boucher S, Edwards O, Gray A, Nada-Raja S, Lillis J, Tylka TL, et al. Teaching Intuitive Eating and Acceptance and Commitment Therapy Skills Via a Web-Based Intervention: A Pilot Single-Arm Intervention Study. *JMIR Res Protoc*. oct 2016;5(4):e180.

44. Bricker JB, Copeland W, Mull KE, Zeng EY, Watson NL, Akioka KJ, et al. Single-arm trial of the second version of an acceptance & commitment therapy smartphone application for smoking cessation. *Drug Alcohol Depend.* janv 2017;170:37-42.
45. Shayeghian Z, Hassanabadi H, Aguilar-Vafaie ME, Amiri P, Besharat MA. A Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy for Type 2 Diabetes Management: The Moderating Role of Coping Styles. *PloS One.* 2016;11(12):e0166599.
46. Seznec J-C. ACT: applications thérapeutiques : anxiété, phobies, TCA, image de soi, dépression, burn-out, TOC, thérapie de couple, troubles sexuels, fibromyalgie. Paris: Dunod; 2015.
47. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* janv 2006;44(1):1-25.
48. Dobson KS. *Handbook of cognitive-behavioral therapies.* New York: Guilford Press; 2001.
49. Seznec J-C, Ouvrier Buffet É. *Pratiquer l' ACT avec le clown thérapie d' acceptation et d' engagement.* Paris: Dunod; 2014.
50. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change.* New York: Guilford Press; 2003.
51. Wolpe J. Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *AMA Arch Neurol Psychiatry.* août 1954;72(2):205-26.
52. Conti PCR, De Azevedo LR, De Souza NVW, Ferreira FV. Pain measurement in TMD patients: evaluation of precision and sensitivity of different scales. *J Oral Rehabil.* juin 2001;28(6):534-9.
53. Vowles KE, Fink BC, Cohen LL. Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: A diary study of treatment process in relation to reliable change in disability. *J Context Behav Sci.* avr 2014;3(2):74-80.

Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ni improbation de la faculté de Chirurgie Dentaire.

GUETTA KSSENTINI Shirel. Evaluation de l'intérêt de la THERAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT, pour la prise en charge de l'anxiété envers les soins bucco-dentaires. Etude à partir d'une revue de la littérature. 2016. 50 p. : ill. Réf. Biblio : 46-49

Sous la direction du Professeur Vianney DESCROIX

Th : Chir Dent. : Paris 7 : 2016

RESUME en français :

Les soins bucco-dentaires sont connus pour être une source importante d'anxiété. La phobie spécifique des soins dentaires est responsable d'une souffrance psychologique qui rend les patients moins aptes à recevoir des soins, ce qui entraîne souvent des séances plus longues, plus difficiles et parfois même impossibles à achever en raison de la résistance du patient face au praticien.

La prise en charge des patients anxieux peut être facilitée par l'utilisation de différentes méthodes de sédation prenant en charge les symptômes du patient. Ces méthodes sont nombreuses, faisant intervenir soit des agents pharmacologiques comme l'administration d'anxiolytiques, soit des moyens non pharmacologiques tel que l'hypnose.

D'autres méthodes plus longues reposent sur une prise en charge psychothérapeutique à fonction curative : la thérapie d'acceptation et d'engagement, ACT, qui fera l'objet de cette thèse.

L'ACT consiste à changer la façon dont le patient considère ses émotions et ses pensées, en l'aidant à trouver une flexibilité psychologique. Ceci constituant le but premier de ce modèle de psychothérapie : En effet, ce n'est qu'en acceptant ce que nous ne pouvons pas changer (nécessité de se faire soigner) que nous réussissons à dégager l'énergie nécessaire pour s'engager dans l'action. L'ACT est avant tout une thérapie dans l'action. Ceci contribuant à la construction d'une existence riche et pleine de sens.

Au travers d'une recherche de la littérature sur « La thérapie d'acceptation et d'engagement dans la prise en charge de l'anxiété », cette étude aura pour objectif d'étudier les éléments intéressants permettant au chirurgien-dentiste de prendre en charge les patients atteints de phobies des soins bucco-dentaires.

TITRE en anglais : Evaluation of the interest of the THERAPY OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT, for the management of the anxiety towards oral care. Study based on a review of the literature

DISCIPLINE : Psychologie

MOTS-CLES Français : thérapie cognitive, thérapie d'acceptation , ACT thérapie , anxiété dentaire , prévention et control , thérapie comportemental

MOTS-CLES Anglais : Therapy cognitive, acceptance therapy , act therapy , dental anxiety prevention & control , behavior therapy