



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I
U.F.R. D'ODONTOLOGIE**

Année 2018

THESE N° 2018 LYO 1D 063

**T H E S E
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 13 Décembre 2018

par

Baptiste COTTIN

Né le 18 mai 1991, à Belley (01)

**LA RELATION PATIENT/PRATICIEN, LA COMPREHENSION DES SOINS – GUIDE
PRATIQUE DESTINE AUX PATIENTS**

JURY

Mme la Professeure SEUX Dominique	Présidente
Mr le Docteur JEANNIN Christophe	Assesseur
Mr le Docteur LAFOREST Laurent	Assesseur
<u>Mr le Docteur VILLAT Cyril</u>	<u>Assesseur</u>

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I
U.F.R. D'ODONTOLOGIE**

Année 2018

THESE N° 2018 LYO 1D 063

**T H E S E
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 13 Décembre 2018

par

Baptiste COTTIN

Né le 18 mai 1991, à Belley (01)

**LA RELATION PATIENT/PRATICIEN, LA COMPREHENSION DES SOINS – GUIDE
PRACTIQUE DESTINE AUX PATIENTS**

JURY

Mme la Professeure SEUX Dominique	Présidente
Mr le Docteur JEANNIN Christophe	Assesseur
Mr le Docteur LAFOREST Laurent	Assesseur
<u>Mr le Docteur VILLAT Cyril</u>	<u>Assesseur</u>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	M. le Professeur F. FLEURY
Président du Conseil Académique	M. le Professeur H. BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	M. le Professeur D. REVEL
Vice-Président de la Commission Recherche du Conseil Académique	M. F. VALLEE
Vice-Président de la Commission Formation Vie Universitaire du Conseil Académique	M. le Professeur P. CHEVALIER

SECTEUR SANTE

Faculté de Médecine Lyon Est	Directeur : M. le Professeur G. RODE
Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux	Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON
Faculté d'Odontologie	Directeur : Mme la Professeure D. SEUX
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	Directrice : Mme la Professeure C. VINCIGUERRA
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation	Directeur : M. X. PERROT, Maître de Conférences
Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine	Directrice : Mme la Professeure A.M. SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Faculté des Sciences et Technologies	Directeur : M. F. DE MARCHI, Maître de Conférences
UFR des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives	Directeur : M. Y. VANPOULLE, Professeur Agrégé
Institut Universitaire de Technologie Lyon 1	Directeur : M. le Professeur C. VITON
Ecole Polytechnique Universitaire de l'Université Lyon 1	Directeur : M. E. PERRIN
Institut de Science Financière et d'Assurances	Directeur : M. N. LEBOISNE, Maître de Conférences
Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (ESPE)	Directeur : M. le Professeur A. MOUGNIOTTE
Observatoire de Lyon	Directrice : Mme la Professeure I. DANIEL
Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique	Directeur : M. G. PIGNAULT

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

Doyen : Mme Dominique SEUX, Professeure des Universités

Vice-Doyen : M. Stéphane VIENNOT, Maître de Conférences

SOUS-SECTION 56-01 : **ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE**

Professeur des Universités : M. Jean-Jacques MORRIER
Maître de Conférences : M. Jean-Pierre DUPREZ, Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY,
Mme Claire PERNIER,
Maître de Conférences Associée Mme Christine KHOURY

SOUS-SECTION 56-02 : **PREVENTION - EPIDEMIOLOGIE ECONOMIE DE LA SANTE - ODONTOLOGIE LEGALE**

Professeur des Universités M. Denis BOURGEOIS
Maître de Conférences M. Bruno COMTE
Maître de Conférences Associé M. Laurent LAFOREST

SOUS-SECTION 57-01 : **CHIRURGIE ORALE – PARODONTOLOGIE – BIOLOGIE ORALE**

Professeur des Universités : M. J. Christophe FARGES
Maîtres de Conférences : Mme Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD, M. Thomas FORTIN,
Mme Kerstin GRITSCH, M. Arnaud LAFON, M. Philippe RODIER,
Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE, M. François VIRARD

SOUS-SECTION 58-01 : **DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESE, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX**

Professeurs des Universités : M. Pierre FARGE, Mme Brigitte GROSGOGÉAT,
M. Jean-Christophe MAURIN, Mme Catherine MILLET, M. Olivier ROBIN, Mme Dominique SEUX,
Maîtres de Conférences : M. Maxime DUCRET, M. Patrick EXBRAYAT, M. Christophe JEANNIN,
M. Renaud NOHARET, M. Thierry SELLI, Mme Sophie VEYRE-GOULET, M. Stéphane VIENNOT, M. Gilbert VIGUIE, M. Cyril VILLAT,

Maîtres de Conférences Associés M. Hazem ABOUELLEIL,

SECTION 87 : **SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES**

Maître de Conférences Mme Florence CARROUEL

A notre présidente,

Mme la Professeure SEUX Dominique,

Professeure des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Lyon I

Habilitée à Diriger des Recherches

Doyenne par intérim à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Nous vous remercions également de l'enseignement que nous avons reçu durant ces années d'études et plus particulièrement de votre gentillesse et votre disponibilité pendant les vacances d'OCE au centre de soins.

Veillez recevoir, au travers de ce travail, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre juge,

Mr le Docteur JEANNIN Christophe,

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Institut National Polytechnique de Grenoble

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté de siéger dans notre jury de thèse.

Vous avez su nous transmettre votre passion et votre intérêt pour ce métier et ce dès la première année et les TP du vendredi après-midi, pendant vos cours durant lesquels il fallait s'accrocher mais toujours très intéressants, jusqu'aux vacations au centre de soins. Nous vous remercions pour vos conseils précieux.

Veillez agréer l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A notre juge,

Mr le Docteur LAFOREST Laurent,

Maître de Conférences Associé à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Docteur en Médecine

Docteur de l'Université Lyon I

*Veillez recevoir, au travers de ce travail, nos remerciements
les plus sincères pour avoir accepté de siéger dans notre jury
de thèse et pour votre disponibilité.*

A notre juge et directeur de thèse,

Mr le Docteur VILLAT Cyril,

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Ancien Interne en Odontologie

Docteur de l'Ecole Centrale Paris

Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté la direction de cette thèse.

Votre accompagnement, votre pédagogie et votre sympathie durant toutes ces années, des premiers TP sur les fantômes en salle 3D, aux années de clinique au centre de soins, nous ont permis de progresser et de prendre du plaisir dans ce métier.

Etant conscient de notre préférence pour la clinique en comparaison à la théorie, vous avez su vous montrer patient et disponible, et nous vous en remercions grandement.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

Table des matières

Introduction	1
I Les patients comprennent-ils leur praticien ? comprennent-ils les soins qui leur sont prodigués ?	2
I.1 Constat	2
I.1.1 En médecine.....	2
I.1.2 En odontologie	3
I.2 Causes possibles de l'incompréhension.....	4
I.2.1 Vocabulaire médical	4
I.2.2 L'anxiété/La peur.....	4
I.2.2.1 Peur ou anxiété ?.....	4
I.2.2.2 Qui a peur ? L'impact du milieu socio-économique.....	5
I.2.2.3 Quels sont les facteurs qui engendrent l'anxiété ?.....	7
I.2.2.3.1 La nouveauté.....	7
I.2.2.3.2 L'incertitude.....	8
I.2.2.4 De quoi nos patients ont-ils peur ?.....	9
I.2.2.5 L'impact de l'anxiété sur les habitudes de visite chez le dentiste.....	9
I.2.2.6 Quel est l'effet de l'anxiété sur la compréhension ?.....	11
I.3 solutions envisagées.....	13
I.3.1 Diminuer l'anxiété	13
I.3.1.1 Le rôle du chirurgien-dentiste :	13
I.3.1.2 Les prescriptions médicamenteuses, homéopathiques, la phytothérapie	14
I.3.1.3 La psychothérapie et l'hypnose.....	14
I.3.1.4 L'amélioration du cadre de soins.....	14
I.3.1.4.1 L'aromathérapie	14
I.3.1.4.2 La musicothérapie.....	15
I.3.1.4.3 Les couleurs	15
I.3.1.4.4 L'aquarium.....	15
I.3.2 Le rôle de l'assistante dentaire.....	16
I.3.3 Les supports visuels pour améliorer la compréhension	17
I.4 Conclusion	19
II Questionnaire.....	19
II.1 Matériels et Méthodes	19
II.1.1 Participants	19
II.1.2 Matériel.....	19
II.1.3 Procédure	19
II.1.4 Extraction et analyse des données	19

II.2 Résultats	20
II.2.1 La compréhension avec le dentiste	20
II.2.2 L'anxiété.....	22
II.2.3 Fréquence de visite chez le dentiste.....	24
II.2.4 Etudes comparatives	24
II.2.4.1 Compréhension en fonction du niveau d'étude	24
II.2.4.2 Compréhension en fonction du niveau d'anxiété	25
II.2.4.3 Anxiété en fonction du niveau d'étude	27
II.2.4.4 Fréquence des visites chez le dentiste en fonction du niveau d'anxiété	28
II.2.5 Résultats du quiz.....	29
II.3 Discussion.....	29
II.3.1 La compréhension avec le dentiste	29
II.3.2 Anxiété	30
II.3.3 Fréquences des visites chez le dentiste	30
II.3.4 Etudes comparatives	31
II.3.5 Résultats du quiz.....	32
II.4 Conclusion	32
III Fiches explicatives	32
III.1 soins.....	33
III.1.1 Carie	33
III.1.2 Traitement endodontique.....	35
III.2 Parodontologie	37
III.3 Prothèse	39
III.3.1 Remplacer les dents manquantes.....	39
III.3.2 Couronne	41
III.3.3 Bridge	43
III.3.4 Implant	45
IV Conclusion	47
Bibliographie.....	48

Table des illustrations

Figure 1 Synthèse de données regroupant les résultats concernant la compréhension globale adéquate de l'information et des risques associés (encadré rouge) (3)	2
Figure 2 tableau regroupant le pourcentage de personnes ayant une peur élevée des soins dentaires en fonction de leurs revenus (encadré rouge), en fonction de leur niveau d'éducation (encadré vert) (6).....	5
Figure 3 tableau montrant la distribution des groupes DFS en fonction des facteurs socioéconomiques (8).....	6
Figure 4 Caractéristiques des habitudes de visite en fonction de la peur	10
Figure 5 le cercle vicieux en fonction de la peur	11
Figure 6 tableau récapitulatif des résultats de l'étude	13
Figure 7 « Le Monde de Nemo » Pixar Animation Studios, Walt Disney Pictures, 2003	16
Figure 8 Autoévaluation du niveau d'anxiété avant chirurgie et 1 semaine après chirurgie.....	17
Figure 9 Histogramme représentant la fréquence selon laquelle le dentiste prend le temps d'expliquer un soin au patient.....	20
Figure 10 Diagramme à secteur évaluant le niveau de compréhension des explications du dentiste selon les patients	21
Figure 11 Diagramme à secteur représentant la tendance des patients à demander des explications supplémentaires.....	21
Figure 12 Diagramme à secteur représentant la tendance des patients à demander des explications supplémentaires (patients comprenant les explications du dentiste « la plupart du temps » « rarement » et « jamais »)	22
Figure 13 Histogramme représentant la répartition des patients en fonction de leur niveau d'anxiété.....	22
Figure 14 Diagramme en barre classant les causes d'anxiété des patients selon leur ordre d'importance	23
Figure 15 Diagramme en secteur représentant la fréquence des visites chez le dentiste dans la population générale	24
Figure 16 Diagramme à secteur évaluant le niveau de compréhension des explications en fonction du niveau d'étude (personnes ayant un niveau bac au maximum).....	25
Figure 17 Diagramme à secteur évaluant le niveau de compréhension des explications en fonction du niveau d'étude (personnes ayant un niveau bac +7 ou +)	25
Figure 18 Diagramme à secteur représentant la compréhension en fonction du niveau d'anxiété (patients ayant un niveau d'anxiété ≥ 8)	26
Figure 19 Diagramme à secteur représentant la compréhension en fonction du niveau d'anxiété (patients ayant un niveau d'anxiété ≤ 3)	26
Figure 20 Diagramme en barre montrant le niveau d'anxiété des patients ayant bac +3 ou -	27
Figure 21 Diagramme en barre montrant le niveau d'anxiété des patients ayant bac +5 ou +....	27
Figure 22 Diagramme en secteur représentant la fréquence des visites chez le dentiste pour les personnes ayant un niveau d'anxiété inférieur ou égal à 5.....	28
Figure 23 Diagramme en secteur représentant la fréquence des visites chez le dentiste pour les personnes ayant un niveau d'anxiété supérieur à 5	28
Figure 24 Fiche explicative « La Carie » - illustration de l'auteur	34
Figure 25 Fiche explicative « Le Traitement Endodontique » - illustration de l'auteur	36
Figure 26 Fiche explicative « Les Atteintes Parodontales » - illustration de l'auteur	38
Figure 27 Fiche explicative « Pourquoi Remplacer Les Dents Manquantes » - illustration de l'auteur	40
Figure 28 Fiche explicative « La Couronne » - illustration de l'auteur	42
Figure 29 Fiche explicative « Le Bridge » - illustration de l'auteur	44
Figure 30 Fiche explicative « L'Implant » - illustration de l'auteur	46

Introduction

Depuis quelques décennies, une évolution importante dans le domaine médical a eu lieu concernant la prise de décision pour les soins d'un patient. Ce n'est plus le médecin qui choisit pour son patient, le processus de décision se fait avec lui. Ainsi est paru en mars 2002 dans le Code de la Santé Publique, l'article L1111-2 :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » (1)

Puis en 2004, on retrouve dans le Code de Déontologie des Chirurgiens-Dentistes

« Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige [...] à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science » (2)

Cependant, malgré cette obligation légale et les efforts faits par les chirurgiens-dentistes pour donner au patient les informations nécessaires à l'appropriation de son plan de traitement, le constat fait par un bon nombre de dentiste est le suivant : « je suis obligé de réexpliquer les soins régulièrement parce que le patient est perdu, il ne comprend ou ne retient que trop peu d'informations ».

Au cours de cette thèse, nous allons dans une première partie, à travers une étude de documents, établir un constat de la non-compréhension des soins ainsi que l'appréhension de certains patients à rendre visite à leur dentiste. Nous étudierons une des solutions envisagées pour améliorer la compréhension des informations.

Ceci nous amènera, dans un second temps, à l'élaboration d'un questionnaire simple qui sera remis au patient lors de sa première visite. Il aura pour but, premièrement, d'avoir une idée plus précise de ce que sont les attentes du patient vis-à-vis de sa relation avec son dentiste et, deuxièmement, d'évaluer les connaissances de bases concernant la santé bucco-dentaire et quelques soins courants réalisés en cabinet.

Pour terminer, et afin de répondre à leur demande de compréhension, des exemples de fiches explicatives didactiques seront présentés. L'objectif étant de transmettre l'information de manière simple et concise.

I Les patients comprennent-ils leur praticien ? comprennent-ils les soins qui leur sont prodigués ?

I.1 Constat

En France, toute personne dispose d'une couverture médicale (régime générale de la sécurité sociale, CMU, ACS, AME etc...). Ceci implique, en théorie, que la totalité de la population est amené, à un moment ou l'autre, à consulter un médecin, un spécialiste, à se rendre à l'hôpital etc... Le système de santé a donc une place primordiale mais la médecine, dans son ensemble, est un domaine très compliqué à comprendre pour les patients.

I.1.1 En médecine

Les travaux des Dr Falagas et al. publiés dans The American Journal of Surgery d'octobre 2009 (3) consistent en un recueil de 23 études datant de 1982 à 2006 concernant les consentements éclairés pour les interventions chirurgicales et montrent qu'une compréhension globale adéquate du consentement n'est démontrée que dans seulement 1/3 des 23 études.

Table 2 Synthesis of data from different studies regarding the evaluation of the various components of the informed consent process for surgery or participation in clinical trials

Components of the informed consent process	Studies showing different levels of understanding or satisfaction for the components of informed consent		
	Adequate, * N/n (%)†	Moderate, * N/n (%)†	Inadequate, * N/n (%)†
Surgery			
Evaluation of the amount of provided information	7/12 (58) ^{9,13,16,19,26,28,30}	3/12 (25) ^{14,15,27}	2/12 (17) ^{10,18}
Understanding of given information	6/21 (29) ^{10,12,16,23,28,29}	9/21 (43) ^{9,14,15,17,19,22,24,25,30}	6/21 (29) ^{11,18,21,26,27,31}
Understanding the risks of operation	5/14 (36) ^{19,22-24,30}	5/14 (36) ^{9,18,21,25,28}	4/14 (29) ^{11,13,16,17}
Understanding the benefits of operation	2/6 (33) ^{18,20}	3/6 (50) ^{9,25,28}	1/6 (17) ¹¹
Clinical trials			
Evaluation of the amount of provided information	12/15 (80) ^{35-39,42,45,46,48,56,57,59}	2/15 (13) ^{53,55}	1/15 (7) ⁵¹
Aim of the study	14/26 (54) ^{34-39,41,42,50-54,57}	6/26 (23) ^{32,46,47,56,59,60}	6/26 (23) ^{33,43,45,48,49,55}
Randomization	4/8 (50) ^{40,46,54,58}		4/8 (50) ^{36,37,41,42}
Voluntarism	7/15 (47) ^{35,36,39-41,49,59}	7/15 (53) ^{34,37,38,46,53,56,58}	1/15 (7) ⁵⁷
Withdrawal	7/16 (44) ^{36,39,40,45,46,49,50}	7/16 (44) ^{37,41,47,56,59-61}	2/16 (13) ^{53,57}
Risks from treatment	8/16 (50) ^{37,47,49-51,54,56,59}	4/16 (25) ^{33,35,52,57}	4/16 (25) ^{32,45,46,61}
Benefits from treatment	4/7 (57) ^{49,50,56,61}	2/7 (29) ^{38,46}	1/7 (14) ³³
Therapeutic misconception	1/15 (7) ⁴⁴	5/15 (20) ^{35,39,42,43,59}	9/15 (60) ^{37,38,46,48,49,51,55,56,58}
Alternatives to treatment	2/7 (29) ^{38,46}	3/7 (43) ^{35,47,36}	2/7 (29) ^{49,56}

*Adequate, moderate, and inadequate level of understanding or satisfaction is used by the authors of this review to denote that >80% to 100%, 50% to 80%, and 0% to <50% of the participants in a study had a level of understanding or satisfaction for a specific component of the informed consent process graded in the highest ranking category among those used in the study.
†Numbers and percentages refer to studies.

Figure 1 Synthèse de données regroupant les résultats concernant la compréhension globale adéquate de l'information et des risques associés (encadré rouge) (3)

Une compréhension globale adéquate de l'information a été démontrée pour 6 des 21 études fournissant des données exploitables, soit 29%.

Une compréhension globale adéquate des risques associés à la chirurgie a été démontrée pour 5 des 14 études fournissant des données exploitables, soit 36%

I.1.2 En odontologie

Les travaux de Moreira et al. publiés dans The Journal of the American Dental Association en 2016 (4) consistent en un recueil de 19 études, datant de 1979 à 2006, qui évaluent la compréhension du consentement éclairé ainsi que la restitution des informations par les patients. Les résultats montrent que la compréhension fluctue entre 27 et 85% et la restitution entre 20 et 86%.

Ceci suggère que la compréhension et la restitution de l'information par les patients n'est pas toujours suffisante, en particulier lorsque les explications sont données uniquement verbalement. Et, bien que la majorité des patients ait indiqué qu'ils avaient compris l'information, lorsqu'évalués objectivement, leurs résultats n'étaient pas aussi bons.

Les conclusions de l'étude aboutissent également à dire que l'apprentissage du patient est fondamental et est une part essentielle du processus du consentement éclairé.

Les auteurs font remarquer que les résultats sont cependant à prendre avec précautions car l'exploitation de certains paramètres peut être limitée. Exemple : la définition d'une « compréhension adéquate » est souvent arbitraire, ou le fait que certains patients se considèrent bien informés alors que ce n'est pas exactement vrai.

Bien que les retours des participants semblent être positifs la majorité du temps quand le processus de consentement a été réalisé dans le cadre d'une étude, ce n'est pas toujours le cas quand le processus de consentement a été réalisé de façon standard sans critères d'étude, implication de chercheurs ou sans tentative de standardiser le processus de quelque façon.

D'après les résultats de ces études, certains patients affirment alors ne pas avoir reçu d'information, d'autres disent que parfois les dentistes étaient pressés et n'avaient pas toujours le temps pour les explications, et que parfois ils considéraient que le patient avait compris alors que ce n'était pas le cas.

De ceci, un doute s'est installé : est-ce que tous les dentistes prennent toujours le temps d'informer les patients lorsqu'ils ne sont pas évalués ?

Les résultats obtenus de l'analyse qualitative confirment l'importance d'une étude bien menée quand il s'agit d'avoir une meilleure compréhension de la vision des patients. Cependant, les auteurs n'ont pas pu déterminer si les informations ont été présentées de manière idéale, ils n'ont pas pu identifier si les résultats étaient dus à un problème dans le processus de transmission de l'information ou du directement à la capacité des patients à comprendre l'information donnée.

I.2 Causes possibles de l'incompréhension

I.2.1 Vocabulaire médical

La présence de vocabulaire médical spécifique dans le document de consentement devient une barrière dans le processus de décision car ceci peut directement affecter la bonne compréhension des informations médicales de base qui sont nécessaires pour que le patient puisse choisir ce qui est le mieux pour lui. Le langage utilisé doit être simple, la majorité des patients n'osera pas admettre son ignorance et demander la signification d'un terme.(5)

Si un patient ne peut pas comprendre les risques et bénéfices d'un traitement, les arguments en faveur ou contre pour faire un choix, alors en général, il choisit de se ranger à l'avis de son dentiste et d'accepter son point de vue. Il peut en résulter un sentiment de regret ou de non satisfaction à la fin du traitement car le patient n'aura pas su exprimer son envie, et faire les choix en conséquence. (4)

I.2.2 L'anxiété/La peur

I.2.2.1 Peur ou anxiété ?

La peur peut être distinguée de l'anxiété en fonction de la situation dans laquelle elle se produit.

La peur est généralement exprimée comme une réponse physiologique, comportementale et émotionnelle à un stimulus effrayant externe et précis (exemple : peur des araignées, des serpents, de la seringue...). L'objet de la peur est bien identifié, il est possible de le fuir, de le combattre alors que l'anxiété est un sentiment de crainte ou d'inquiétude en anticipation à l'exposition dudit stimulus. La peur est transitoire, passagère contrairement à l'anxiété qui est un processus à plus long terme. (6) (7)

Dans la littérature, les 2 termes sont souvent utilisés de façon interchangeable.

1.2.2.2 Qui a peur ? L'impact du milieu socio-économique

Dans une étude australienne de 2006, le professeur Armfield et son équipe remarquent que, généralement les personnes appartenant à un milieu socio-économique faible ont une plus grande peur du dentiste (19.3% pour les personnes ayant un revenu <20K \$ contre 13.5% pour les personnes ayant un revenu >80K \$) (figure 2 encadré rouge)

La peur varie également en fonction du niveau d'éducation : chez les personnes ayant un certificat d'études professionnelles, 21.3% ont une peur élevée contre seulement 9% chez les personnes ayant obtenu un master ou un doctorat. (figure 2 encadré vert) (6)

Table 3. Prevalence of high dental fear by socio-economic characteristics

Socio-demographic characteristic	Weighted <i>n</i>	High fear (%)	95% CI
Income‡			
<\$20 000	1014	19.3	17.2,21.4
\$20 000–<\$40 000	1304	19.4	17.3,21.5
\$40 000–<\$60 000	1352	15.9	13.9,17.9
\$60 000–<\$80 000	877	14.3	11.8,16.8
>\$80 000	1182	13.5	11.2,15.8
Employment status‡			
Unemployed	857	24.2	21.4,27.0
Part-time	1002	20.6	18.0,23.2
Full-time	2299	17.1	15.5,18.7
Student/retired	2231	11.4	10.1,12.7
Home ownership*			
Rents accommodation	1277	19.0	16.9,21.1
Currently purchasing	2059	15.9	14.2,17.6
Owens accommodation outright	2970	16.0	14.7,17.3
Tertiary education‡			
No tertiary education	3353	15.2	14.0,16.4
CAE/Certificate/Nursing etc.	1785	21.3	19.4,23.2
University – Degree/Diploma	1172	14.3	12.2,16.4
University – Masters/PhD	133	9.0	3.6,14.4

**p*<0.05, †*p*<0.01, ‡*p*<0.001.

Figure 2 tableau regroupant le pourcentage de personnes ayant une peur élevée des soins dentaires en fonction de leurs revenus (encadré rouge), en fonction de leur niveau d'éducation (encadré vert) (6)

Ces résultats sont corroborés par une étude du Dr Yildirim datant de 2016 menée en Turquie (8).

294 patients ont répondu à 20 items permettant de mesurer leur DFS (Dental Fear Survey). Leur score a permis de les classer en 4 catégories (0-40 peur minime; 40-60 peur modérée; 60-80 peur élevée; >80 peur extrême). On remarque que parmi les personnes appartenant à un milieu socioéconomique faible, 37 ont une peur élevée, 16 ont une peur extrême contre 0 chez les personnes appartenant à un haut niveau socioéconomique (figure 3 encadré rouge).

Socio-Demographic Data	DFS GROUP					p-value*
	0-40 n (%)	40-60 n (%)	60-80 n (%)	80 < n (%)	Total	
Gender						
Female	7(2.4)	65(22.1)	52(17.7)	16(5.4)	140(47.6)	p<0.001
Male	90(31.6)	59(20.1)	5(1.7)	0(0)	154(53.4)	
Age Group						
18-29	11(3.7)	62(21.1)	45(15.3)	16(5.4)	134(45.5)	p<0.001
30-39	20(6.8)	39(13.3)	10(3.4)	0(0)	69(23.5)	
40-49	36(12.2)	21(7.1)	2(0.7)	0(0)	59(20)	
50-59	30(10.2)	2(0.7)	0(0)	0(0)	32(10.9)	
Education Level						
Primary School	0(0)	1(0.3)	16(5.4)	8(2.7)	25(8.4)	p<0.001
Secondary School	5(1.7)	28(9.5)	31(10.5)	8(2.7)	72(24.4)	
High School	35(11.9)	67(22.8)	8(2.7)	0(0)	110(37.4)	
University	57(19.4)	28(9.5)	2(0.7)	0(0)	87(29.6)	
Socioeconomic Level						
Very Low Level	0(0)	10(3.4)	37(12.6)	16(5.4)	63(21.4)	p<0.001
Low Level	0(0)	43(14.6)	17(5.8)	0(0)	60(20.4)	
Mid- Level	25(8.5)	59(20.1)	3(1)	0(0)	87(29.6)	
High Level	72(24.5)	12(4.1)	0(0)	0(0)	84(28.6)	

[Table/Fig-2]: The distribution of the DFS group of socio-demographic factors.
*Chi-square

Figure 3 tableau montrant la distribution des groupes DFS en fonction des facteurs socioéconomiques (8)

Si les déterminants sociaux jouent un rôle dans le processus de peur du dentiste, il est important de noter qu'ils influencent fortement les états de santé, ce phénomène est tout sauf récent et est étudié depuis plusieurs décennies.

En 1994, Claudine Herzlich, docteur en psychologie sociale et alors directrice du CNRS, introduit le concept de « causalité en chaîne », où s'imbriquent phénomènes biologiques et sociaux, pour expliquer les états de santé (9). Plus récemment dans une étude demandée par l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) et publiée en 2010 (10), il est mentionné le fait que les premières études concernant les effets de l'inégalité sociale sur la santé sont rendues publique dans les années 1840 « Si la situation est inacceptable [...] dans les années 1840, c'est principalement parce que des inégalités sociales si puissantes, qu'elles influent sur le potentiel physique de l'homme et sur sa durée de vie, altèrent fondamentalement

l'humanité des classes laborieuses, ce qui ne saurait être compatible avec les valeurs développées au XVIIIe siècle et réaffirmées par la Révolution française et les Droits de l'Homme ».

C'est l'un des principaux objectifs de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) qui rappelle que « l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé a fait l'objet d'une inscription récente et encore très partielle, et à ce jour encore assez théorique, dans la loi de santé publique. » (11)

« Pour beaucoup d'individus, les menaces à la santé sont multiples, et les études montrent que les personnes à faible revenu ou celles qui sont moins scolarisées sont davantage exposées à plusieurs facteurs de risque [...] D'autres études récentes tendent à montrer que les facteurs de risque et la maladie sont l'expression de causes plus fondamentales qui sont liées à l'appartenance à certains groupes sociaux et qui déterminent l'accès aux ressources et la capacité de transformer ces ressources en santé. »

L'INPES explique alors la nécessité de fixer deux objectifs aux interventions de santé publique :

- améliorer l'état de santé de la population
- réduire les inégalités sociales de santé.

Car les effets des politiques et des programmes de prévention ne sont pas homogènes pour tous les niveaux de risque et pour tous les groupes qui constituent une population. Même s'il existe des bénéfices et un gain de santé lors d'une campagne de prévention ou de dépistage dans la population générale, le gain est plus important chez les groupes de niveau socio-économique plus élevés qui arrivent à en tirer le maximum.

En fait, ne pas reconnaître cette possibilité, c'est faire le choix implicite de contribuer à augmenter les inégalités de santé. D'où l'importance de toujours associer l'objectif d'augmentation de la santé d'une population avec un objectif explicite de diminution des inégalités sociales de santé.

1.2.2.3 Quels sont les facteurs qui engendrent l'anxiété ?

1.2.2.3.1 La nouveauté

L'inconnu est source d'anxiété, et une situation totalement nouvelle peut être évaluée comme une menace si l'un de ces aspects a déjà été associé à un danger (7). L'association passée a pu être vécue directement par la personne ou « apprise » par l'expérience d'un tiers.

Exemple d'expérience vécue : un enfant se fait vacciner régulièrement par le pédiatre, associe la douleur à la blouse blanche. Puis quelques années plus tard, première visite chez le dentiste. L'enfant reconnaît la similitude de la situation, identifie une menace, ce qui engendre l'anxiété alors que la situation est totalement nouvelle pour lui.

Exemple d'expérience par apprentissage : L'enfant entend parler négativement du dentiste par ses parents ou par ses camarades. Même s'il n'a jamais vécu la situation lui-même, sa première visite est identifiée comme une menace.

Il est alors de la responsabilité du dentiste d'intercepter et de réaliser l'apprentissage de l'enfant. Les premiers contacts ne doivent pas être entourés de mystère. Il faut laisser l'enfant exprimer ses préoccupations et l'éclairer si besoin. Ne pas hésiter à le prévenir sur les événements qui seraient susceptibles de l'impressionner afin de diminuer l'incertitude.

1.2.2.3.2 L'incertitude

L'incertitude concerne la probabilité qu'un événement stressant se produise.

Les recherches animales en laboratoire montrent que les animaux supportent mieux des chocs électriques plus longs et plus intenses mais prévisibles et annoncés, que des chocs plus courts et moins intenses mais dont la probabilité et la fréquence est inconnue (7).

Une étude d'Edna Hunter (12) portant sur l'anxiété et le stress des femmes de soldats ayant participé à la guerre du Vietnam montre des résultats similaires : Après avoir été classées en 4 groupes selon le devenir de leur mari (1 « revenus de la guerre », 2 « décédés », 3 « prisonniers de guerre », 4 « portés disparus »), elle remarque que plus la certitude était grande, plus les épouses avaient une bonne santé mentale. La mort du conjoint étant mieux vécue que l'emprisonnement ou la disparition.

On explique ce phénomène du fait que l'incertitude stoppe le processus de préparation à l'adaptation ou oblige l'individu à prévoir plusieurs stratégies d'adaptation simultanées, ce qui peut engendrer du stress et donc de l'anxiété.

Concrètement si on se replace dans le contexte du cabinet, en prenant l'exemple de la réponse à la douleur d'une anesthésie, on considère qu'en théorie, elle est mieux vécue par le patient si la situation est annoncée clairement à l'avance mais surtout dédramatisée.

1.2.2.4 De quoi nos patients ont-ils peur ?

Dans leur ouvrage intitulé « La peur du dentiste » (13) des docteurs Bohl et Pirnay ainsi que dans « codes de la relation dentiste-patient » (14) du docteur Amzalag, on retrouve un inventaire des principales peurs rencontrées pour le patients avec notamment :

- Les peurs liées aux soins :
 - o La peur d'avoir mal
 - o La peur du changement (de soi, le sourire étant un aspect identitaire fondamental)
 - o La peur d'une contamination, d'une infection ou d'un empoisonnement
 - o La peur de la pique
 - o La peur de la dépense onéreuse
 - o La peur du cadre de soin
- Les peurs liées au soignant
 - o La peur de la malhonnêteté (surtraitement ?)
 - o La peur de l'incompétence du thérapeute
 - o L'intrusion dans l'intime : ce dernier point est important n'est pas toujours envisager par le praticien. Il faut rappeler que la cavité buccale est une zone intérieure et érogène. Après le toucher, le baiser est en théorie l'étape première d'une relation intime, la bouche peut donc être considérée comme un organe sexuel. En découle donc la peur du viol de l'intimité, la peur du harcèlement sexuel, les peurs post-traumatiques.

1.2.2.5 L'impact de l'anxiété sur les habitudes de visite chez le dentiste

Une étude de 2007, de nouveau menée par le Pr Armfield et son équipe (15), permet de concrétiser l'effet de la peur sur les habitudes de visite. 6112 personnes âgées de 16ans et + ont été séparées en 4 groupes, par le biais d'un questionnaire téléphonique, en fonction de leur niveau de peur (« pas effrayés », « peu effrayés », « effrayés », « très effrayés »). Les résultats montrent des différences significatives :

- Concernant la date de leur dernière visite : Pour 56.5% des personnes du groupe « non effrayés », la dernière visite remonte à moins d'1 an contre 46.2% chez les personnes « très effrayées ». Pour seulement 6.4 % des personnes du groupe « non effrayés », la dernière visite remonte à plus de 10 ans contre 9.4% chez les personnes « très effrayées ». (figure 4 encadrés verts)
- Concernant la fréquence des visites : 26.6% des personnes du groupe « non effrayés » viennent chez le dentiste + de 2 fois par an contre 17.2% chez les

personnes « très effrayées ». Et 29.5% des personnes du groupe « non effrayés » viennent chez le dentiste à plus de 2 ans d'intervalle contre 44.4% chez les personnes « très effrayées ». (figure 4 encadrés rouges)

Table 3: Dental visiting characteristics by dental fear

	Not afraid		A little afraid		Quite afraid		Very afraid	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Time since last dental visit**								
Less than 12 months	2,169	56.5	456	53.3	176	59.1	311	46.2
1 year to < 2 years	682	17.8	186	21.7	54	18.1	134	19.9
2 years to < 5 years	505	13.2	113	13.2	46	15.4	112	16.6
5 years to < 10 years	237	6.2	52	6.1	12	4.0	53	7.9
> 10 years ago	246	6.4	49	5.7	10	3.4	63	9.4
Average visiting frequency**								
More than twice a year	976	26.6	189	22.7	82	29.4	107	17.2
Once per year	1,051	28.6	252	30.3	66	23.7	132	21.2
Once every 2 years	559	15.2	168	20.2	52	18.6	109	17.5
> Once every 2 years	1,083	29.5	224	26.9	79	28.3	274	44.1

Figure 4 Caractéristiques des habitudes de visite en fonction de la peur

Ils ont pu élaborer un « cercle vicieux de la peur » (figure 5) et quand on compare les valeurs entre les personnes « non effrayées » et « très effrayées » on remarque que ces dernières évitent plus volontiers les visites (43.9% contre 29.1%) et qu'elles consultent plus généralement dans le cas d'un problème (29.2% contre 11.6%).

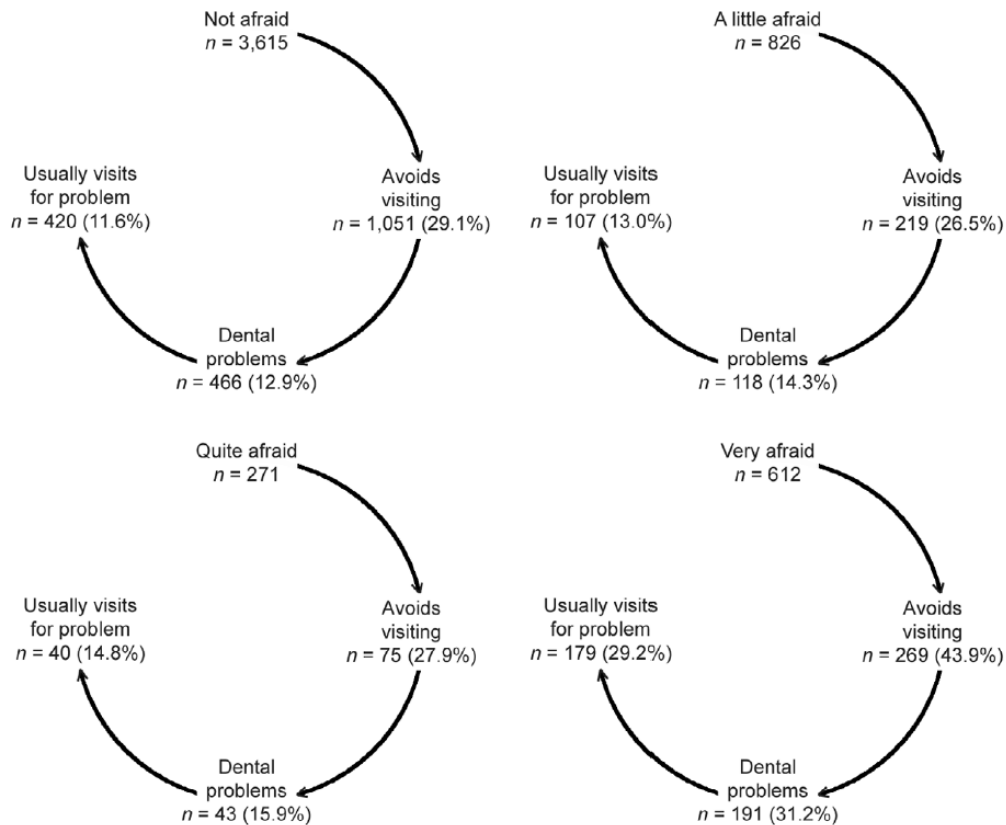


Figure 5
Following the path of the vicious cycle by categories of dental fear.

Figure 5 le cercle vicieux en fonction de la peur

Si on recoupe avec les résultats mentionnés précédemment (le niveau de peur inversement proportionnel au niveau social), on peut en déduire, et cela est également retrouvé dans la littérature (9), que le recours aux soins des classes populaires est de type curatif, les classes supérieures consultent plus souvent à titre préventif.

1.2.2.6 Quel est l'effet de l'anxiété sur la compréhension ?

Le Dr Eli Lebowitz (membre de l'ADAA Anxiety and Depression Association of America) et son équipe ont évalué l'effet de l'anxiété d'une personne sur sa capacité à restituer l'information (16). L'étude a été réalisée en 2008, publiée dans le Journal of Dental Research, sur un échantillon de 66 personnes réparties en 2 groupes de 33, ces patients consultaient tous pour la pose d'un implant.

L'étude se réalise de la façon suivante, avant le rdv de pose (T1) et avant le rdv de contrôle (T2) :

- Afin d'évaluer le degré de stress des patients avant le rdv à T1 et T2, les patients remplissent un questionnaire (le Dental Anxiety Scale développé par Corah en 1969)
- Puis ils écoutent 2 vidéos explicatives d'environ 5 min :
 - Pour le premier groupe, la vidéo 1 est visionnée avant la séance de pose de l'implant T1, la vidéo 2 est visionnée avant le rdv de contrôle et de dépose des sutures T2.
 - Pour le deuxième groupe, la vidéo 2 est visionnée avant la séance de pose de l'implant T1, la vidéo 1 est visionnée avant le rdv de contrôle et de dépose des sutures T2.
- Ils s'autoévaluent ensuite, grâce à une échelle analogique visuelle (Visual Analogic Scale VAS) allant de 0 à 100 :
 - Sur la quantité d'information qu'ils pensent avoir comprise
 - Sur le degré de clarté de l'information,

L'association de ces 2 résultats est calculée et le résultat global est appelé CU (Certainty of Understanding)

- Ils complètent enfin un questionnaire (vrai/faux/ne me rappelle pas) de 21 affirmations portant sur des informations contenues dans la vidéo (environ la moitié des affirmations est correcte) puis ce questionnaire est corrigé par un chercheur de l'équipe et le résultat calculé donne le CCS (Correctly Cassified Statement)

Les résultats montrent une différence statistiquement significative entre les mesures des rdv 1 et 2 pour toutes les variables mesurées (résultats identiques pour le groupe 1 et 2).

- Le DAS est moins élevé à T2 que T1 (figure 6 encadré rouge).
- Le CU est plus élevé à T2 que T1 (figure 6 encadré vert)

Ceci montre que le CU (donc la quantité d'information retenue, et la clarté de celle-ci) est plus élevé quand le DAS (donc le degré de stress du patient) est bas. Ces résultats obtenus ne sont pas dépendant de la qualité de la vidéo explicative puisque les 2 groupes montrent les mêmes conclusions.

De plus, il est intéressant de noter qu'il existe une très grosse différence entre l'autoévaluation et le résultat réel du questionnaire : Le CU montre une valeur de 69.2 à T1 et 72.2 à T2 alors qu'en réalité le CCS montre une valeur de 38.9 à T1 et 47.2 à T2 (figure 6 encadré violet).

Table 1. Study Variables as a Function of Measurement Points

Variable*	Time 1 Mean (± SD)	Time 2 Mean (± SD)	t	p	Corrected p**
SA	39.8 (± 33.5)	12.2 (± 16.7)	7.3	0.000	0.000
ExpP	26.3 (± 27.7)	11.7 (± 17.6)	4.2	0.000	0.000
DAS	9.3 (± 3.3)	8.5 (± 3.1)	2.5	0.005	0.025
CU	69.2 (± 36.5)	72.2 (± 37.5)	2.4	0.015	0.075
CCS	38.9 (± 22.9)	47.2 (± 18.2)	3.4	0.000	0.002

* SA, state anxiety; ExpP, expectation of pain; DAS, dental anxiety; CU, certainty of information; CCS, correctly classified statements.
 ** Following Bonferroni correction.

Figure 6 tableau récapitulatif des résultats de l'étude

Cette étude est très intéressante puisqu'elle met en évidence :

- l'effet de l'anxiété et du stress sur la compréhension du patient
- le fait que le patient comprend beaucoup moins de chose qu'il ne le pense.

Nous avons donc énuméré les problèmes à l'origine du manque de compréhension des patients, voyons maintenant quelles solutions sont envisageables

I.3 solutions envisagées

I.3.1 Diminuer l'anxiété

Il existe plusieurs façon d'aider le patient afin qu'il se présente dans de meilleures conditions mentales pendant un rdv (13) :

I.3.1.1 Le rôle du chirurgien-dentiste :

Il doit mettre le patient à l'aise. Pour se faire, il doit avant tout montrer des qualités humaines, avoir une attitude apaisante. Cela commence par la tenue vestimentaire qui doit être

professionnelle, accueillir le patient avec le sourire, être à l'écoute et faire preuve d'empathie. Le Dr Bohl rappelle d'ailleurs que « La prise en charge de l'inquiétude des patients [...] apparaît aussi importante que celle de la douleur » (13).

Le praticien doit savoir communiquer, gérer le ton de sa voix (technique du voice control) en particulier avec les enfants par exemple. Il doit faire attention à sa communication non verbale, celle-ci regroupe de paraverbal (hauteur, intensité de la voix, intonation, débit) et le non-verbal pur (regard, mimique, gestuelle...)

1.3.1.2 Les prescriptions médicamenteuses, homéopathiques, la phytothérapie

Aujourd'hui 2 familles de médicaments sont prescrites par le chirurgien-dentiste : les benzodiazépines et les antihistaminiques. Dans certains cas, à la demande du patient ou dans le cas de troubles de l'anxiété et afin d'éviter une dépendance, on pourra avoir recours à l'homéopathie (gelsémium, aconit, ignatia...).

Peut également être utilisée, la phytothérapie (passiflore, ginseng, valériane, mélisse, euphytose...)

1.3.1.3 La psychothérapie et l'hypnose

Le chirurgien-dentiste peut orienter son patient vers un spécialiste (psychiatre, psychologue, psychanalyste). Aujourd'hui on parle beaucoup de thérapies cognitives et comportementales (TCC). Elles sont fondées sur l'apprentissage de nouveaux comportements, à partir de l'élaboration de pensées plus adéquates : on remplace les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et réactions en adéquation avec la réalité. Les TCC aident à dépasser les symptômes invalidants (stress, évitements et inhibitions, réactions agressives...)

L'hypnose regroupe plusieurs types de pratiques (hypnosédation, hypnoalgésie, hypnothérapie), quand le chirurgien-dentiste la pratique, on peut parler d'hypnodontie. Le but étant de favoriser la communication avec le patient et de diminuer l'anxiété.

1.3.1.4 L'amélioration du cadre de soins

1.3.1.4.1 L'aromathérapie

En cabinet dentaire, on utilise l'aromathérapie principalement par diffusion d'huiles essentielles. Notamment en salle d'attente ou dans le sas d'accueil. Elles ont des vertus relaxantes, déstressantes et antibactériennes. Une étude menée au Royaume-Uni par Lehrner *et al.* (17) a

montré que la diffusion d'huile essentielle d'orange (*citrus sinensis*) provoquait, chez les femmes principalement, une diminution de l'état d'anxiété, une meilleure humeur et une augmentation de la sensation de calme.

1.3.1.4.2 La musicothérapie

Un patient stressé qui attend en salle d'attente n'a pas envie d'entendre les bruits anxigènes de la salle de soin, le bruit de la turbine étant très souvent associé à la douleur. Un peu de musique en salle d'attente donne une ambiance plus conviviale, le temps d'attente paraît moins long. L'effet relaxant de la musique est montré dans une étude de Hole (18). Selon l'étude, on obtient une réduction des douleurs post opératives, de l'anxiété, des besoins en analgésiques et une amélioration de la satisfaction des patients. Le mécanisme potentiel serait dû à une réduction de l'activité du système nerveux autonome et en conséquence, une diminution de la fréquence cardiaque, de la respiration et de la pression artérielle.

D'après Vernet-Maury, Robin et Vinard 92.2% des patients sont favorables à la présence de musique en cabinet. L'effet relaxant de la musique est d'autant plus efficace que le patient en a le choix (19). Au moment de l'étude en 1988, la musique classique était demandée par 75% des patients, aujourd'hui la tendance est plus en faveur de la musique subliminale de relaxation (bruits naturels de l'eau, de la mer, de la forêt, chants des oiseaux, des baleines...). En odontologie pédiatrique par exemple, les chansons des films Disney sont très appréciées.

1.3.1.4.3 Les couleurs

On choisira des couleurs dites apaisantes, notamment les couleurs froides (le bleu, le vert rappelant la nature), les tons pastel qui ne sont pas agressifs. Sont donc à éviter, les couleurs chaudes qui ont tendance à exciter (le rouge, l'orange). On peut les utiliser pour égayer une pièce et donner un peu de pep, mais par petite touche.

1.3.1.4.4 L'aquarium

Aux Etats-Unis, près d'un dentiste sur 2 possède un aquarium.

En 1983, le Dr Aaron Katcher, enseignant vétérinaire de l'Université de Pennsylvanie, publie une étude dans laquelle il prouve l'efficacité de l'aquarium pour réduire la tension artérielle chez les patients. L'effet est tel que, même chez des patients atteints d'hypertension chronique, après 20min d'observation, les valeurs de pression artérielle mesurées sont dans la normale (20). Les résultats de l'étude sont très médiatisés avec même des expériences réalisées à la télévision, si bien que dans les années 80, les ventes d'aquarium explosent aux US en particulier dans les cabinets dentaires.



Figure 7 « Le Monde de Nemo » Pixar Animation Studios, Walt Disney Pictures, 2003

I.3.2 Le rôle de l'assistante dentaire

Il est important de mettre en avant la personne qui facilite le quotidien du praticien et sans qui le métier ne serait tout simplement pas le même.

Parmi les tâches de l'assistante, on retrouve dans les grandes lignes : l'aide au fauteuil, la préparation du matériel, la gestion des stocks, la stérilisation, le secrétariat... mais aussi et surtout, l'accueil du patient.

L'assistante dentaire est la 1^{ère} personne que le patient rencontre lors de sa première visite au cabinet, et c'est la 1^{ère} personne qu'il rencontrera ensuite à chaque rdv. Ce premier contact est capital pour la suite du traitement et, si il est bon, mettra le patient en confiance et influencera favorablement la suite du traitement (21). L'assistante dentaire doit donc faire preuve de qualités humaines et occupe une place très importante dans le triptyque patient-praticien-assistante (22). C'est une position privilégiée car dans une majorité des cas le patient s'ouvrira plus facilement à elle qu'au praticien et, s'il a confiance en elle, n'hésitera pas à lui poser des questions.

Comme vu précédemment, le souci de compréhension entre le praticien et le patient peut venir d'un manque de communication, ou d'un langage médical peut être trop compliqué. Le patient parfois n'ose pas demander au dentiste de se réexpliquer par peur de se sentir bête, et même s'il incombe au dentiste de s'assurer que le message est bien passé, l'assistante est là pour donner des informations ou explications supplémentaires et pour rassurer le patient.

I.3.3 Les supports visuels pour améliorer la compréhension

Il est évoqué dans la littérature dentaire qu'on devrait ajouter un support visuel dans le processus de consentement : prospectus, multimédia interactif ou non. Ces outils donnent des résultats significativement meilleurs que la traditionnelle explication verbale (23).

Le Dr Sung-Hwan Choi et son équipe ont étudié l'effet d'un support visuel pour transmettre l'information dans le but de diminuer le niveau d'anxiété de patients se faisant retirer des molaires incluses mandibulaires (24)

L'étude a été menée en 2015 sur 55 patients 18 à 27 ans, le but étant de comparer les niveaux d'anxiété (grâce au DAS) de 2 groupes, l'un ayant reçu l'information par écrit, l'autre ayant reçu l'information par diaporama.

Les résultats de cette étude confirment l'hypothèse selon laquelle les informations concernant le traitement présentées par un diaporama audiovisuel peuvent diminuer l'anxiété du patient. Le résultat montre une différence statistiquement significative entre les scores d'autoévaluation des patients concernant leur niveau d'anxiété en fonction des modes de transmissions de l'information (figure 8 encadré rouge).

Table 4. MEANS AND STANDARD DEVIATIONS OF THE ANXIETY PARAMETERS FOR THE 2 GROUPS

Variable	Written Informed Group	Audiovisual Informed Group	P Value
STAI-S score, mean (SD)*			
Immediately before surgery	43.3 (8.5)	42.5 (9.4)	.754
1 wk after surgery	31.1 (5.8)	29.2 (7.4)	.344
STAI-T score, mean (SD)*			
Immediately before surgery	39.1 (6.4)	37.2 (7.6)	.404
1 wk after surgery	33.2 (7.2)	32.3 (6.5)	.406
DAS score, mean (SD)†			
Immediately before surgery	10.8 (2.9)	10.7 (2.3)	.948
1 wk after surgery	9.0 (3.0)	8.0 (2.4)	.421
Self-reported anxiety score, mean (SD)†			
Immediately before surgery	4.3 (2.9)	3.9 (2.6)	.665
1 wk after surgery	2.5 (1.8)	0.7 (1.2)	<.05

Abbreviations: DAS, Dental Anxiety Scale; SD, standard deviation; STAI-S, Spielberger State Anxiety Inventory; STAI-T, Spielberger Trait Anxiety Inventory.
 * By Independent *t* test.
 † By Mann-Whitney *U* test.

Choi et al. *Audiovisual Treatment Information and Anxiety. J Oral Maxillofac Surg* 2015.

Figure 8 Autoévaluation du niveau d'anxiété avant chirurgie et 1 semaine après chirurgie

D'après les travaux de Moreira et al. publiés dans The Journal of the American Dental Association en 2016 (4) mentionnés précédemment, parmi les 19 études :

7 évaluent l'efficacité de ces outils et, même si la présence de biais est envisageable, 6 études ont montré une amélioration statistiquement significative de la compréhension des patients. On passe alors de 27 à 85% à 44 à 93% pour la compréhension, et de 20 à 86% à 30 à 94% pour la restitution de l'information.

Les praticiens devraient utiliser ces ressources lorsqu'ils partagent des informations importantes avec le patient.

Parmi les conclusions de ces 6 études, on peut citer :

- Ader and colleagues, 1992 (25) : « Les participants les mieux informés étaient ceux qui avaient regardé la vidéo explicative. »

- O'Neill and colleagues, 1996 (26) : « Un dépliant d'information bien réalisé a permis aux patients de mieux comprendre la chirurgie d'extraction des 3èmes molaires. »

- Johnson and colleagues, 2006 (27) : « la vidéo intrabuccale a permis une meilleure connaissance. »

- Hu and colleagues, 2008 (28) : « L'introduction d'un système multimédia a permis une meilleure compréhension entre le praticien et le patient. »

- Kupke and colleagues, 2013 (29) : « L'utilisation d'un schéma de décision concernant les options de traitement a mené à une augmentation significative du niveau de compréhension des patients. »

- Flett and colleagues, 2014 (30) : « Le DVD a été utile en apportant des informations que le patient n'aurait pas obtenues ou comprises par le biais du praticien. »

Cependant, l'usage d'un support visuel doit être adapté et réalisé avec soin. Le Dr Kazancioglu et son équipe (31) reportent que les vidéos montrant le détail de procédures chirurgicales, notamment l'incision gingivale, le fraisage d'une dent, le fraisage de l'os peuvent provoquer la peur et l'anxiété chez le patient. Mêmes conclusions pour le Dr Torres-Lagares et son équipe (32) dans une étude menée en Espagne et datant de 2014.

I.4 Conclusion

Nous avons, dans cette première partie, mis en évidence dans la littérature les difficultés de compréhension et de communication qu'il peut exister en cabinet dentaire, mais aussi dans le monde médical en général. Des solutions intéressantes ont été exposées : l'attitude du praticien et sa capacité à faire passer un message, la gestion du stress et de la peur des patients, le rôle de l'assistante...

Nous avons élaboré un questionnaire afin de comparer les résultats décrits dans les précédentes études avec ceux que nous avons obtenus.

II Questionnaire

II.1 Matériels et Méthodes

II.1.1 Participants

Le questionnaire a été distribué sur la période de septembre 2017/mars 2018 à la fois en ligne sur internet et dans des cabinets libéraux à La Talaudière (42) et Bèlignoux (01).

241 patients de 12 à 84 ans ont participé. Les tranches d'âge 19-25ans et 26-35ans étant les plus représentées avec 96 et 76 personnes respectives.

II.1.2 Matériel

La version papier du questionnaire a été distribuée aux nouveaux patients du cabinet en plus du traditionnel questionnaire médical. La version internet a été partagée via les réseaux sociaux.

II.1.3 Procédure

Le questionnaire n'est pas chronométré et il est demandé au patient de répondre en toute honnêteté et sans aide extérieure.

II.1.4 Extraction et analyse des données

Les données sont recueillies manuellement pour la version papier et entrées sur feuille de calcul, pour la version en ligne, les données sont recueillies automatiquement.

Les diagrammes, histogrammes et différentes représentations statistiques sont réalisés via tableur Excel.

II.2 Résultats

II.2.1 La compréhension avec le dentiste

Pour que les patients comprennent les soins qui leur sont prodigués, il faut tout d'abord que le dentiste prenne le temps de les expliquer au patient. Sur les 241 personnes interrogées, 75% ont répondu que le dentiste expliquait les soins plus de 7fois/10, cependant 20% ont répondu que les soins étaient expliqués 5 fois/10 ou moins (figure 10).

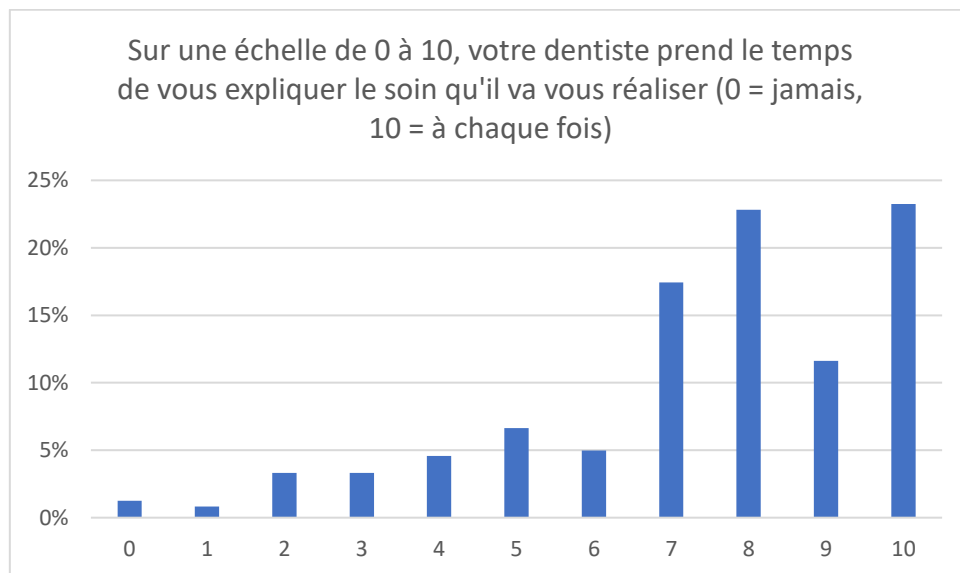


Figure 9 Histogramme représentant la fréquence selon laquelle le dentiste prend le temps d'expliquer un soin au patient

Une fois les explications données, sont-elles comprises ?

Sur les 241 personnes interrogées 30% estiment comprendre « la plupart du temps », « rarement » voire « jamais » les explications du dentiste (figure 11).

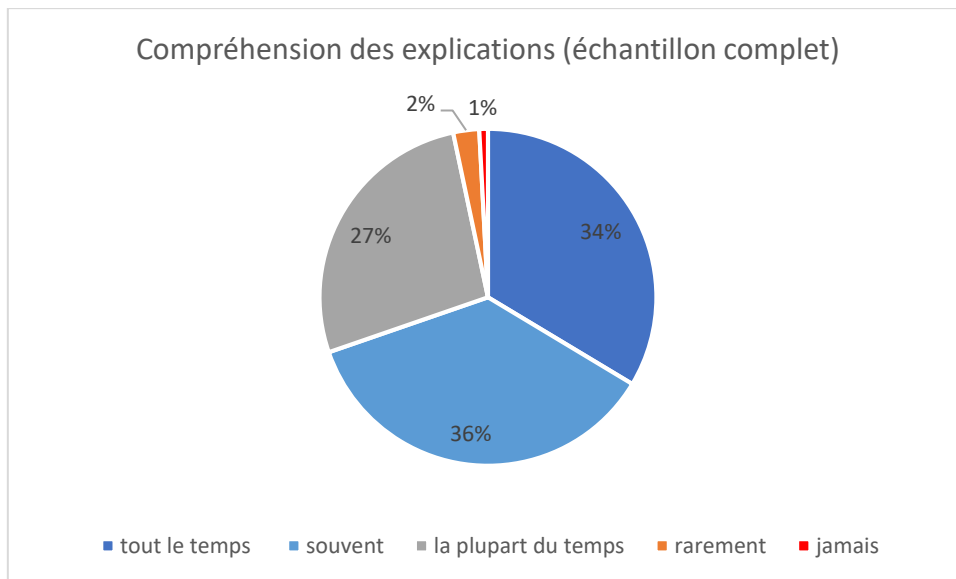


Figure 10 Diagramme à secteur évaluant le niveau de compréhension des explications du dentiste selon les patients

Sur les 241 personnes interrogées, 19% n'oseront « rarement » voire « jamais » demander d'explications supplémentaires (figure 12).

Ce qu'il est intéressant de noter, c'est que comme vu précédemment (figure 11), 30% des personnes ne comprennent pas à chaque fois les explications. Si on isole ces personnes et qu'on leur demande si elles oseront demander des explications supplémentaires, le pourcentage passe de 19% à 36% (figure 13).

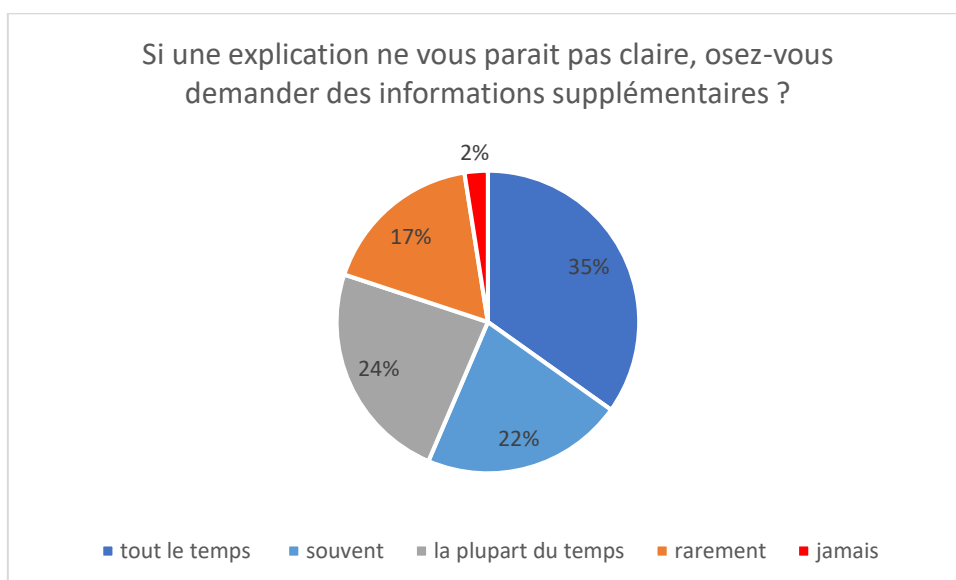


Figure 11 Diagramme à secteur représentant la tendance des patients à demander des explications supplémentaires

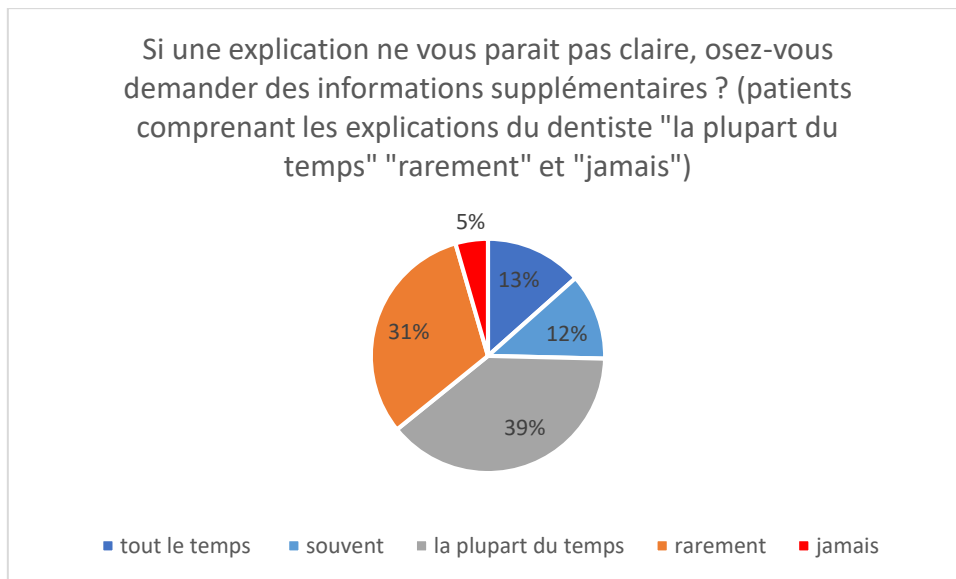


Figure 12 Diagramme à secteur représentant la tendance des patients à demander des explications supplémentaires (patients comprenant les explications du dentiste « la plupart du temps » « rarement » et « jamais »)

II.2.2 L'anxiété

Comme vu précédemment, la peur ou l'anxiété joue un rôle important dans le processus de compréhension. Si on demande aux patients d'autoévaluer leur niveau d'anxiété, le résultat moyen obtenu est de 5.17, avec 32% des personnes avec des valeurs ≥ 8 (figure 14).

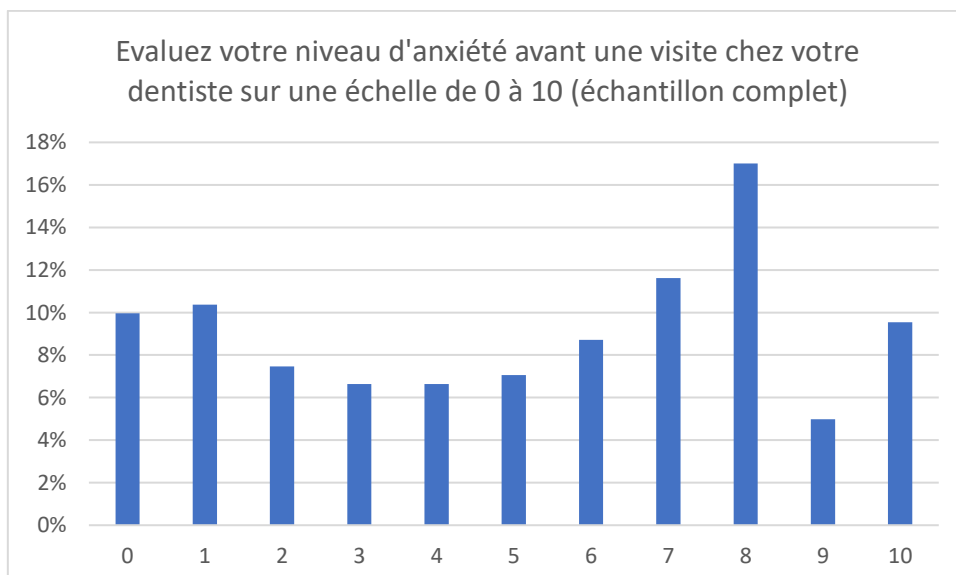


Figure 13 Histogramme représentant la répartition des patients en fonction de leur niveau d'anxiété

La cause principale d'anxiété évoquée par les patients est la peur de la douleur, la peur des instruments arrive en 2^{ème} position (figure 15)

Quelle est la cause de votre anxiété ? Classez ces différents critères selon leur ordre d'importance

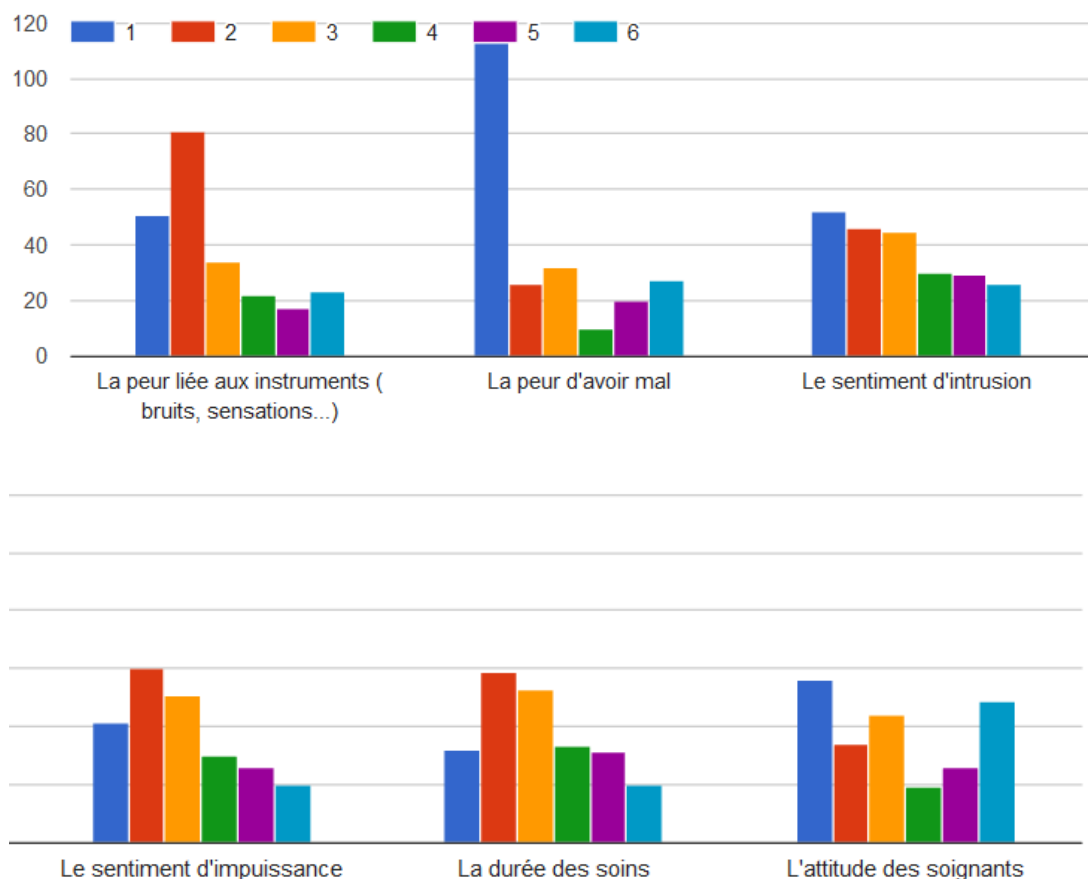


Figure 14 Diagramme en barre classant les causes d'anxiété des patients selon leur ordre d'importance

A la question ouverte facultative « Qu'est-ce qui pourrait vous aider à diminuer votre anxiété ? », 76 personnes ont répondu, parmi les réponses les plus communes :

- 23 personnes ont demandé un environnement plus apaisant, éclairage moins agressif, musique, parfum d'ambiance...

- 20 personnes ont demandé plus de contact avec le praticien, dialogue, explications, sympathie, humour...

- 18 personnes ont demandé une meilleure gestion de la douleur : anesthésie générale, anesthésie d'office peu importe le soin.

- 4 personnes ont demandé que le praticien ait recours à l'hypnose ou des techniques de relaxation.

II.2.3 Fréquence de visite chez le dentiste

Parmi les 241 personnes interrogées, 58% vont chez le dentiste au moins 1 fois par an comme il est recommandé (figure 16).

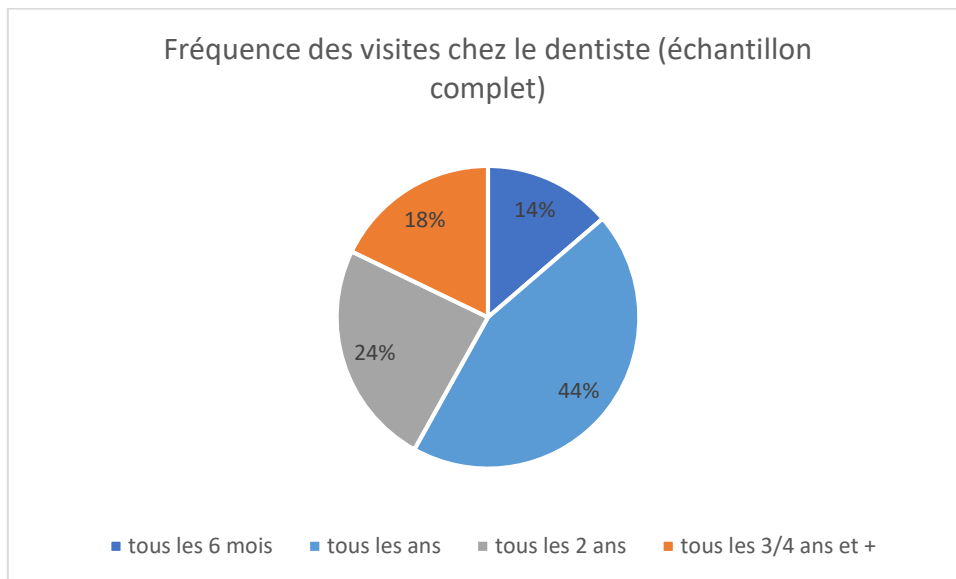


Figure 15 Diagramme en secteur représentant la fréquence des visites chez le dentiste dans la population générale

II.2.4 Etudes comparatives

II.2.4.1 Compréhension en fonction du niveau d'étude

Pour rappel 30% des personnes de l'échantillon complet ne comprenaient que « la plupart du temps », « rarement » ou « jamais » les explications du dentistes (figure 11).

Si on isole les patients ayant un niveau baccalauréat au maximum, ce pourcentage monte à 39% (figure 17), si on isole les patients ayant un niveau baccalauréat +7, ce pourcentage descend à 23% (figure 18) soit une différence de 16 points.

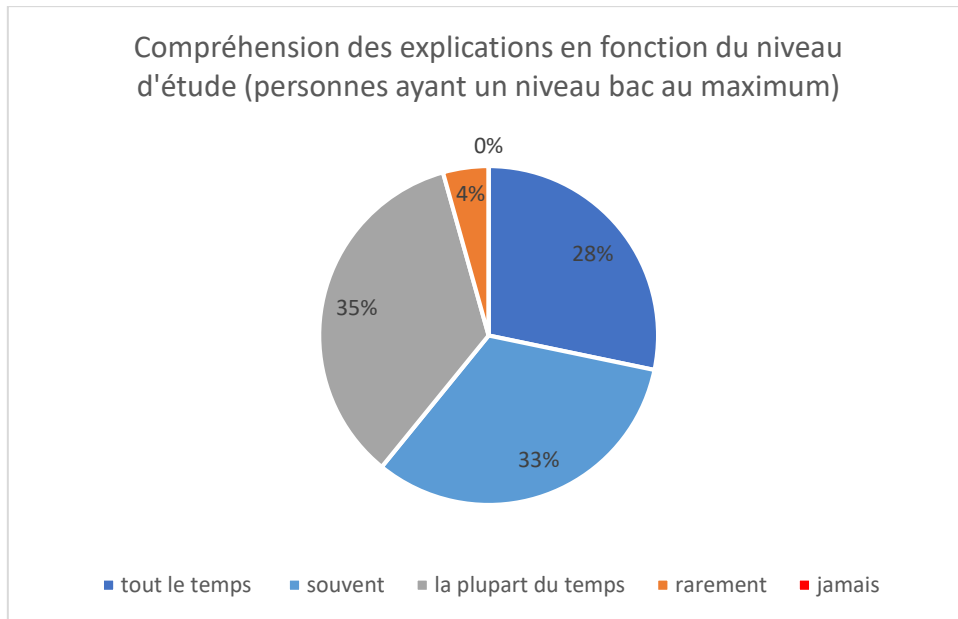


Figure 16 Diagramme à secteur évaluant le niveau de compréhension des explications en fonction du niveau d'étude (personnes ayant un niveau bac au maximum)

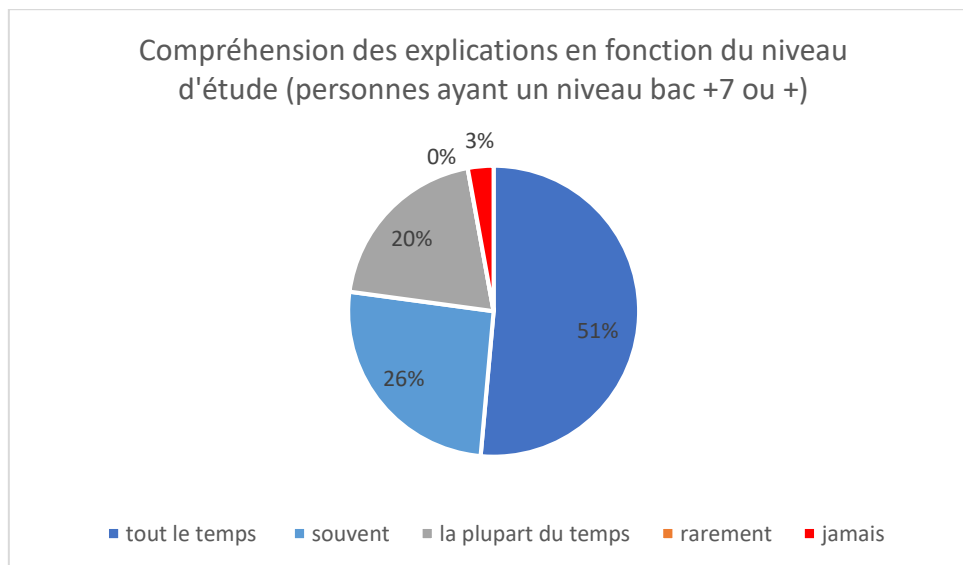


Figure 17 Diagramme à secteur évaluant le niveau de compréhension des explications en fonction du niveau d'étude (personnes ayant un niveau bac +7 ou +)

II.2.4.2 Compréhension en fonction du niveau d'anxiété

Pour rappel 30% des personnes de l'échantillon complet ne comprenaient que « la plupart du temps », « rarement » ou « jamais » les explications du dentistes (figure 11).

Si on isole les patients ayant un niveau d'anxiété ≥ 8 , ce pourcentage monte à 50% (figure 19), si on isole les patients ayant un niveau d'anxiété ≤ 3 , ce pourcentage descend à 18% (figure 20) soit une différence de 32 points.

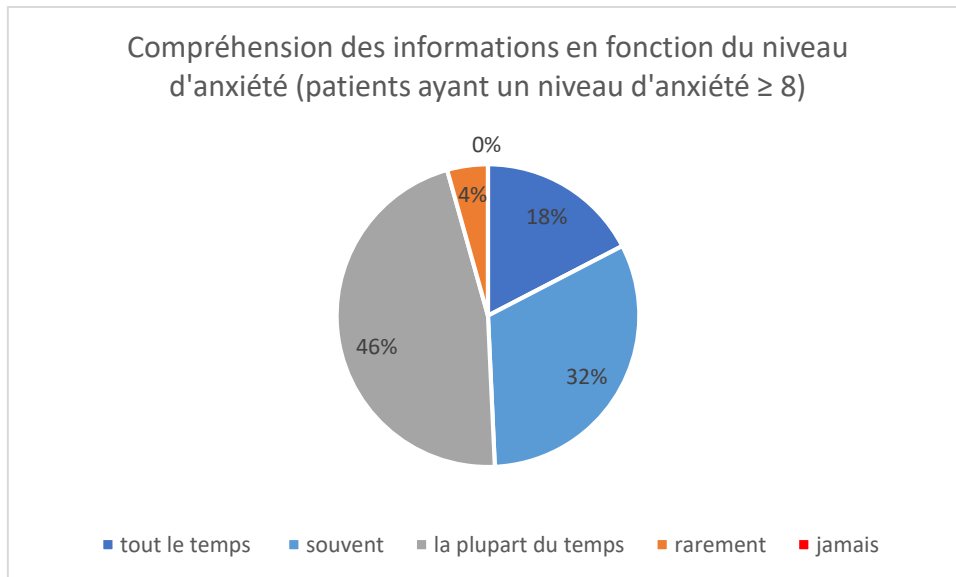


Figure 18 Diagramme à secteur représentant la compréhension en fonction du niveau d'anxiété (patients ayant un niveau d'anxiété ≥ 8)

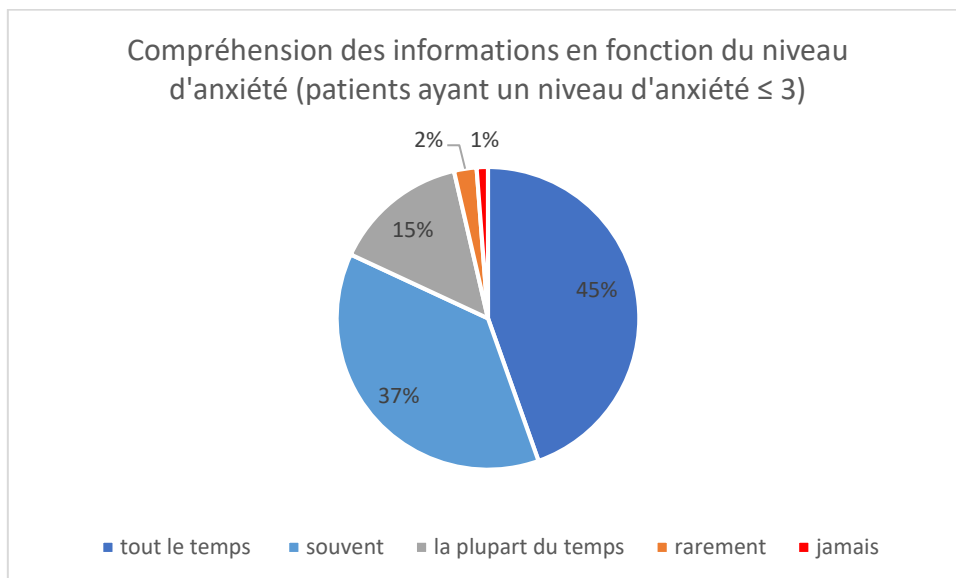


Figure 19 Diagramme à secteur représentant la compréhension en fonction du niveau d'anxiété (patients ayant un niveau d'anxiété ≤ 3)

II.2.4.3 Anxiété en fonction du niveau d'étude

Pour rappel, dans l'échantillon général, la moyenne était de 5.17 (figure 14).

Chez les personnes ayant un niveau bac + 3 ou -, la moyenne monte à 5.53, avec 38% des personnes avec des valeurs ≥ 8 (figure 21)

Chez les personnes ayant un niveau bac + 5 ou +, la moyenne descend à 4.76, avec 24% des personnes avec des valeurs ≥ 8 (figure 22)

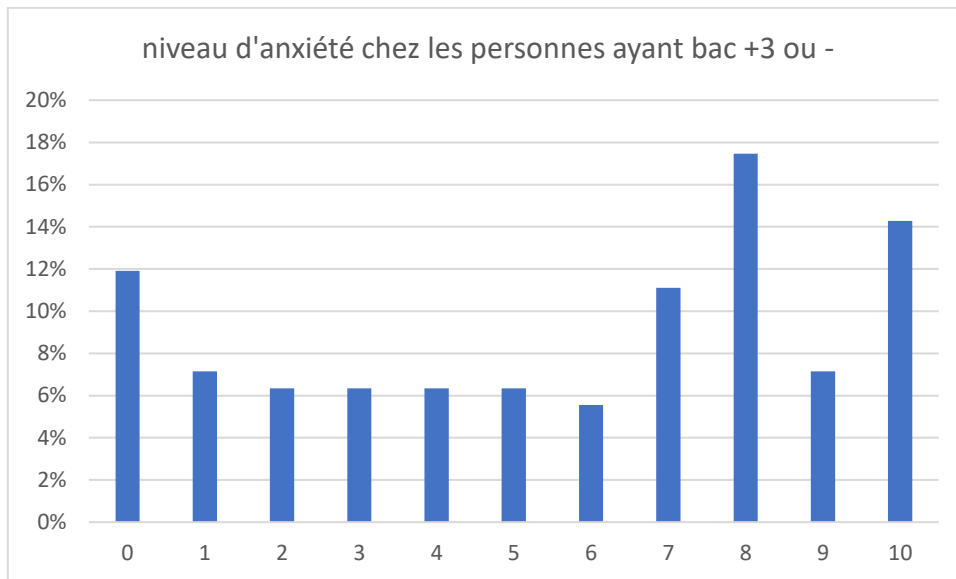


Figure 20 Diagramme en barre montrant le niveau d'anxiété des patients ayant bac +3 ou -

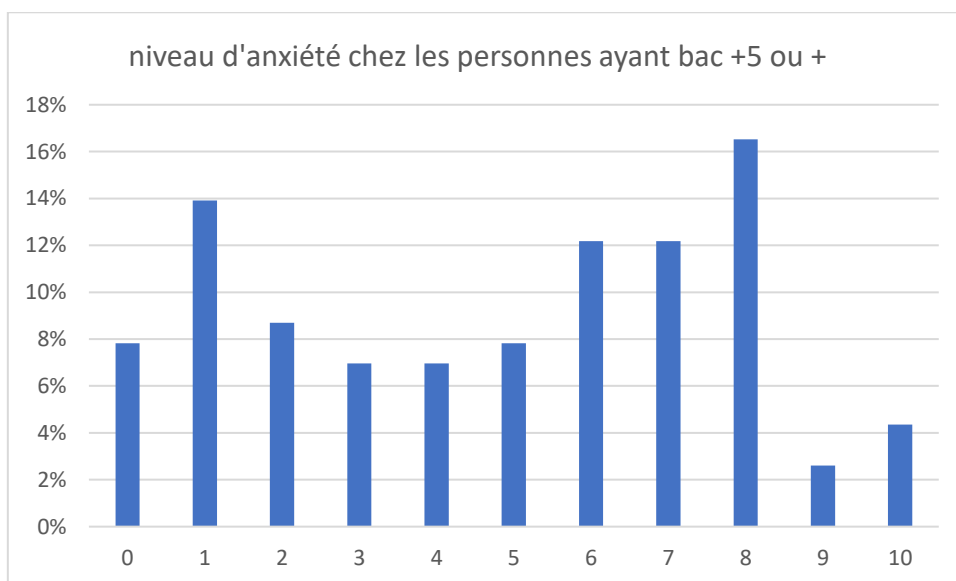


Figure 21 Diagramme en barre montrant le niveau d'anxiété des patients ayant bac +5 ou +

II.2.4.4 Fréquence des visites chez le dentiste en fonction du niveau d'anxiété

Parmi les personnes avec un niveau d'anxiété ≤ 5 , 64% vont chez le dentiste au moins 1 fois par an comme il est recommandé (figure 23).

Parmi les personnes avec un niveau d'anxiété > 5 , 52% vont chez le dentiste au moins 1 fois par an comme il est recommandé (figure 24).

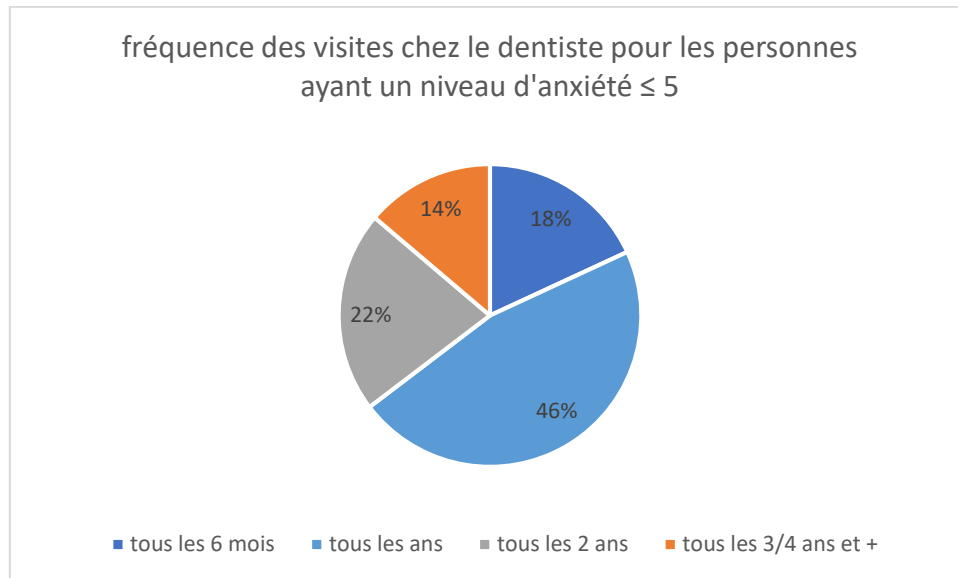


Figure 22 Diagramme en secteur représentant la fréquence des visites chez le dentiste pour les personnes ayant un niveau d'anxiété inférieur ou égal à 5

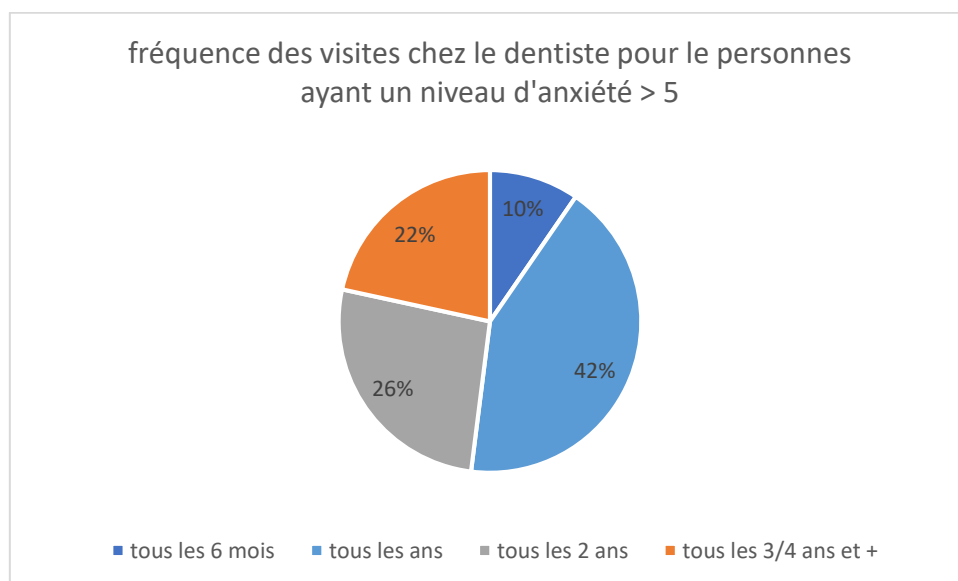


Figure 23 Diagramme en secteur représentant la fréquence des visites chez le dentiste pour les personnes ayant un niveau d'anxiété supérieur à 5

II.2.5 Résultats du quiz

- Combien de dents possède un enfant, un adulte (au maximum) ? réponse attendue 20/32. 79 réponses correctes, soit 32.7%.
- Vous a-t-on déjà fait un détartrage ? 210 oui
 - Parmi ces 210 personnes : à la question « à quoi sert le détartrage ? » 111 réponses correctes, soit 52.8%
- Avez-vous une (ou plusieurs) couronne ? 79 oui
 - Parmi ces 79 personnes : à la question « qu'est-ce qu'une couronne ? » 55 réponses correctes, soit 69.6%
- Expliquez simplement ce qu'est une « dévitalisation » (traitement endodontique) ? Pour quelle raison une dent doit-elle être dévitalisée ? 128 réponses correctes, soit 53.1%
 - Parmi les 79 personnes qui ont une (ou plusieurs) couronnes : 44 réponses correctes, soit 55%
- Avez-vous une question à poser à votre dentiste ? (Question ouverte) 25 personnes ont posé une question, 9 d'entre-elles concernent les tarifs pratiqués en cabinet.

II.3 Discussion

II.3.1 La compréhension avec le dentiste

D'après les résultats du questionnaire, on peut considérer que dans la majorité des cas, le dentiste prend le temps de donner les explications au patient avant d'effectuer les soins (75% figure 10). Cependant 20% des patients estiment avoir des informations moins de 20% du temps (figure 10).

Quand les explications sont transmises, 30% des patients interrogés estiment ne pas les avoir totalement comprises (figure 11), soit près d'1 patient sur 3 ! Pour rappel, les travaux menés par Moreira et al. (4) montrait que la compréhension fluctuait entre 27 et 85% parmi les 19 études incluses. Dans notre étude, 70% des patients estiment comprendre « souvent » ou « tout le temps » les explications du dentiste. Il faut toutefois relever que le processus d'auto-évaluation peut induire un biais et que certains patients pensent avoir compris les informations alors que ce n'est pas le cas.

Parmi les 30% de patients qui n'ont pas compris les informations, 36% ne demanderont rarement voire jamais d'informations supplémentaires (figure 13), soit là encore 1 patient sur 3.

Donc au total environ 1 patient sur 9 parmi les 241 personnes interrogées est allé chez le dentiste, a reçu des soins sans les avoir compris et n'a pas osé demander d'informations supplémentaires.

II.3.2 Anxiété

La peur du dentiste est un réel problème, et ça serait une erreur de le négliger et de prendre les craintes d'un patient à la légère. Comme mentionné dans la première partie, l'anxiété peut altérer la compréhension du patient (16), il est donc important de prendre en compte cet aspect.

Parmi les 241 personnes, ce sont 32% qui estiment leur niveau d'anxiété à une valeur ≥ 8 sur une échelle allant de 0 à 10 (figure 16), soit 1 patient sur 3.

La cause principale d'anxiété évoquée par les patients est la peur de la douleur, la peur des instruments arrive en 2^{ème} position (figure 15).

II.3.3 Fréquences des visites chez le dentiste

Parmi les 241 personnes interrogées, 58% vont chez le dentiste au moins 1 fois par an comme il est recommandé (figure 16). Ce résultat concorde avec une étude de la Commission européenne, dont le rapport a été retranscrit sur le site du Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes :

« La Commission européenne a commandité une étude qui montre qu'[...] en matière de fréquence de consultation, les Européens dans leur ensemble se rendent régulièrement chez le dentiste : 57% ont consulté (pour leurs dents, prothèses dentaires ou gencives) il y a moins d'un an. Les plus nombreux à avoir consulté leur chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois sont plutôt des habitants du Nord de l'Union européenne : Néerlandais (83%), Danois (78%), Allemands et Luxembourgeois (77%). Rappelons ici, que dans certains de ces pays, une visite est imposée tous les ans, voire tous les six mois, afin de continuer à bénéficier d'une couverture sociale pour les dents. » (33)

Nos voisins européens obtiennent de meilleurs résultats que la France. Afin de rattraper notre retard, la prévention doit devenir l'objectif prioritaire et il faut inciter les français à se rendre plus fréquemment chez le dentiste.

II.3.4 Etudes comparatives

Il est intéressant de s'attarder à la compréhension en prenant en compte certains facteurs qui pourraient expliquer les différents résultats

Pour rappel, 30% des patients interrogés estiment ne pas avoir totalement compris les informations données par le dentiste (figure 11)

- Si dans un premier temps, on isole le facteur « niveau d'étude » : le pourcentage monte à 39% pour les patients ayant un niveau baccalauréat au maximum (figure 17), il descend à 23% pour les patients ayant un niveau baccalauréat + 7 (figure 18), soit une différence de 16 points. Ceci pose un problème, très concrètement, soit le mode de transmission des informations ne convient pas, soit les informations sont trop compliquées à comprendre. La différence de résultat en fonction du niveau d'étude pourrait confirmer cette dernière hypothèse. Chaque patient devrait avoir la capacité de comprendre les soins qui lui sont prodigués, le dentiste doit donc faire un effort pour rendre son discours intelligible et à la portée de n'importe qui.

- Si dans un second temps, on isole le facteur « anxiété » : Pour les patients ayant un niveau d'anxiété ≥ 8 , ce pourcentage monte à 50% (figure 19), pour les patients ayant un niveau d'anxiété ≤ 3 , ce pourcentage descend à 18% (figure 20) soit une différence de 32 points. L'anxiété des patients est réelle et peut être une véritable barrière dans le processus de compréhension. Le dentiste et l'équipe soignante se doivent de prendre le temps d'écouter et comprendre les craintes du patient afin d'essayer de le rassurer.

Maintenant voyons l'anxiété en fonction du niveau d'étude : Pour rappel, dans l'échantillon général, la moyenne était de 5.17 (figure 14).

- Chez les personnes ayant un niveau bac + 3 ou -, la moyenne monte à 5.53, avec 38% des personnes avec des valeurs ≥ 8 (figure 21)

- Chez les personnes ayant un niveau bac + 5 ou +, la moyenne descend à 4.76, avec 24% des personnes avec des valeurs ≥ 8 (figure 22)

Ces résultats concordent avec le constat de l'INPES mentionné précédemment (11) concernant l'impact des déterminants sociaux sur l'état de santé de la population.

Enfin voyons l'impact de l'anxiété sur la fréquence des visites chez le dentiste :

- Parmi les personnes avec un niveau d'anxiété ≤ 5 , 64% vont chez le dentiste au moins 1 fois par an comme il est recommandé (figure 23).

- Parmi les personnes avec un niveau d'anxiété > 5, 52% vont chez le dentiste au moins 1 fois par an comme il est recommandé (figure 24).

Une fois de plus, on se rend compte de l'impact de l'anxiété sur les soins d'où la nécessité d'agir comme mentionné précédemment.

II.3.5 Résultats du quiz

Les résultats du quiz sont assez satisfaisants. Le but principal n'était pas d'évaluer le niveau de connaissance général des patients, il n'existe pas de cours dans le programme scolaire français au même titre que les mathématiques ou la SVT. Des intervenants peuvent faire des présentations dans certaines écoles primaires ou collèges mais à titre facultatif.

L'apprentissage se fait donc principalement au cabinet dentaire, et nous avons donc un rôle prépondérant à jouer. Près d'1 personne sur 2 à qui l'on a fait un détartrage ne sait pas expliquer à quoi cela sert. Près d'1 personne sur 2 qui a une dent couronnée ne sait pas expliquer pourquoi leur dent a dû subir un traitement endodontique ou expliquer ce qu'est une couronne. Il y a donc encore des efforts à faire en matière d'apprentissage.

II.4 Conclusion

En conclusion, on remarque que le constat fait dans la littérature est bien réel, même à petite échelle. Il existe un vrai problème de communication avec les patients.

Soit ils ne réussissent pas à retranscrire l'information, soit ils l'ont oublié ou soit l'information a été mal transmise. Nous sommes professionnels de santé, soignants et si nous ne voulons pas être considérés seulement comme des « vendeurs de prothèse qui font mal », nous devons faire un effort en matière de relationnel, l'humain doit être la priorité.

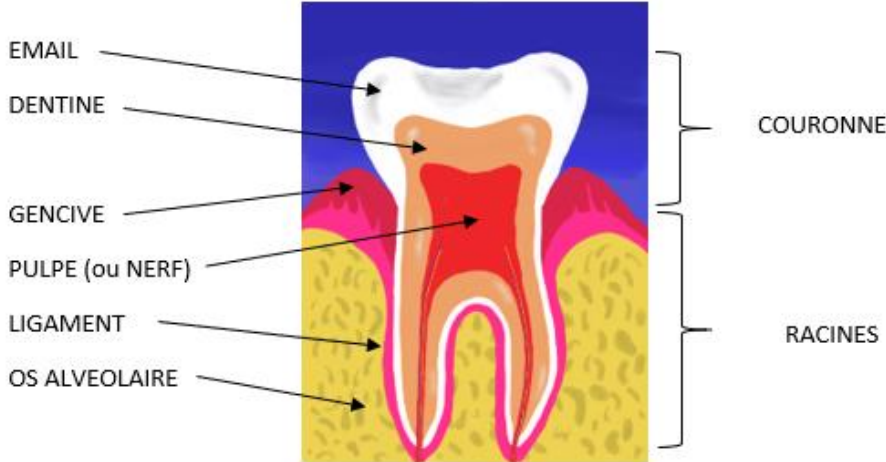
III Fiches explicatives

« Les ouvrages de vulgarisation médicale ne se définissent pas seulement par leur situation intermédiaire entre l'alternative d'une rétention d'un savoir médical, gage de pouvoir, et la propagation d'un savoir simplifié dont le seul critère est l'efficacité ; ils obéissent à des stratégies discursives qui remodelent la ligne de partage entre le divulgué et le tu, la scientificité et ce qui ne l'est pas, parfois même entre le spécialiste et le profane. Elles affectent aussi bien les formes d'organisation du savoir que l'information fournie, qui varie selon qu'il s'agit d'étiologie, de diagnostic, de pronostic ou de thérapeutique. » (34)

III.1 soins

III.1.1 Carie


LA CARIE




The diagram illustrates the anatomy of a tooth and the progression of dental caries. On the left, labels with arrows point to: EMAIL (enamel), DENTINE, GENCIVE (gum), PULPE (ou NERF) (pulp/nerve), LIGAMENT, and OS ALVEOLAIRE (alveolar bone). On the right, brackets group the upper part as COURONNE (crown) and the lower part as RACINES (roots). The central illustration shows a cross-section of a tooth with a carious lesion (brown) starting in the enamel and progressing into the dentine.

Anatomie d'une dent

Il existe 4 stades pour décrire une atteinte carieuse :



I Destruction de l'émail uniquement. À ce stade, la carie est complètement indolore.



II La dentine est agressée. La dentine est une structure tubulaire où des branches du nerf circulent. La dent devient sensible au froid, au chaud, au sucré et à l'acide.



III Atteinte de la pulpe. De violentes douleurs peuvent apparaître, spontanées ou provoquées par le chaud et le froid... C'est la pulpite (plus communément appelée « rage de dent ») !

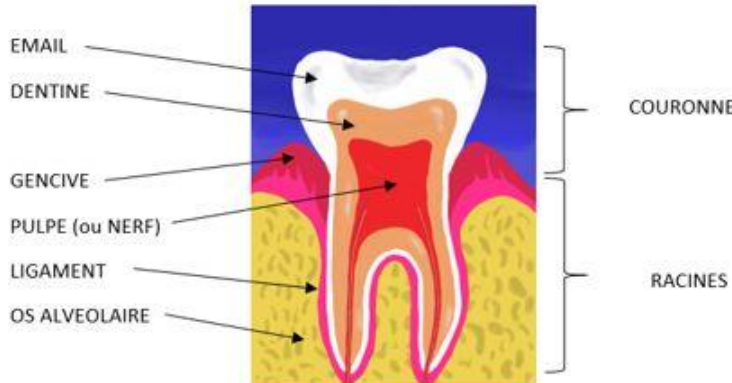


IV Nécrose du nerf de la dent. La prolifération bactérienne peut atteindre les tissus autour de la dent (os, ligament, gencive). La douleur initiale disparaît, mais à plus ou moins long terme, il se formera un abcès, pouvant devenir douloureux du jour au lendemain.

Figure 24 Fiche explicative « La Carie » - illustration de l'auteur

III.1.2 Traitement endodontique

LE TRAITEMENT ENDODONTIQUE



The diagram illustrates the anatomy of a tooth and the progression of endodontic treatment. The top part shows a healthy tooth with labels: EMAIL (enamel), DENTINE, GENCIVE (gingiva), PULPE (ou NERF) (pulp/nerve), LIGAMENT, and OS ALVEOLAIRE (alveolar bone). The crown (COURONNE) and root (RACINES) are also indicated. Below this, two side-by-side diagrams show the tooth after a crown fracture. The left diagram shows the initial state with a dark brown cavity extending into the pulp chamber. The right diagram shows the tooth after root canal treatment, with the pulp chamber and root canal filled with a brown material, representing the filling of the canal system.

Anatomie d'une dent

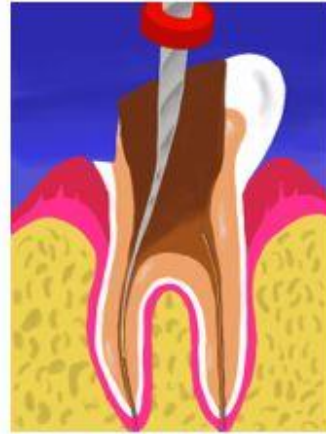
Une dent est un système canalaire, une chambre est présente dans la couronne et des canaux descendent dans les racines de la dent. A l'intérieur de ceux-ci, il y a des terminaisons nerveuses ainsi que des vaisseaux sanguins.

Quand une dent est cariée et que la carie atteint le nerf de la dent, les bactéries peuvent alors rentrer à l'intérieur de la dent. La dent va nécroser et ces bactéries vont ensuite proliférer dans l'os. Une infection va se développer jusqu'à l'apparition d'un abcès qui peut être très douloureux.

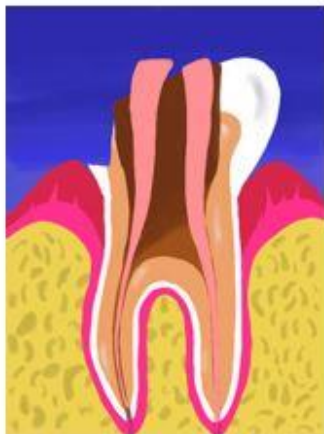
Pour éviter ça, le dentiste va réaliser un traitement endodontique (plus communément appelé « dévitalisation »). Le but est de retirer le nerf et les bactéries dans leur totalité puis de « remplir » le système canalaire avec une pâte stérile.



On commence par ouvrir entièrement la dent afin d'avoir accès aux entrées des racines.



Avec un instrument rotatif, on descend dans les canaux des racines afin de retirer la totalité du nerf. L'instrument est capable de mesurer la longueur exacte de la racine.



Une fois les canaux nettoyés, on y incère des cônes afin de les remplir. Grâce aux mesures préalablement obtenues, les cônes descendent pile au bout de la racine.



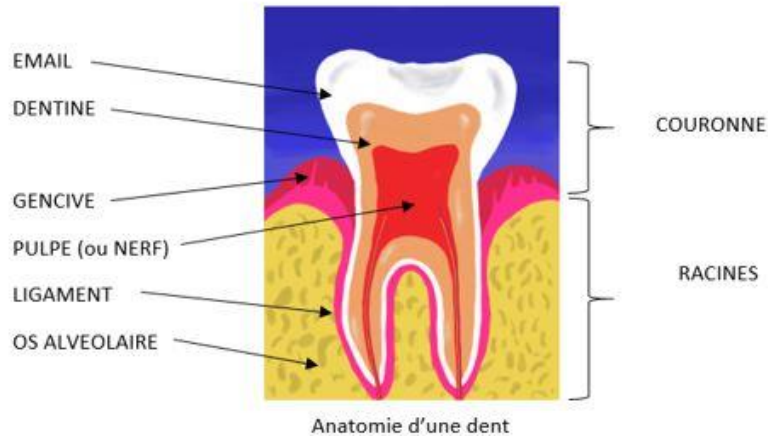
On termine en compactant les cônes. Un pansement provisoire est mis en place en vue de la prochaine séance.

La dent est maintenant dépourvue de nerfs et de vaisseaux sanguins. C'est une dent qui n'est plus nourrie et qui va se déminéraliser. Elle va donc devenir fragile et risque de casser. Pour éviter cela, on va devoir la protéger en faisant une couronne.

Figure 25 Fiche explicative « Le Traitement Endodontique » - illustration de l'auteur

III.2 Parodontologie

LES ATTEINTES PARODONTALES



Le PARODONTE regroupe l'ensemble des tissus de soutien de la dent, avec entre autres : la gencive, le ligament, l'os. On parle de maladie parodontale lorsque l'un ou plusieurs de ces tissus est agressé et perd de son intégrité. Il existe plusieurs stades :



Le premier stade est la GINGIVITE. Quand tout va bien, la gencive est accrochée à l'émail de la dent qui est une surface lisse. Mais quand elle est agressée (le plus souvent par l'accumulation de plaque dentaire, puis par le tartre), la surface devient rugueuse et la gencive va alors s'inflammer. Elle gonfle, devient rouge vif et des saignements peuvent se produire au moment du repas ou pendant le brossage. Parfois les saignements arrivent spontanément.



Si le tartre continue de s'accumuler, alors c'est l'ensemble des tissus de soutien qui est agressé. On parle de PARODONTITE. Dans un premier temps la gencive va commencer à se décoller et à flotter, elle n'a plus de surface lisse sur laquelle se fixer. Puis la gencive va reculer, entraînant avec elle le ligament. A ce stade, l'os commence lui aussi à souffrir et un début de destruction osseuse apparaît.



Au stade suivant, on a une destruction osseuse importante : c'est ce qu'on appelle communément le « déchaussement ». La dent commence à être mobile.



Au stade terminal, la destruction osseuse est majeure, la mobilité est importante et la dent est condamnée. Elle tombera d'elle-même ou sera extraite par le dentiste.

Figure 26 Fiche explicative « Les Atteintes Parodontales » - illustration de l'auteur

III.3 Prothèse

III.3.1 Remplacer les dents manquantes

POURQUOI REMPLACER LES DENTS MANQUANTES ?

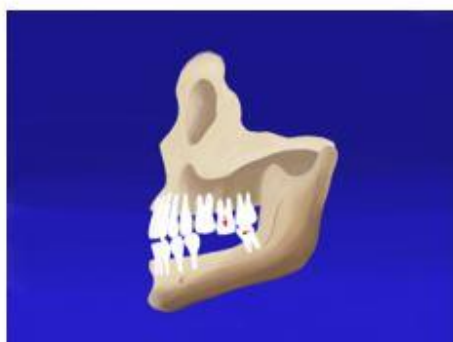


La dentition est un équilibre fragile. Pour maintenir cet équilibre, chaque dent doit être en contact avec l'autre : en contact avec la dent qui la précède, en contact avec la dent qui la suit, mais également en contact avec les dents d'en face.

Ainsi lorsque l'on sert les mâchoires, toutes les dents se touchent en même temps et s'engrènent de manière parfaite, c'est ce que l'on appelle l'OCCLUSION. Mais que se passe-t-il lorsque l'on perd une dent ?



Dans cet exemple, si on perd 2 dents à la mandibule, alors la dent en face au maxillaire n'a plus de contact. Elle va donc chercher ce contact et va commencer à descendre.



La dernière molaire à la mandibule n'a elle aussi plus de contact à l'avant. Elle va commencer à basculer vers l'avant. La molaire maxillaire continue elle à descendre, elle sort progressivement de l'os et commence à être mobile.



Eventuellement, la molaire maxillaire finira par tomber.



Nous avons maintenant un espace en haut également. La première molaire maxillaire va basculer vers l'arrière.



La deuxième prémolaire mandibulaire n'a plus de contact en face, plus de contact vers l'arrière. Elle bascule à son tour.



Eventuellement ces dents devenues mobiles finiront par tomber.

Il n'y a plus de molaire pour broyer la nourriture, les canines et incisives ne sont pas faites pour supporter ces forces de mastication et vont en souffrir.

Figure 27 Fiche explicative « Pourquoi Remplacer Les Dents Manquantes » - illustration de l'auteur

III.3.2 Couronne

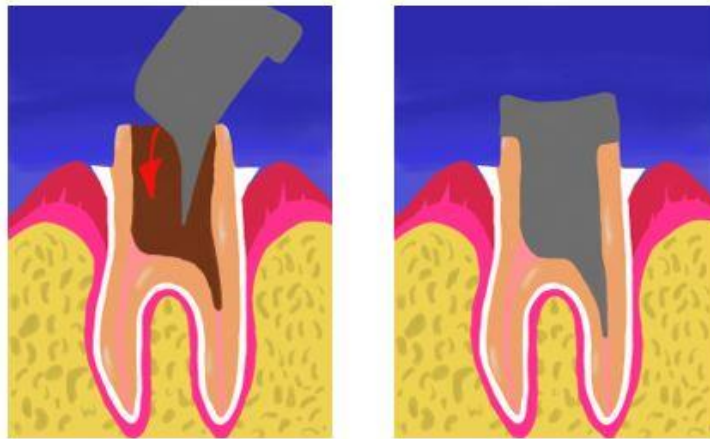
LA COURONNE



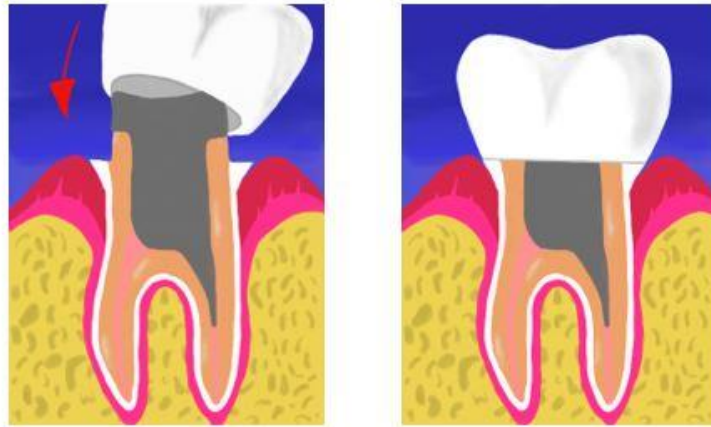
Une dent qui a subi un traitement endodontique est maintenant dépourvue de nerfs et de vaisseaux sanguins. C'est une dent qui n'est plus nourrie et qui va se déminéraliser. Elle va donc devenir fragile et risque de casser. Pour éviter cela, on va devoir la protéger en faisant une couronne.

La couronne va reposer sur les racines de la dent qui lui serviront d'ancrage. Elle va venir entourer les parois restantes de la dent pour ainsi la serrer et éviter qu'elle ne casse.

D'une manière générale, la carie + l'ouverture de la dent (pendant le traitement endodontique) font que les parois restantes ne seront pas assez solides et résistantes pour supporter seules la couronne. On utilise donc une pièce intermédiaire : l'INLAY CORE.



L'inlay core est une pièce métallique qui va venir s'ancrer dans l'une des racines de la dent. Son objectif est de créer un point d'appui suffisant pour accueillir la couronne. Il va renforcer les parois de la dent et en augmenter la hauteur.



La couronne sera ensuite scellée sur l'ensemble inlay core + dent. Elle rétablit la fonction esthétique et la fonction de mastication tout en protégeant ce qu'il reste de la dent.

Figure 28 Fiche explicative « La Couronne » - illustration de l'auteur

III.3.3 Bridge

LE BRIDGE



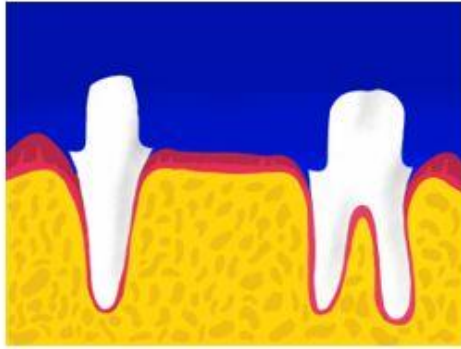
Quand une dent est fracturée et que le trait de fracture est en dessous du niveau osseux, la dent n'est malheureusement pas conservable. Il va donc falloir l'extraire. Mais comment la remplacer ? Une des solutions envisageables est le bridge. Le bridge (« pont » en anglais) est, comme son nom l'indique, un « pont » qui va d'une dent à l'autre.



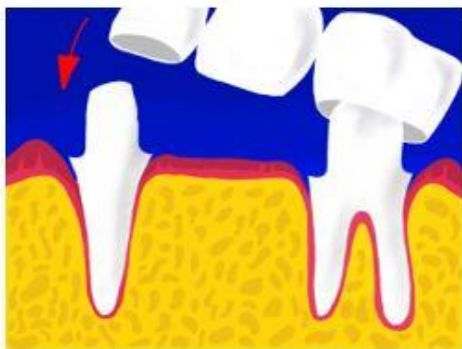
Une fois la dent extraite, il faut attendre la cicatrisation de la gencive (entre 2 et 3 semaines) et de l'os (jusqu'à 3 mois)



Aspect de la gencive et de l'os après cicatrisation



Pour s'appuyer sur les dents, il faut les préparer. Pour cela, on les détoure afin qu'elle puisse accueillir une couronne. Les dents qui supportent le bridge sont appelées « piliers », elles peuvent être vivantes ou non.



Le bridge vient se poser sur les dents piliers. Une couronne intermédiaire appelée « inter » vient remplacer la dent manquante.

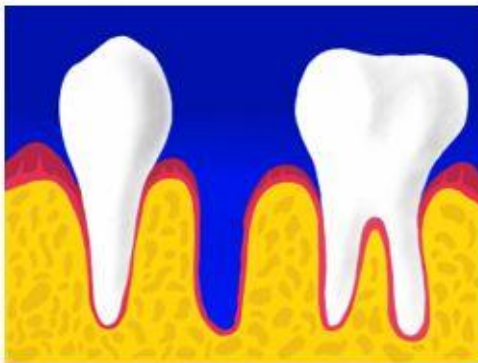
Figure 29 Fiche explicative « Le Bridge » - illustration de l'auteur

III.3.4 Implant

L'IMPLANT



Quand une dent est fracturée et que le trait de fracture est en dessous du niveau osseux, la dent n'est malheureusement pas conservable. Il va donc falloir l'extraire. Mais comment la remplacer ? Une des solutions envisageables est l'implant. L'implant, c'est une vis (généralement en alliage de titane), qui va venir remplacer la racine de la dent extraite

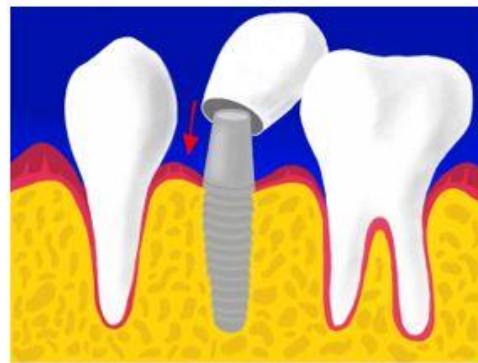


Une fois la dent extraite, en fonction du cas, 2 possibilités s'offrent à nous :

- L'implantation immédiate : On vient placer l'implant dans l'alvéole laissée vide par la dent. L'extraction et l'implantation se font donc dans la même séance.
- On attend la cicatrisation osseuse (jusqu'à 3 mois) et on pose l'implant une fois l'os consolidé.



L'implant est posé. Une vis de cicatrisation vient coiffer l'implant et on attend 3 mois l'ostéointégration de ce dernier (l'os va venir s'accrocher à l'implant pour le stabiliser).



Une pièce intermédiaire appelée « pilier » est vissée à l'implant et servira à accueillir la couronne



La couronne est ensuite posée sur le pilier (elle est soit vissée, soit scellée au pilier) et vient remplacer la dent manquante.

Figure 30 Fiche explicative « L'Implant » - illustration de l'auteur

IV Conclusion

En conclusion, nous pouvons considérer que la demande d'information et de compréhension des patients est bien réelle. Même si des efforts sont faits en ce sens par les institutions et les professionnels de santé, il semble que le résultat ne soit pas encore là.

La France fait partie des bons élèves à l'échelle européenne concernant la santé bucco-dentaire de ses citoyens mais a encore du chemin à faire pour rattraper les leaders dans le domaine, notamment les pays scandinaves.

En tant que chirurgiens-dentistes, nous sommes en première ligne et c'est à nous que revient la responsabilité de répondre aux attentes des patients.

Bibliographie

1. Code de la santé publique - Article L1111-2. Code de la santé publique.
2. Code de déontologie des Chirurgiens - Dentistes. Aug 8, 2004.
3. Falagas ME, Korbila I, Giannopoulou K, Kondilis B, Peppas G. Informed consent: How much and what do patients understand? *Am J Surg*. 2009 Oct;
4. Moreira NCF, Pachêco-Pereira C, Keenan L, Cummings G, Flores-Mir C. Informed consent comprehension and recollection in adult dental patients: A systematic review. *J Am Dent Assoc*. 2016 Aug;147(8):605-619.e7.
5. Shigli K, Awinashe V. Patient-Dentist Communication: An Adjunct to Successful Complete Denture Treatment. *J Prosthodont*. 2010 Aug 1;19(6):491–3.
6. Armfield J, Spencer A, Stewart J. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Aust Dent J*. 2006 Mar 1;51(1):78–85.
7. Bourassa, Maurice. Manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire. 2008.
8. Yildirim TT. Evaluating the Relationship of Dental Fear with Dental Health Status and Awareness. *J Clin Diagn Res JCDR*. 2016 Jul;10(7):ZC105–9.
9. Adam Philippe, Herzlich Claudine. Sociologie de la maladie et de la médecine. 1994.
10. LECLERC A, FASSIN D, GRANJEAN H, KAMINSKI M, LANG T. Les inégalités sociales de santé. *La Découverte*; 2010. 451 p.
11. Potvin L, Moquet M-J, Jones CM, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis, France: INPES éditions; 2010.
12. Hunter EJ. Wartime stress: Family adjustment to loss [Internet]. UNITED STATES INTERNATIONAL UNIV SAN DIEGO CA SCHOOL OF HUMAN BEHAVIOR; 1981 [cited 2017 Oct 8]. Available from: <http://www.dtic.mil/docs/citations/ADA104428>
13. Bohl, Jean-Baptiste, Pirnay, Philippe. La peur du dentiste. 2016.
14. Amzalag A. Code de la relation dentiste-patient. masson; 2007.
15. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*. 2007;7:1.
16. Eli I, Schwartz-Arad D, Bartal Y. Anxiety and ability to recognize clinical information in dentistry. *J Dent Res*. 2008;(87):65–8.
17. Lehrner, J., Eckersberger, C., Walla, P., Pötsch, G., Deecke, L. Ambient odor of orange in a dental office reduces anxiety and improves mood in female patients. *Psycholgy Behav*. 2000;(71):83–6.
18. Hole J, Hirsch M, Ball E, Meads C. Music as an aid for postoperative recovery in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2015;386(10004):1659–1671.

19. Vernet-Maury, E., Robin, O., Vinard, H. Analgesic property of white noise: an experimental study. *Funct Neurol.* 1988 Jan 4;(3):157–66.
20. Beck, AM, Katcher, A. *Between pets and people.* Purdue University Press; 1996.
21. Irsa, A. *Guide de l'assistante dentaire.* CdP. 2015. (guide clinique).
22. Charon, J. *Relation humaine et communication au cabinet dentaire.* CdP. 2014. (memento).
23. Eyler LT, Jeste DV. Enhancing the informed consent process: a conceptual overview. *Behav Sci Law.* 2006 Jul;24(4):553–68.
24. Choi S-H, Won J-H, Cha J-Y, Hwang C-J. Effect of Audiovisual Treatment Information on Relieving Anxiety in Patients Undergoing Impacted Mandibular Third Molar Removal. *J Oral Maxillofac Surg.* 2015 Nov;73(11):2087–92.
25. Ader DN, Seibring AR, Bhaskar P, Melamed BG. Information seeking and interactive videodisc preparation for third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg.* 1992 Jan;50(1):27–31.
26. O'Neill P, Humphris GM, Field EA. The use of an information leaflet for patients undergoing wisdom tooth removal. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1996 Aug;34(4):331–4.
27. Johnson, B R, Schwartz-Arad, D, Goldberg, J, Koerber, A. A chairside aid for shared decision making in dentistry: A randomized controlled trial. *J Dent Educ.* 2006;70:133–41.
28. Hu J, Yu H, Shao J, Li Z, Wang J, Wang Y. An evaluation of the Dental 3D Multimedia System on dentist-patient interactions: a report from China. *Int J Med Inf.* 2008 Oct;77(10):670–8.
29. Kupke J, Wicht MJ, Stützer H, Derman SHM, Lichtenstein NV, Noack MJ. Does the use of a visualised decision board by undergraduate students during shared decision-making enhance patients' knowledge and satisfaction? - A randomised controlled trial. *Eur J Dent Educ.* 2013 Feb;17(1):19–25.
30. Flett, A., Hall, M, McCarthy, C, Marshman, Z, Benson, P. Does the British Orthodontic Society orthognathic DVD aid a prospective patient's decision making? A qualitative study. *J Orthod.* 2014;41:88–97.
31. Kazancioglu HO, Tek M, Ezirganli S, Demirtas N. Does watching a video on third molar surgery increase patients' anxiety level? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2015 Mar;119(3):272–7.
32. Torres-Lagares D, Heras-Meseguer M, Azcarate-Velazquez F, Hita-Iglesias P, Ruiz-de-Leon-Hernandez G, Hernandez-Pacheco E, et al. The effects of informed consent format on preoperative anxiety in patients undergoing inferior third molar surgery. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal.* 2014;e270–3.
33. La bonne santé bucco-dentaire des Européens http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/europe/toute-lactualite-europeenne/detail-de-toute-lactualite-europeenne.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=217&cHash=9f3da89da98225618c75bd9e2b147d2d. 2010 Apr.

34. Rey R. La vulgarisation médicale au XVIIIe siècle : le cas des dictionnaires portatifs de santé. *Rev Hist Sci.* 1991;44(3-4):413-33.

COTTIN Baptiste – La relation patient/praticien, la compréhension des soins – guide pratique destiné aux patients

N°2018 LYO 1D 063

Depuis quelques décennies, une évolution importante dans le domaine médical a eu lieu concernant la prise de décision pour les soins d'un patient. Ce n'est plus le médecin qui choisit pour son patient, le processus de décision se fait avec lui.

Cependant, le constat fait par un bon nombre de dentistes est le suivant : « je suis obligé de réexpliquer les soins régulièrement parce que le patient est perdu, il ne comprend ou ne retient que trop peu d'informations. ».

Au cours de cette thèse, nous avons dans une première partie, à travers une étude de documents, établi un constat de la non-compréhension des soins ainsi que l'appréhension de certains patients à rendre visite à leur dentiste.

Dans un second temps, nous avons élaboré un questionnaire simple qui est remis au patient lors de sa première visite. Il a pour but, premièrement, d'avoir une idée plus précise de ce que sont les attentes du patient vis-à-vis de sa relation avec son dentiste et, deuxièmement, d'évaluer les connaissances de bases concernant la santé bucco-dentaire et quelques soins courants réalisés en cabinet.

Pour terminer, et afin de répondre à leur demande de compréhension, des exemples de fiches explicatives didactiques seront présentés. L'objectif étant de transmettre l'information de manière simple et concise.

Mots clés :

- Compréhension des soins
- Peur / anxiété
- fiches explicatives

Jury :

Présidente :
Assesseurs :

Madame la Professeure SEUX Dominique
Monsieur le Docteur JEANNIN Christophe
Monsieur le Docteur VILLAT Cyril
Monsieur le Docteur LAFOREST Laurent

Adresse de l'auteur :

COTTIN Baptiste
35 Rue Volney
69008 Lyon