

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 1

U.F.R D'ODONTOLOGIE

Année 2016

Thèse n°2016 LYO 1D 011

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 6 Juillet 2016

Par

Valentin HERVE

Né le 15 Janvier 1991 à Valence (26)

LES ORIGINES DE LA PEUR DU CHIRURGIEN-DENTISTE :
UNE APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Christophe MAURIN

Président

Monsieur le Docteur Arnaud LAFON

Assesseur

Monsieur le Docteur François VIRARD

Assesseur

Madame la Docteur Céline CAO

Assesseur

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. J. ETIENNE
Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux	Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON
Faculté d'Odontologie	Directeur : M. le Professeur D. BOURGEOIS
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	:	M. Denis BOURGEOIS, Professeur des Universités
Vice-Doyen	:	Mme Dominique SEUX, Professeure des Universités
Vice-Doyen	:	M. Stéphane VIENNOT, Maître de Conférences
Vice-Doyen	:	Mlle DARNE Juliette

SOUS-SECTION 56-01: PEDODONTIE

Professeur des Universités :	<u>M. Jean-Jacques MORRIER</u>
Maître de Conférences :	M. Jean-Pierre DUPREZ

SOUS-SECTION 56-02 : ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences :	Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY, <u>Mme Claire PERNIER</u> ,
--------------------------	---

SOUS-SECTION 56-03 : PREVENTION - EPIDEMIOLOGIE ECONOMIE DE LA SANTE - ODONTOLOGIE LEGALE

Professeur des Universités	M. Denis BOURGEOIS
Professeur des Universités Associé :	M. Juan Carlos LLODRA CALVO
Maître de Conférences	<u>M. Bruno COMTE</u>

SOUS-SECTION 57-01 : PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences :	Mme Kerstin GRITSCH, <u>M. Philippe RODIER</u> ,
--------------------------	--

SOUS-SECTION 57-02 : CHIRURGIE BUCCALE - PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION

Maîtres de Conférences :	Mme Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD, <u>M. Thomas FORTIN</u> , M. Jean-Pierre FUSARI, M. Arnaud LAFON
--------------------------	---

SOUS-SECTION 57-03 : SCIENCES BIOLOGIQUES

Professeur des Universités :	<u>M. J. Christophe FARGES</u>
Maîtres de Conférences :	Mme Béatrice RICHARD, Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE, M. François VIRARD

SOUS-SECTION 58-01 : ODONTOLOGIE CONSERVATRICE - ENDODONTIE

Professeurs des Universités :	M. Pierre FARGE, <u>M. Jean-Christophe MAURIN</u> , Mme Dominique SEUX
Maîtres de Conférences :	Mme Marion LUCCHINI, M. Thierry SELLI, M. Cyril VILLAT

SOUS-SECTION 58-02 : PROTHESE

Professeurs des Universités :	M. Guillaume MALQUARTI, Mme Catherine MILLET
Maîtres de Conférences :	M. Christophe JEANNIN, M. Renaud NOHARET, <u>M. Gilbert VIGUIE</u> , M. Stéphane VIENNOT

SOUS-SECTION 58-03 : SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES OCCLUSODONTIQUES, BIOMATERIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE

Professeurs des Universités :	Mme Brigitte GROSGOGEAT, <u>M. Olivier ROBIN</u>
Maîtres de Conférences :	M. Patrick EXBRAYAT, Mme Sophie VEYRE-GOULET

SECTION 87 : SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES

Maître de Conférences	Mme Florence CARROUEL
-----------------------	-----------------------

Sommaire

Introduction	1
1. Les origines de la peur du chirurgien-dentiste	3
1.1 La psychologie du comportement	3
1.1.1 Principe.....	3
1.1.2 Concepts de base	4
1.1.3 Apprentissage de la peur	5
1.1.3.1 L'apprentissage progressif	5
1.1.3.2 L'apprentissage par modèle	5
1.2 Pourquoi avoir peur ?	6
1.2.1 La perception du cabinet.....	6
1.2.1.1 Les influences.....	6
1.2.2 La motivation des patients.....	8
1.3 Les Manifestations de la Peur	9
1.3.1 La peur et l'anxiété.....	9
1.3.2 Diagnostic de l'anxiété	9
1.3.3 Les Malaises Emotionnels	10
1.3.3.1 Le malaise vagal	10
1.3.3.2 L'hyper Ventilation.....	11
2. Rôle de la douleur dans la peur du chirurgien-dentiste	13
2.1 Les origines de la douleur.....	13
2.2 La Maitrise de la douleur des Soins.....	14
2.2.1 Moyens Médicamenteux	14
2.2.1.1 La prévention de la douleur.....	14
2.2.1.2 La maitrise de la douleur	14
2.2.1.3 Contrôle de la douleur post opératoire.....	15
2.2.2 Moyens non Médicamenteux	15

2.3 Ouverture à la sophrologie.....	16
2.3.1 La relaxation	16
2.3.2 L'hypnose	17
3.1 Définition de la communication	18
3.1.1 Communication Verbale.....	18
3.1.2 Communication non verbale.....	19
3.2 Pourquoi bien communiquer	19
3.3 Comment bien communiquer	19
3.3.1 Emettre correctement un message	20
3.3.2 Recevoir le message	20
3.3.3 Les facteurs qui influencent cette communication.....	21
3.4 Application des principes de communication en odontologie.....	21
3.4.1 Comment mettre en confiance le patient.....	21
3.4.1.1 Connaitre le patient	22
3.4.1.2 Connaissance de soi	22
3.4.1.3 L'attention portée au patient	22
3.4.1.4 Soigner son langage corporel	23
3.4.1.5 L'importance de la première consultation	24
3.4.2 Le bon déroulement de la consultation	24
3.4.2.1 L'écoute du patient.....	25
3.4.2.3 L'action.....	28
4. Prise en charge sur terrains anxieux.....	30
4.1 Soigner un enfant	30
4.1.1 Les premiers contacts	30
4.1.1.1 Au Cabinet.....	31
4.1.1.2 Ses premières consultations	31
4.1.1.3 Comment parler avec un enfant.....	31

4.1.1.4 Faire découvrir les instruments	32
4.1.1.5 introduire progressivement l'anesthésie.....	32
4.1.2 La collaboration avec les parents.....	33
4.1.2.1 La présence des parents lors des soins.....	33
4.1.3 En fonction de son âge	34
4.1.3.1 Naissance et développement de l'anxiété chez l'enfant.....	34
4.1.3.2 Jusqu'à 2 ans	35
4.1.3.3 De 2 à 6 ans.....	35
4.1.3.4 De 6 à 9 ans.....	35
4.1.3.5 De 9 à 12 ans.....	36
4.1.3.6 L'adolescence.....	36
4.2 Soigner un patient Age	37
4.2.1 Comprendre ses conditions de vie.....	37
4.2.2 Adapter son approche.....	38
4.3 Soigner un patient aux antécédents médicaux lourds.....	39
4.3.1 Soigner un patient gravement malade	40
4.3.2 Soigner un patient atteint de problèmes psychiatriques	40
4.4 Soigner un patient en situation de handicap	41
4.4.1 Le handicap mental	42
4.4.1.1 Adapter son approche	42
4.4.2 Les handicaps physiques	43
4.4.2.1 Le Handicap Moteur	43
4.4.2.2 La surdité.....	44
4.4.2.3 La cécité	45
4.5 Gérer un patient agressif.....	45
Conclusion	47
Bibliographie.....	48

Introduction

Le but de cette thèse est d'étudier et comprendre l'origine psychologique de la peur du Chirurgien-dentiste, et de proposer un outil pour y faire face au quotidien.

Une peur est une émotion ressentie généralement en présence ou dans la perspective d'un danger ou d'une menace que le patient cherche par réflexe à fuir.¹ La peur est pénible, mais elle ne déclenche pas d'attaques de panique, et pourra être surmontée. Elle peut s'accompagner d'anxiété ou d'angoisse, selon le degré d'appréhension que le patient aura à l'idée qu'il devra être confronté dans un futur plus ou moins proche, à cette peur.² La phobie, quant à elle, est une peur démesurée et irrationnelle, d'un objet ou d'une situation précise, que le patient n'arrive pas à contrôler par sa volonté.³ Elle se développe sur un terrain anxieux, et se nourrit de mauvaises expériences et événements traumatisants, jusqu'à ne plus devenir contrôlable. La phobie est bien plus qu'une peur, c'est un véritable trouble anxieux.⁴

Pour environ un tiers des patients, l'origine de cette peur se situerait lors de l'enfance, et serait due à des expériences vécues comme traumatisantes au sein du cabinet dentaire.⁵ Un autre tiers des personnes interrogées situerait cette origine dans les récits angoissants rapportés par d'autres, leurs proches, souvent leurs propres parents. Pour presque la moitié des patients, la peur de la douleur serait la raison principale de leurs peurs, bien que les traitements se passent aujourd'hui sans douleur. La peur des piqûres est aussi un motif qui est majoritairement cité par les patients, bien que l'anesthésie permette justement de diminuer les douleurs subies pendant les soins. La peur d'être soumis à quelqu'un, allongé sur le fauteuil et sans défense, la peur de donner sa confiance à un inconnu joue aussi un rôle. Les réflexes nauséeux survenant lors de soins, le patient craignant d'avoir des « haut-le-cœur » pendant le traitement. La bouche est, de plus, une partie intime de l'être humain dans laquelle le Chirurgien-dentiste pénètre avec ses instruments. Enfin, le cabinet est conditionné par une multitude de sensations, comme le bruit de la turbine, l'odeur d'eugénol, la vision de la blouse blanche, les instruments, tous ces emblèmes, qui viennent amplifier l'anxiété des patients prédisposés, dont ils assimileraient le souvenir, hors du cabinet.

En se questionnant sur comment l'homme apprend et assimile un comportement, cette thèse cherchera à élucider l'apprentissage du comportement de peur et de fuite du

Chirurgien-dentiste par nos patients, afin de mieux la comprendre, et de tenter d'y apporter une solution. Ce travail s'intéressera dans un second temps, à la peur, raison première citée par les patients.⁴ Enfin, cette thèse tentera d'apporter une ouverture d'esprit à la vision purement scientifique et médicale de l'exercice de l'Odontologie, celle de la valeur humaine et relationnelle des rapports entretenus avec le patient, par la communication. Bien que souvent délaissé, ce côté relationnel est un atout majeur, tant dans les rapports élaborés avec le patient, et donc pour le confort de l'exercice du Chirurgien-dentiste, du patient, que dans le succès de ses traitements.

Cette thèse s'intéressera donc à l'étude psychologique et comportementale des craintes et peurs des patients, afin de savoir comment les gérer, par de simples méthodes de bienveillance et de savoir vivre.

1. Les origines de la peur du chirurgien-dentiste

Cette partie a pour but d'élucider l'origine psychologique de la peur du Chirurgien-dentiste. En prenant le parti d'associer la peur à un comportement, celui de défense, face à un danger, cette partie cherchera à expliquer le possible développement de la phobie, en s'intéressant à l'apprentissage inconscient des comportements du patient.

1.1 La psychologie du comportement

La psychologie du comportement étudie l'origine de celui-ci en tant que réaction réflexe d'un individu face à son environnement, à sa volonté d'intégration en son sein, et à l'assouvissement de ses besoins. ⁶

La peur peut être interprétée comme un comportement de fuite, face à un danger. Appliquée à la prise en charge du patient craintif, cette science du comportement se propose d'apporter une réflexion sur l'origine de ces peurs, en tant que comportement.⁷ Elle tente aussi d'en apporter une solution, en tentant d'encadrer ces peurs, dans le but de mieux soigner ses patients. L'environnement du cabinet et de la profession est source de peur et de craintes, que certains patients analysent comme potentiellement dangereux, et adoptent de manière réflexe un comportement de fuite. En comprenant son origine et son développement, elle a pour vocation d'orienter et de modifier certains comportements par l'éducation.

Elle est donc très utile pour le praticien, désireux de réduire au maximum l'anxiété de son patient, afin de maximiser les chances de succès de ses traitements. Elle est aussi utile pour le patient, cherchant calme et tranquillité. Le praticien pourra être amené à conseiller à celui-ci d'entamer une psychanalyse dans le cas où ces troubles du comportement sont liés à un traumatisme plus profond.

1.1.1 Principe

La consultation chez le Chirurgien-dentiste est souvent génératrice de peur et d'anxiété, car il s'agit d'un traitement médical qui peut comporter des gestes douloureux, ou tout du moins d'inconfort.⁸⁻⁹ Cette crainte est donc ainsi attendue, mais peut-être utilisée, car elle peut inciter le patient à voir régulièrement le Chirurgien-dentiste et à

adopter de meilleures habitudes d'hygiène dentaire, pour éviter cette dernière. Cependant, l'anxiété jointe à la peur du Chirurgien-dentiste peut entraîner de véritables phobies, surtout chez l'enfant.¹⁰⁻¹¹

Comme il a été introduit, à cause d'une mauvaise expérience passée, un enfant, ou un adulte, peut en venir à développer des peurs exagérées et adopter un comportement défensif, pouvant même faire échouer une intervention, et entretenir un cercle vicieux de mauvaises expériences. Il est donc crucial de comprendre ces angoisses, et de les vaincre. La clef du succès repose essentiellement sur la coopération du patient, désireux de vaincre ses peurs d'une part, et la volonté du Chirurgien-dentiste d'accompagner son patient dans ce combat. D'autre part elle s'appuie sur une meilleure communication et des relations satisfaisantes avec son praticien.¹²

1.1.2 Concepts de base

L'analyse du comportement utilise un vocabulaire spécifique.¹³ Ainsi, on parle de stimulus comme tout changement que subit l'organisme et qui est susceptible d'entraîner une conduite, une réaction, et de réponse comme étant l'action déclenchée par celui-ci, par exemple la peur, ou l'anxiété. Elle se distingue du réflexe en ce sens que ce dernier est automatique, alors que la réponse a une composante intentionnelle, elle est donc voulue. Le renforcement quant à lui, est un comportement qui module la fréquence d'apparition d'un stimulus. Il peut être positif, par encouragement, en augmentant sa fréquence d'apparition, ou négatif, par punition, en le réduisant. Un comportement est ainsi vu comme l'action d'un organisme sur son environnement, en ce sens que l'individu changera de comportement suite à des conditions particulières, ou pour le modifier. Le concept d'apprentissage ajoute une notion d'expérience à celle de conditionnement.

Il est donc ainsi intéressant d'analyser la peur comme une réponse à un stimulus qu'est le soin dentaire, renforcé positivement par la crainte de la douleur. Cette dernière induit un comportement défensif, de fuite ou de volonté d'évitement.

Enfin, ce comportement est conditionné par la peur du soin et de l'environnement du cabinet, paru comme hostile, et sous l'apprentissage de mauvaises expériences passées ou les on-dit sur la profession de Chirurgien-dentiste.

1.1.3 Apprentissage de la peur

La recherche de la nature et l'origine des comportements adoptés par les patients est fondamentale pour la comprendre, la prévenir. L'apprentissage d'un comportement peut se faire selon deux modèles, de manière progressive, par façonnement, ou par imitation d'un modèle, par modelage.¹⁴

1.1.3.1 L'apprentissage progressif

Les comportements inculqués à tout être sont acquis de façon progressive et par étape, comme l'apprentissage d'une langue, de la grammaire, ou des compétences manuelles.¹⁵ Ils sont façonnés par renforcements successifs, et par ébauches d'apprentissage, en encourageant son progrès, et en supprimant les erreurs et approximations du comportement souhaité.

C'est donc par apprentissage progressif et successif de mauvaises expériences ou d'a priori que nous apprenons à avoir peur du Chirurgien-dentiste. A l'inverse, c'est progressivement que le praticien peut réapprendre à un patient, en le mettant en confiance, à vaincre ses peurs et a priori du monde du Chirurgien-dentiste, ou par exemple, en faisant découvrir successivement à un enfant, le monde du cabinet. L'apprentissage de données et d'images apaisantes de la profession doit donc faire partie de l'arsenal thérapeutique du Chirurgien-dentiste, dans le traitement de patient ayant eu de mauvaises expériences.

1.1.3.2 L'apprentissage par modèle

Nous apprenons aussi en nous calquant sur des principes et modèles socio culturels, en observant le comportement d'un personnage, de nos parents, de nos amis, et en modifiant à son tour son comportement.¹⁵⁻¹⁶ Le patient sera en ce sens influencé et développera des comportements qui sont communs à son entourage, comme la crainte populaire du Chirurgien-dentiste, et rechignera les autres.

A l'inverse, le praticien pourra ré apprendre à ses patients à ne plus avoir peur en leur montrant des modèles qui n'ont pas peur, un parent soigné, un ami présent, et en encourageant ces derniers à leur en parler.

1.2 Pourquoi avoir peur ?

L'origine des comportements et l'apprentissage de la peur ont été établis, ce paragraphe a pour but d'étudier les raisons qui poussent les patients à avoir peur. Les patients sont donc influencés par la perception qu'ils ont de leur environnement, potentiellement perçu comme dangereux, ainsi que la motivation qui vont les pousser, ou non, à la surmonter.¹⁷⁻¹⁸

Trouver la clé de la motivation qui a poussé le patient à consulter, c'est découvrir la raison qui l'a conduit au cabinet, cibler ses attentes, et surtout lui donner les arguments qui le convaincront qu'il est ici pour son bien, et lui montrer que le praticien est là pour lui, et ainsi le mettre en confiance.

1.2.1 La perception du cabinet

Une grande variété de sensations lumineuses, sonores, physiques, sont présentes au quotidien, ou à l'occasion d'un passage au cabinet dentaire. Ces données sensorielles sont analysées et donc interprétées pour y donner un sens, propre à l'individu et à sa vision du monde.¹⁷ La perception du cabinet est donc l'interprétation de sensations données par les organes sensoriels, et conditionnée par l'expérience du patient.¹⁵

Il est ainsi essentiel de porter une attention toute particulière à l'aspect « sensoriel » du cabinet, afin que le patient n'en interprète certains aspects comme potentiellement angoissants. Le Chirurgien-dentiste pourra développer les sensations positives en prenant soin de l'image de son cabinet, du mobilier, adopter des couleurs pastels apaisantes, travailler avec de la musique de détente. Il pourra enfin filtrer les sensations négatives, en rangeant les instruments pouvant être perçus comme angoissants, comme les seringues, les instruments chirurgicaux, jusqu'à leur utilisation, en insonorisant la salle des autres salles de soin, et en évitant les décorations évoquant la peur ou la douleur.

1.2.1.1 Les influences

Des facteurs viennent cependant influencer la perception de la réalité par le patient, comme son sens de l'observation, l'attention qu'il y prêtera à un moment donné, sa faculté à faire abstraction, et influenceront ainsi grandement la perception, le vécu de la séance de soin, par ce dernier.

1.2.1.1.1 Les prédispositions

Les prédispositions sont un type d'attitude qui nous fera réagir plus particulièrement à une situation anxiogène : plus l'information contenue dans un stimulus donné aura de l'importance pour quelqu'un, plus il sera « prédisposé » à la percevoir.¹⁹ Ainsi, plus un patient sera prédisposé à une expérience particulière, plus sa perception manquera d'objectivité, et plus ce dernier aura de risque, en exacerbant le caractère négatif de sa visite, de confirmer ses prédispositions passées. En sommes, une personne prête beaucoup plus attention aux choses qui l'intéressent et le touchent.

Il est donc primordial de déceler ces prédispositions négatives, l'appréhension d'un patient, la mauvaise image qu'il pourrait avoir de la profession, afin de pouvoir briser ce cercle vicieux, en essayant d'attirer son attention sur le côté positif de son environnement, ou sur les bénéfices de sa venue.

1.2.1.1.2 Les expériences

De mauvaises expériences par le passé, en ce sens vécues, et donc ressenties, peuvent affecter la perception de nos patients, d'une situation qui sera perçue comme évocatrice de souvenirs douloureux, et donc vue comme dangereuse, ou d'une personne. Un patient ayant déjà souffert dans le passé sera ainsi plus amené à chercher et se focaliser sur tous les éléments effrayants de la salle de soin, ou qui percevra les bruits des turbines comme effrayants, alors que sorti de tout contexte et toute expérience, un autre ne le percevra pas de la sorte.⁸

Il est important que le Chirurgien-dentiste comprenne qu'un patient qui a déjà mal réagi à des soins risque d'avoir une perception faussée de ses soins. Cette perception biaisée repose sur l'expérience de la douleur et associée à une situation particulière, et un impact émotif désagréable.

1.2.1.1.3 L'intérêt du patient

La perception est très fortement influencée par la motivation de chacun, et son intérêt vis-à-vis d'elle.¹⁵ Lorsqu'une personne a quelque chose à gagner dans une situation, elle va percevoir les aspects qui favorisent les gains et minimisent les pertes. On ne voit que ce que l'on veut voir. Il en est de même pour les personnes, et on aura ainsi tendance

à surévaluer les qualités et sous-évaluer les défauts d'un praticien qui met en confiance, ou à l'inverse surestimer les côtés négatifs d'une situation où on ne s'y retrouve pas. Le patient qui n'aime pas la personnalité de son Chirurgien-dentiste sera plus amené à ne voir que les côtés négatifs de sa visite au cabinet, et des sensations désagréables au fauteuil. A l'inverse, les patients confiants seront plus enclins à surmonter les éventuels désagréments.

Il apparaît donc évident de susciter l'intérêt du patient, en lui faisant réaliser le bénéfice qu'il gagnerait à adopter de bonnes techniques d'hygiène, aux traitements proposés, et à son bon suivi de soin. Il est donc crucial pour le praticien de gagner et conserver l'estime de son patient en donnant une image respectueuse et intéressante de sa personne, et de filtrer les attitudes qui le dévaloriseraient.

1.2.2 La motivation des patients

Comme la perception de ce qui se passe est favorisée par ce qui intéresse une personne, toute action humaine est motivée par quelque chose.¹⁸ C'est cette motivation qui pousse le patient à surmonter ses peurs. La motivation est l'un des facteurs les plus importants du comportement, après le besoin et la nécessité, car elle en est le moteur.¹⁵ Elle est à la fois responsable des actions, dans le but d'accomplir un objectif, mais aussi de son déroulement, jusqu'à satisfaction du besoin.²⁰ La motivation sert à adopter et maintenir un comportement, comme celui de venir consulter au cabinet, ou de rester calme au fauteuil, destiné à satisfaire un besoin primaire ou secondaire. Une fois le besoin comblé, la motivation s'estompe.

Comme il a été précédemment introduit, il est primordial d'agir sur le motif même de la motivation du patient pour agir sur sa démarche et son objectif, notamment pour lui inculquer de saines habitudes de prévention et d'hygiène, ou les convaincre de se lancer dans un traitement particulier. Le patient sera ainsi directement motivé à consulter chez le Chirurgien-dentiste, pour éviter de développer des douleurs dentaires et conserver l'esthétique de son sourire. Le rôle du praticien est donc de cibler les attentes et motivations de son patient, pour conduire sa motivation vers des intérêts qui leurs sont communs. Les motifs de consultations sont souvent de nature esthétique plus que fonctionnelle, le besoin qu'elle satisfait est donc secondaire. C'est en se basant sur ce principe que, en accord avec le besoin des gens, l'on peut arriver à motiver des personnes et modifier leurs comportements, par exemple en motivant ses patients à l'hygiène bucco-dentaire, afin de satisfaire le besoin esthétique de notre patient.

1.3 Les Manifestations de la Peur

1.3.1 La peur et l'anxiété

Les problèmes rencontrés en cabinet dentaire s'avèrent surtout de nature émotionnelle.²¹⁻²² La peur a ainsi été définie comme une émotion ressentie face à un danger ou une menace, et qui pourra s'accompagner d'anxiété ou d'angoisse, selon le degré d'appréhension que le patient aura à l'idée qu'il devra y être confronté.¹⁻² La phobie s'en différencie de par sa nature démesurée et irrationnelle, et que le patient n'arrive pas à contrôler par la volonté.³ Elle naît le plus souvent d'une peur qui se sera développée au fil de mauvaises expériences et angoisses exacerbées.

La peur de l'inconnu et de la douleur expliquent en grande partie pour certaines personnes la rareté de leurs visites chez le Chirurgien-dentiste, et ce, alors même que les soins sont gratuits.⁴ Il est donc primordial d'être clair dans les informations délivrées, en s'assurant d'être clair et compris par son patient, dans sa démarche, et aux étapes des traitements qu'il envisage, même en cas de difficultés prévisibles.

Cette peur du Chirurgien-dentiste devient parfois telle, que le patient attend que la situation devienne intolérable avant d'aller consulter. Il supporte parfois une douleur bien supérieure à celle que peut causer le traitement, associant ainsi la douleur à l'image de l'Odontologie, et entretenant ce cercle vicieux de la peur. La prévention chez ces patients sera donc d'autant plus compliquée que le Chirurgien-dentiste ne pourra pas empêcher l'arrivée des événements douloureux qui ont poussé à l'origine les patients à avoir peur.

1.3.2 Diagnostic de l'anxiété

Le principal indice de l'anxiété et de la peur est la tension psychologique.²³⁻²⁴ Si une personne ressent de l'anxiété, elle peut être tendue à un point tel qu'elle empêche d'intervenir correctement. Les émotions se manifestent ainsi physiquement par exemple, en sursautant à chaque mouvement, avoir une respiration rapide, avoir des palpitations, tout comportements qui nuisent au traitement. L'anxiété peut ainsi se révéler lors d'une poignée de main, si ce dernier a la main moite, chaude, tremblante, si dans sa voix, sa démarche, son discours, il sera du devoir du Chirurgien-dentiste de le réconforter, dédramatiser la situation, détendre l'atmosphère (et lui-même).²⁵ Enfin, ces émotions se reflètent aussi dans les expressions faciales.²¹ Le langage du corps apporte donc une donnée supplémentaire à la compréhension de ce qu'il éprouve.

Cette première recherche doit se dérouler, de préférence, avant de s'installer sur le fauteuil, pour rassurer ce dernier avant de pénétrer dans un environnement déjà assez chargé émotionnellement qu'est la salle d'opération.²⁶

1.3.3 Les Malaises Emotionnels

Lors d'une intervention sur un patient sujet à des crises d'angoisse, il y a un risque de réactions extrêmes.²⁷⁻²⁸ Ils sont une manifestation extrême de la peur du patient, par malaise vagal, ou par hyperventilation. Ces manifestations sont parfois impressionnantes et assez fréquentes, en moyenne deux à trois par an, pour que le praticien reste alerte et apte à les encadrer. Ces manifestations du système nerveux sont le fruit de la contradiction entre les messages de fuite et d'agression, et l'impossibilité de réagir du patient et à s'adapter.²⁹

1.3.3.1 Le malaise vagal

Le malaise vagal se définit comme une perte de conscience brève et transitoire, partielle (lipothymie) ou complète (syncope), brutale et réversible, consécutive à une diminution de l'oxygénation cérébrale.²⁹ Il se produit surtout chez les hommes de 35 ans, lors d'un événement anxiogène ou lors de douleurs chez un patient émotif, pendant l'exécution d'une anesthésie locale, par exemple.²⁸ Il intervient par stimulation excessive du nerf vague, diminuant la fréquence cardiaque, et donc la pression artérielle qui irrigue le cerveau.³⁰ Une atmosphère confinée, sous l'effet de la chaleur, d'un stress important, d'une phobie (vue du sang, d'une aiguille) ou d'une douleur violente, augmentent le risque de malaise. Le malaise vagal est le problème cardiovasculaire le plus fréquent de la profession et serait responsable de plus de la moitié des urgences.³¹

Il est ainsi facile de comprendre que la prise en charge du patient sujet à ces malaises doit être la moins anxiogène, et la moins douloureuse possible. Chez les patients anxieux, prédisposés à ce genre de réaction, il est de plus possible d'en prévenir la survenue par prémédication d'anxiolytiques, par Atarax la veille des soins, et 2h avant ces derniers.

1.3.3.1.1 Les signes prémonitoires

Lors de la prise en charge de patients anxieux et émotifs, potentiellement sujets à des crises d'angoisse, ou de malaise, il est crucial de savoir reconnaître les signes de mal-

être du patient pouvant donner lieu à une urgence.³⁰ Certains signes prémonitoires annoncent un malaise vagal, comme une respiration plus profonde et un blémissement du visage. Le patient dit qu'il ne se sent pas bien ou nauséeux, baille, qu'il se sent faible, en sueurs, épris de vertiges et de bouffées de chaleurs, avec des acouphènes, et une sécheresse buccale.

1.3.3.1.2 Le malaise

Quand le malaise se produit, la pression sanguine diminue très rapidement, le pouls devient très faible, voire imperceptible, la relaxation musculaire est marquée, et la respiration se fait irrégulière.²⁸ Il y a une perte de connaissance brève et réversible. Par contre, si la perte de connaissance se prolonge, il ne s'agit plus d'une syncope, mais d'un malaise qui peut être un signe marquant le début d'une affection médicale plus grave comme un infarctus du myocarde, en cas de douleur retro sternale par exemple.

1.3.3.1.3 La gestion de l'urgence

Le geste opératoire doit cesser.²⁸ Tous les objets en bouche doivent être retirés, y compris les cotons salivaires, afin qu'ils ne soient pas avalés. Les voies aéro-digestives supérieures (VADS) doivent être libérées (cravate, col de chemise). Le patient doit être placé à l'horizontale, les membres surélevés, avec une serviette humide sur le front. Cette position favorisera le retour sanguin vers le cœur. Les signes du malaise s'estompent au bout de 5 minutes. Si l'état du patient est stable, celui-ci pourra être progressivement replacé en position assise. Les syncopes vagues sont particulièrement spectaculaires, mais ne présentent pas de danger en tant que tel pour le patient. Toutefois, les chutes provoquées par les pertes de connaissance peuvent être à l'origine de traumatismes. Une personne qui a fait un malaise vagal peut plus facilement faire un deuxième malaise dans les heures qui suivent, si des facteurs déclencheurs sont à nouveau réunis. La victime doit donc être vigilante à la fin du malaise, ne pas rester immobile en particulier si elle a eu les jambes levées ; elle doit ensuite écarter les risques de répétition du malaise (ex. : se reposer, manger).

1.3.3.2 L'hyper Ventilation

L'anxiété est encore ici presque toujours la principale cause.³¹⁻³² Contrairement à la syncope, elle ne cause habituellement pas de perte de conscience. Comme le malaise vagal,

ce syndrome peut se produire chez des patients très nerveux, à l'occasion d'une situation de stress, ou douloureuse. Il existe deux types d'hyperventilation, aiguë, celle rencontrée le plus souvent en cabinet dentaire, pendant laquelle le patient perd le contrôle de sa respiration, et chronique, décrite comme une augmentation spontanée de la fonction respiratoire en état d'alerte.³³

1.3.3.2.1 Les signes prémonitoires

Il est crucial de reconnaître les signes prémonitoires d'un syndrome d'hyperventilation lors de la prise en charge de patients nerveux et sujets à ce genre de réactions, lors de situations anxiogènes ou douloureuses. Les patients se plaignent de douleurs à la poitrine et d'une respiration rapide et saccadée, liées aux efforts exagérés du système musculaire respiratoire, ce qui les rendent différentes de celles causées par une crise d'angor.³⁴ Les patients peuvent de plus décrire des signes comme des palpitations, vertiges, tremblements des mains, une vision trouble, une sensation de fatigue, ou encore une bouche sèche.

Sa prévention est la même que pour celle du malaise vagal, à savoir maîtriser l'anxiété de son patient lors du soin, ou pourra accompagner celle-ci en prémédiquant le patient par des anxiolytiques.

1.3.3.2.2 La gestion de l'urgence

Pour maîtriser une crise aiguë, il suffit de respirer plus calmement. Le but est de calmer le patient pour l'aider à reprendre un rythme respiratoire normal, en le faisant respirer dans un sac, lui permettant de réabsorber le CO₂ et d'éviter une hypercapnie.³⁴ En cas de crise au fauteuil, toute intervention doit cesser, les objets sont retirés de la bouche, et la position assise verticale doit être adoptée et le patient doit être calmé.

2. Rôle de la douleur dans la peur du chirurgien-dentiste

La douleur intime aux soins, ou la crainte de celle-ci, fondée ou non, est la première responsable des peurs et d'anxiété et des patients.⁵ Si la profession n'était associée à aucune douleur, elle ne ferait pas face aujourd'hui à autant de freins et obstacles pour certains patients.

La recherche et le développement de technologies en termes d'anesthésie, permettent d'aborder de mieux en mieux cette composante douloureuse.^{35->40} Au quotidien, ce développement apporte une aide dans la prise en charge des patients anxieux, mais aussi dans leur appréhension de la douleur.

Malgré cela, la composante émotive reste une difficulté dans l'approche du Chirurgien-dentiste et sa prise en charge et vient souvent compromettre tous les moyens mis en œuvre par des techniques de pointe de contrôle de la douleur.⁴¹ Les patients angoissant ainsi, focaliseront, involontairement, sur toutes les sensations pouvant être perçues comme douloureuses, ou du moins désagréables, et induiront une exacerbation de la douleur.⁸ Il est donc primordial de réfléchir sur l'origine somatique des douleurs, en gardant à l'esprit qu'il est crucial de prendre en charge le volet psychogène de la douleur.⁴²

2.1 Les origines de la douleur

L'International Association for the Study of Pain (IASP) propose une définition de la douleur comme étant une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion réelle ou potentielle des tissus, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion ». La douleur apparaît donc comme une expérience subjective et propre à chacun, selon son vécu et son ressenti.⁴¹⁻⁴³

Le message douloureux est dans un premier temps purement nerveux, et correspond aux mécanismes de la nociception. Il renseigne la nature, la durée, et l'intensité du stimulus douloureux.⁴² Il est à la fois émotionnel, car lié à une sensation désagréable, et psychologique, car lié à l'interprétation de chacun, et donne un sens à cette douleur plus ou moins perçue. L'organisme adoptera enfin, en réponse au message douloureux, un comportement propre et adapté pour stopper, éviter et anticiper ces douleurs, ou en simple réponse automatique.

2.2 La Maîtrise de la douleur des Soins

Soins de caries, traitement de l'urgence, avulsion, de nombreux soins dentaires sont générateurs de douleur, et donc l'appréhension de celle-ci, mais ressentir cette douleur n'est pas une fatalité. Les praticiens disposent en effet d'un large panel de techniques, méthodes et molécules, anesthésiques et antalgiques, pour en prévenir la survenue, encadrer son installation, et contrôler un silence opératoire après le traitement.

2.2.1 Moyens Médicamenteux

Agir sur la douleur, c'est agir sur la peur. Les patients appréhendent les soins car ils s'attendent à souffrir. Contrôler cette douleur, par prévention, ou traitement, c'est donc prévenir et contrôler la composante anxiogène des soins.⁸

2.2.1.1 La prévention de la douleur

L'objectif ici est de prévenir, ou d'en limiter, la survenue de phénomène douloureux, en contrôlant l'anxiété du patient, ou en interceptant le message nociceptif, de manière chimique.⁴⁴

Le Chirurgien-dentiste peut ainsi couvrir la douleur générée, ainsi que l'anxiété, par prémédication antalgique, ou directement après l'opération, avant la survenue de la douleur, qui potentialiserait l'action des antalgiques post opératoires.⁴⁵

Le Chirurgien-dentiste pourra enfin, avant le soin, contrôler cette anxiété, en prémédiquant son patient par anxiolytiques, qui permettra d'obtenir un confort opératoire, à la fois pour le praticien, et le patient.⁹⁻⁴⁶ Cette anxiété majorerait de plus la sensation douloureuse ressentie lors des soins, s'attendant à souffrir, appréhendant cette douleur, exacerbant cette dernière.⁴⁷ Il est donc primordial d'évaluer la peur du patient avant de pratiquer des soins délicats, anxiogènes, et de poser, ou non, l'indication de la prescription d'anxiolytiques.

2.2.1.2 La maîtrise de la douleur

Pendant le soin, le but est maintenant de contenir et maîtriser ce phénomène douloureux.⁹ Pour cela, le Chirurgien-dentiste a à sa disposition de nombreuses techniques d'anesthésie locales, ou loco-régionales, ou générales dans les cas les plus extrêmes, pour

des patients aux pathologies souvent très lourdes, et à la possibilité de coopération très limitée.⁴⁸ Le praticien pourra enfin avoir recours à une sédation consciente par MEOPA pour faciliter le geste opératoire.⁸

2.2.1.3 Contrôle de la douleur post opératoire

Il existe aujourd'hui un large panel de médicaments qui calment la douleur, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en a établi une classification. Elle évalue cette intensité selon une Echelle Visuelle Analogique, catégorisant les douleurs selon des valeurs variant de 1 à 9 et dont le patient donne une valeur subjective ressentie.^{49->51}

Ainsi on distingue les antalgiques non narcotiques de premier palier, utilisés pour le traitement des douleurs faibles, à modérées, évaluées sur des valeurs de 1 à 3, comme le paracétamol. On catégorise les antalgiques opioïdes faibles de second palier, pour des douleurs modérées à sévères, évaluées sur des valeurs de 3 à 7, ou des douleurs récalcitrantes aux antalgiques de premier palier, comme le paracétamol associé à la codéine, ou au tramadol. Enfin, les antalgiques opioïdes forts de troisième palier sont réservés à des douleurs intenses, supérieures à 7, ou en cas d'échec des antalgiques de second palier, comme les morphiniques.

2.2.2 Moyens non Médicamenteux

Des moyens permettent d'encadrer un acte douloureux, sans avoir recours aux médicaments, en court-circuitant le message nociceptif, ou en limitant l'anxiété du patient.⁴⁴⁻⁵²

Les méthodes conventionnelles s'appliquant en odontologie sont la cryo et la thermothérapie. Le principe est de réduire les douleurs dentaires en appliquant dans la zone une source de chaleur ou de froid, pour ses propriétés antalgiques, anti inflammatoires et vasomotrices, notamment après les chirurgies.

De nouvelles méthodes, en jouant sur la deuxième composante, émotionnelle, qui intervient dans l'interprétation des messages nerveux, la composante psychologique et émotionnelle. Elles se proposent de veiller au confort, et à la mise en confiance du patient, afin d'encadrer et limiter l'anxiété et la douleur du patient, avant, lors du soin, et après. Ces techniques entraineront le patient dans une bulle sereine et dont il prêterait une attention moindre à la douleur, et à l'anxiété.⁴⁷

2.3 Ouverture à la sophrologie

La sophrologie est une discipline qui utilise des exercices de respiration, de détente musculaire et de visualisation positive pour induire une répercussion positive sur le corps et l'esprit.⁵³ Elle trouve son indication dans l'Odontologie pour apporter un outil supplémentaire pour détendre et réduire anxiété et douleur, afin d'offrir une qualité et un confort opératoire, autant pour le patient, que pour le praticien.

Des méthodes contemporaines de relaxation et d'hypnose commencent ainsi à voir le jour dans certains cabinets, et leurs formations tendent à se libéraliser, sur internet, ou lors de séminaires privés.⁵⁵ Le praticien pourra aussi adresser certains de ses patients à des sophrologues, afin qu'ils traitent certaines phobies profondément ancrées.

2.3.1 La relaxation

La relaxation est un état de détente du corps, un dénouement des crispations du corps, dans un état physique agréable et sans tension.⁵⁶ Elle est un outil supplémentaire, sans recours à la médecine en matière de techniques ou molécules, afin de suppléer aux méthodes analgésiques.

Elle est basée sur le constat qu'il est impossible d'être en même temps détendu et angoissé, suffisant ainsi de mettre le patient en état de détente musculaire pour voir disparaître l'anxiété, comme le simple fait de faire assoir quelqu'un de nerveux afin de contrôler son impatience. Le but est de faire prendre conscience au sujet de la différence entre son état de tension et un état de relaxation musculaire, puis de l'amener à cet état de relaxation. Lorsque le corps est trop crispé, il peut faire obstacle à la concentration et le patient à tendance à rester ancré dans son stress et ses douleurs, la relaxation permet alors d'accéder à une détente, un relâchement qui laisse le champ libre à la conscience et à la lutte contre le stress

Le praticien demandera donc au patient de contracter et de relâcher successivement différents muscles, successivement de la tête jusqu'aux pieds, et en les relâchant, de l'amener à un état de relaxation inconscient.⁵⁷

2.3.2 L'hypnose

L'hypnose apparaît comme un outil thérapeutique de choix dans la gestion de l'anxiété, et présente de nombreux avantages, aussi bien pour le patient que pour le praticien. Comme le propose l'Association Médicale Britannique, l'hypnose se définit un état passager d'attention modifiée chez le sujet. L'hypnose n'est pas un sommeil ou une perte de connaissance, le patient peut entendre tout ce qui se passe autour de lui, et même dialoguer avec le praticien.⁵⁸

L'état de relaxation hypnotique maintient le patient dans un état de relaxation, atténuant les réactions de défense, souvent involontaires, et perturbant le déroulement des soins. Ainsi, en permettant au praticien d'obtenir une meilleure coopération des patients, l'hypnose améliore considérablement les conditions de travail de celui-ci. Le recours à l'hypnose se montrera particulièrement utile en cas d'allergie d'un patient aux anesthésiques locaux, comme lors de porphyrie, et pour lequel l'hypnose reste une solution de maîtrise de la douleur du soin.

En odontologie, on utilisera le plus couramment l'hypnose informelle, qui consiste à créer par suggestions simples, un climat de détente, un état de relaxation, qui facilite la communication, diminue l'anxiété et la sensibilité de la douleur. Le praticien pourra ainsi suggérer au patient qu'il est dans un endroit calme et reposant, afin qu'il se sente bien, et non dans un contexte de douleur et de stress, et d'adopter certains comportements qui faciliteront son intervention. Il pourra ainsi recourir à des méthodes de distraction comme de la musique relaxante, des propositions d'images agréables, ou de certaines rêveries.

Le praticien pourra ainsi se former aux techniques d'hypnose, ou d'adresser ses patients à un médecin hypnotiseur, afin de traiter ses patients sous hypnose, ou de traiter des peurs et angoisses profondément ancrées chez un patient.

Les techniques d'hypnose et la relaxation accroissent le confort et la coopération du patient, et font partie d'une médecine centrée sur le bien-être. Leurs recours au cabinet a pour but de réduire la peur et l'anxiété du patient, accroître son confort face à une opération angoissante.⁵⁴

3. La communication : un soutien face à la peur du chirurgien-dentiste

La relation entre le Chirurgien-dentiste et le patient est basée sur la confiance et le professionnalisme, dans un contexte médical, primordiale à instaurer. C'est la nécessité qui rapproche l'un et l'autre et les engage dans une démarche thérapeutique. En s'intéressant plus attentivement aux demandes et attentes du patient, le praticien pourra par le simple dialogue, déceler les signes d'une hypothétique peur ou phobie. Par une bonne communication, il pourra ainsi la définir, adapter sa prise en charge, et éviter cette anxiété de se développer.

Seront abordées ici les bases de la communication, l'importance de son établissement au service de la prise en charge de patient anxieux, et la primordialité de l'établissement d'une sphère de confiance et de sérénité entre patient et praticien.⁵⁹

3.1 Définition de la communication

La communication est l'action d'échanger, d'établir une relation avec autrui, de transmettre quelque chose à quelqu'un.¹⁵ Elle ne repose pas que sur les mots, mais aussi sur les gestes (actions et réactions), les attitudes, les expressions faciales (dont les micro-expressions) ainsi que d'autres signaux, conscients ou inconscients. Ainsi on distingue une communication verbale, basée sur les mots, d'une communication non verbale, basée sur la mimique et la gestuelle inconsciente.⁶⁰⁻⁶¹

3.1.1 Communication Verbale

Communiquer est une aptitude que chacun possède et exerce presque intuitivement, mais savoir communiquer, c'est savoir orienter une conversation vers un commun accord, s'exprimer positivement et simplement, éviter les propos inutiles.¹⁵⁻⁶⁰ C'est aussi être capable d'écouter pour récolter les confidences, et décoder ce que veut nous dire l'interlocuteur, qu'il l'ait voulu, ou non. Elle unit un émetteur qui véhicule un message, selon un code, à travers un canal, dans un contexte, à un récepteur, et intervertissent de rôle, tour à tour. Ils doivent émettre et recevoir des messages, chacun doit savoir parler, mais surtout savoir écouter, et converger vers un intérêt commun, la santé du patient. La conversation entre deux personnes ne trouvant pas d'intérêt commun

n'aura pas d'avenir, ni de but. Patient et praticien doivent de plus être à une courte distance l'un de l'autre, et face l'un à l'autre, dans le simple but de s'entendre. On remarque ainsi que cette distance entre les personnes est importante et révélatrice de la nature de la relation tissée entre avec les interlocuteurs.

3.1.2 Communication non verbale

Le corps fait passer un message aussi efficace que les mots que l'on prononce.¹⁵⁻⁶¹ C'est le principe de la communication non verbale, celle transmise inconsciemment au patient. De plus, les interlocuteurs réagissent inconsciemment aux messages non verbaux mutuels. Ils ne se rendent pas compte qu'ils communiquent de nombreuses informations à leur insu. Les gens limitent à tort la communication à ses seuls éléments verbaux, pourtant chacun trahit ses émotions dans sa gestuelle et ses mimiques, et répond inconsciemment aux messages non verbaux de son interlocuteur.

Le praticien doit ainsi savoir être attentif à ce qui n'est pas verbalement dit, le langage du corps.

3.2 Pourquoi bien communiquer

Le but premier de l'établissement d'une communication efficace est de créer un climat agréable à son exercice de travail, pour un confort autant pour le patient, que pour soit, et d'agir sur le comportement et les habitudes du patient.⁵⁹ Une communication se veut ainsi influente, effectrice, et plaisante.¹⁵ Elle a pour but de convaincre et d'induire l'action, sur la nécessité d'un traitement, ou pour appliquer des conseils d'hygiène buccodentaire. Elle se base donc sur la compréhension. Patient et praticien communiqueront plus efficacement si ils se comprennent mutuellement. Le sentiment de comprendre et d'être compris apporte la confiance dans une relation, indispensable pour le praticien.

3.3 Comment bien communiquer

Lors de sa pratique quotidienne, le praticien est à tour de rôle celui qui parle, pour informer ses patients, les mettre en confiance, et les amener à changer leurs habitudes. En réponse, le praticien doit être attentif afin que le patient ait la possibilité de lui transmettre ses peurs, ses envies, son vécu, sa vision des choses.

Pour améliorer ses comportements dans une communication, il faut donc accepter d'assumer certaines responsabilités spécifiques lorsque le praticien parle et lorsqu'il écoute.⁶²

3.3.1 Emettre correctement un message

Le praticien doit parler distinctement et assez fort pour que l'auditeur entende facilement.⁵⁹ Il doit de plus s'exprimer clairement, de manière adaptée à son interlocuteur, en connaissance de ses limites de compréhension. Il faut être capable d'utiliser d'emblée un vocabulaire accessible et intelligible, car le patient n'osera pas demander d'explications de crainte de manifester son ignorance. Il doit enfin toujours demeurer conscient que l'auditeur peut ne pas comprendre, et donc demander à l'auditeur s'il a compris et à défaut accepter de répéter et de clarifier ses propos. Le récepteur est capable jusqu'à un certain point d'absorber de nouvelles informations, aussi il est important de ne pas surcharger le message transmis, au risque qu'une partie lui en échappe. Il faut ainsi éliminer le superflu, et aller à l'essentiel. Son discours se voudra de plus fondé sur la confiance et la vérité en toute circonstance, même en cas d'erreur ou de critique. Ainsi, même en cas de critique, ou d'erreur, il devra éviter de se défendre trop vivement ou de mettre la faute sur le dos d'autres personnes, et expliquer, de manière professionnelle et sincère, les raisons qui l'ont poussé à adopter un tel traitement. Si l'erreur est fondée, une bonne relation permettra de la faire mieux « accepter » en reconnaissant les faits et en exprimant des regrets.

3.3.2 Recevoir le message

La personne qui reçoit le message doit cependant elle aussi respecter un certain nombre de règles.¹⁵⁻⁵⁹ Il est de son devoir d'avertir l'interlocuteur si elle ne l'entend pas, de demander à l'autre de parler plus fort et de répéter si besoin. Si le message n'est pas clair, il doit le dire avec tact. Il doit montrer de l'attention, de l'intérêt, regarder l'interlocuteur. La réaction n'a pas besoin d'être verbale, ce qui compte, c'est de laisser savoir qu'il s'intéresse au point de vue de l'interlocuteur, de montrer qu'il est psychologiquement disponible et réceptif. Il peut prendre la peine de reformuler les propos du locuteur comme il les a compris, ce qui est la meilleure façon de vérifier qu'ils ont été bien reçus.

3.3.3 Les facteurs qui influencent cette communication

Un très grand nombre de variables interviennent dans cette communication, comme celles qui s'établissent entre le patient et le chirurgien-dentiste.¹⁵⁻⁵⁹ La communication peut varier selon le moment, le stress, l'humeur des interlocuteurs, ou même la durée de la discussion. L'environnement joue aussi un rôle important, il est ainsi conseillé d'aborder le plus important de la communication dans une pièce neutre, autre que sur le fauteuil de soin. La position est importante, aussi il est préférable de communiquer face à face, position indiquant la confiance et favorisant la coopération entre les interlocuteurs. Certaines idées préconçues peuvent enfin influencer et nuire à la conversation, sur des critères physiques d'un des interlocuteurs, sa façon d'être, l'image qui se dégage de lui, et sur des origines socio professionnelles. Tout le monde est sujet à des a priori sur la façon d'être de chacun, comment il paraît être, sympathique, antipathique, sur ses origines, sa profession, son âge, son sexe, qui influencent parfois négativement le patient au début de la consultation.

3.4 Application des principes de communication en odontologie

Ces principes de bon déroulement de la communication entre un praticien, et son patient, convergent vers un même but. Ils mettront ainsi en confiance le patient, l'aideront à surmonter ses peurs, l'inciteront à livrer plus d'informations, et l'impliqueront dans sa prise en charge.

3.4.1 Comment mettre en confiance le patient

Afin de fédérer le patient à sa prise en charge thérapeutique, il est d'une nécessité absolue que ses visites au cabinet et ses relations avec son Chirurgien-dentiste ne soient pas perçus comme contraignantes. Au contraire, la visite au cabinet doit devenir l'occasion de l'établissement d'un colloque de confiance et d'empathie entre praticien et patient. Cette mise en confiance est enfin nécessaire à la prise en charge du patient anxieux afin de détendre ce dernier lors de son passage sur le fauteuil, et de contenir au mieux ses peurs et angoisses.

3.4.1.1 Connaitre le patient

Il est nécessaire avant toute chose de connaître le patient, ses antécédents dentaires et médicaux, mais aussi certains éléments de sa vie personnelle qu'il confiera à son Chirurgien-dentiste, et surtout de ses peurs, ses appréhensions, afin de mieux les comprendre, et savoir comment les encadrer. Il est ainsi crucial de considérer son patient en tant que tel, et que ce dernier se sente à l'aise, en confiance, afin qu'il sente reconnu, compris, et qu'il puisse vaincre ses angoisses.¹² La façon de recevoir ce dernier compte aussi énormément. Les patients aiment être appelés par leur nom, car ils aiment qu'on s'en souvienne, et qu'on le prononce correctement. La relation s'en trouve personnalisée, et ainsi le Chirurgien-dentiste gagne leur confiance.

Il est ainsi important que le patient se sente accepté en reconnu en tant qu'individu avec une individualité propre, des sentiments, une personnalité, et non pas comme un simple patient nécessitant des soins.

3.4.1.2 Connaissance de soi

Il est tout aussi important de connaître le patient, que de communiquer sur sa personnalité, sa façon de travailler, et ses propres peurs, afin que le patient se sente compris, et invité à se confier. Il est aussi important se montrer enthousiaste et chaleureux, tout en restant calme et détendu, de toujours relever les points positifs, en les encourageants, avant de faire des recommandations, afin que le patient ne se sente pas blâmé. Il est capital pour le Chirurgien-dentiste d'écouter et d'observer le patient, et de voir la situation comme le verrait son patient, en faisant preuve d'altruisme et d'empathie, en comprenant ses réactions.

C'est en respectant ces deux aspects, humains, et professionnel, que pourra se développer un échange durable avec le patient.

3.4.1.3 L'attention portée au patient

L'attention et l'intérêt constituent l'élément de base de toute bonne communication. Elle permet de montrer le respect porté à l'égard de l'autre.¹⁵⁻⁵⁹ Elle est aussi une source de confiance, quelqu'un qui écoute est rassurant, consolant, sincère et authentique.

C'est en gagnant la confiance de son patient, en lui montrant toute son attention, et son écoute, que le praticien arrivera à déceler ses problèmes d'angoisse et d'anxiété, et qu'il pourra en parler et argumenter. Pour cela, il faut se montrer réceptif, en mettant de côté ses problèmes personnels, et demeurer attentif aux messages de l'autre. Cette écoute a un effet sécurisant, et aide à créer un climat de confiance. Il est ainsi crucial de montrer activement son implication dans la conversation, son écoute attentive, à entretenir la dynamique du dialogue, et pour augmenter son efficacité, on parle d'écoute active. Une position adéquate, où les interlocuteurs se font face, permettra l'expression du regard, du visage, et de tout le corps, et pourra s'aider de comportements non verbaux, hochements de tête, regard, expression du visage, posture, proximité et tout autre signe d'attention.⁶²⁻

⁶³ Il est conseillé d'être détendu et assis dans une position naturelle. En étant à l'aise, le praticien le sera plus facilement avec le patient. Chaque fois que l'intervention ne nécessite pas de se tenir derrière le patient, il est préférable de revenir à la position de face à face pour favoriser une meilleure attitude d'écoute. Une attitude d'écoute adéquate a enfin un effet positif sur la relation, puisqu'elle signifie implicitement « je suis attentif, ce que vous me dites est important ».

Certaines circonstances peuvent à l'inverse perturber l'écoute et nuire à la réceptivité, le stress, un conflit, un mal. Aussi, ne pas engager la conversation, dos tourné, en se lavant les mains, préparant ses instruments, ou faisant quoi que ce soit d'autre, car cela montre que le Chirurgien-dentiste ne s'intéresse pas beaucoup à la réponse. Lorsque ce n'est pas nécessaire, il est conseillé de retirer le masque, les gants, lunettes de protection, afin de laisser libre cours à l'expression du visage et permettre un meilleur contact visuel.

3.4.1.4 Soigner son langage corporel

Afin de conserver l'estime et la confiance du patient, cruciale à la prise en charge de ses peurs et angoisses, il est primordial de rester alertes sur l'importance des messages non verbaux transmis inconsciemment.¹⁵⁻⁶¹ Il est ainsi nécessaire de surveiller ses gestes, regards, mimiques, postures, intonation de la voix, etc. Une posture nonchalante, une coiffure désorganisée, une barbe non entretenue, des habits tachés, ne vont laisser qu'une image de personne qui ne prend déjà que peu soin d'elle, alors qu'en sera-t-il quand il viendra à soigner ses patients.

Il est primordial que le patient se sente à l'aise, avec un praticien attentif, à l'écoute, et prendra soin de lui, afin de se sentir en toute tranquillité, et qu'il peut mettre ses angoisses de côté, dans les mains de quelqu'un en qui il a confiance et le comprend. Le praticien adoptera ainsi un regard dirigé vers le patient, le plus naturel possible, un visage expressif et animé, reflétant l'émotion présente, et faire quelques hochements de tête occasionnels, en signe de compréhension et d'encouragement.⁶¹⁻⁶³

3.4.1.5 L'importance de la première consultation

Il est fortement conseillé que la première consultation soit exclusivement réservée aux problèmes du patient, et de n'être dérangé sous aucun prétexte, afin de montrer à ce dernier que dès le début le praticien est entièrement impliqué dans sa prise en charge. La première impression donnée est une chance à saisir, car elle est unique. Dans les 5 premières minutes d'un échange, tous les sens sont en éveil, que l'on parle ou que l'on se taise, tout comportement est une communication.

La communication est ainsi essentielle à maîtriser et à privilégier dès les premiers contacts. Elle instaurera un climat de confiance, permettra d'identifier les peurs du patient, d'en discuter avec lui, et d'élaborer une prise en charge personnalisée et à son rythme, afin de l'aider à maîtriser, voir vaincre, ses peurs. 20 bonnes minutes doivent être prises à la première consultation afin d'établir les bases d'une bonne communication et d'une bonne compréhension mutuelle.

3.4.2 Le bon déroulement de la consultation

Une consultation peut être définie comme une relation entre un professionnel et un patient désireux de résoudre une question nécessitant une compétence spécifique médicale.¹² Le premier temps de la consultation se voudra dédié à l'écoute, pendant laquelle le praticien recueillera problèmes et motivations du patient.⁶⁵ Viendra un temps de compréhension, pendant lequel il cherchera à démontrer son intérêt et sa volonté de comprendre ce que cherche à dire le patient, en posant des questions et en reformulant ses idées. Enfin, après recueil et réflexion, le praticien agira en fonction, proposera un traitement clair et adapté, seulement après avoir entendu et parfaitement compris son patient.

Le bon déroulement de la séance de soin est la clef de la prise en charge du patient anxieux ou phobique, car c'est à cet instant qu'elle pourra intervenir, et qu'il faudra rester

le plus attentif. Ces notions de bonne pratique ne se limitent pas à la première prise de contact avec le patient, mais ont vocation d'être une dynamique de communication tout au long de sa prise en charge. Elle n'est cependant pas à négliger, car elle détermine bien souvent la relation de confiance et de coopération qui s'en suivra, d'où l'importance d'une conduite qui favorise une bonne relation.

3.4.2.1 L'écoute du patient

Une première étape consiste ainsi en laissant s'exprimer le patient, sur sa plainte, son histoire, mais surtout ses peurs, et angoisses. Outre l'écoute proprement dite, ce sera le moment opportun à encourager le patient à se livrer, et confier son anxiété pour les soins dentaires.¹⁵

A ce stade initial, le praticien cherchera à se renseigner sur les raisons qui ont poussé le patient à consulter, faciliter le contact et apaiser l'anxiété du patient en l'amenant à en parler. Il est crucial de se montrer empathique. Paraphraser ses propos pour montrer son intérêt, et qu'on a compris ses attentes, ou à l'inverse l'inviter à reformuler pour l'amener à s'exprimer de manière plus précise.⁵⁹

3.4.2.1.1 L'encourager

Bon nombre de Chirurgiens-dentistes ne saisissent pas l'importance de ces encouragements, et de leur propre rôle dans le déroulement des consultations.⁵⁹ Ces encouragements inciteront le patient à se livrer, dévoiler le maximum d'informations, à la fois médicales, et personnelles, qui seront utiles à sa prise en charge, mais avant tout, ses appréhensions, et ses peurs. L'utilisation d'interjections, la répétition d'un ou deux mots, ou même une question suffisent à montrer son intérêt et son implication dans l'entretien, et l'aider à poursuivre et développer ce qui le préoccupe. Tout en restant centré sur les besoins et désirs du patient, le Chirurgien-dentiste doit jouer un rôle actif dans l'entretien.

3.4.2.1.2 Etre empathique

L'empathie est la faculté de s'identifier à quelqu'un, ressentir ce qu'il ressent, de se mettre à la place de l'autre, c'est une qualité élémentaire à tout bon chirurgien-dentiste.⁶⁶ Il est important de montrer au patient qu'il est compris dans ses peurs et angoisses, et cela l'aidera à exprimer ses sentiments plus directement, puisque ses craintes sont comprises.¹⁵

Bien utilisée, l'empathie facilite le contact avec le patient, suscite sa confiance, et l'aide à se livrer sur ses angoisses. C'est une qualité importante dans la communication.

3.4.2.2.3 Etre altruiste

Tout chirurgien-dentiste doit faire comprendre à son patient qu'il n'est pas indifférents à ses peurs, son anxiété, en lui faisant part de ses propres sentiments et expériences, de son vécu, qu'il comprend personnellement ce qu'il ressent, et de l'aide qu'il veut lui apporter. Faire preuve l'altruisme, c'est aider le patient à se sentir réellement compris, et non jugé dans sa peur, et qu'il peut faire part de ses problèmes à quelqu'un qui les comprendra.⁶⁶

3.4.2.1.4 Etre respectueux

Plutôt qu'un comportement précis, la manifestation du respect est une valeur fondamentale de tout professionnel de santé. Elle se traduit dans des actions précises, par une attitude chaleureuse, en restant authentique, dans ses gestes, sa posture, ses expressions.⁶⁶ Ecouter, c'est une façon de montrer du respect. Ne pas porter de jugement, surtout face à un patient craintif, et peureux, en est une autre. Le patient se sentira ainsi respecté s'il est épaulé dans ses actions positives. Il se sentira enfin plus à l'aise et compris, si il a le sentiment que son praticien ne le juge pas dans ses peurs, et cela l'aidera à canaliser ses dernières.

3.4.2.1.5 Reprendre

La paraphrase consiste à répéter sous une nouvelle forme ce qui a été dit. Le Chirurgien-dentiste cherche alors à montrer au patient qu'il est avec lui, qu'il essaie de comprendre ce qu'il dit, de clarifier ses propos, comme ses craintes, et enfin de vérifier s'il a compris. Cette technique permet aussi de vérifier le fond de la pensée du patient avant d'aller plus loin dans la communication, et de choisir les termes adaptés au patient.⁵⁹ Attention cependant à ne pas chercher à traduire ses propos, mais de faire comprendre que l'on est sur la même longueur d'onde.

3.4.2.1.6 Le silence

Etrangement, le silence peut aussi être utilisé et perçu comme un soutien de la communication.⁵⁹ Il peut indiquer un intérêt marqué pour ce qui vient d'être dit, ou témoigner d'un appui apporté à la personne qui confie ses peurs les plus profondes. Il invite à pousser plus loin le discours et la réflexion. Utilisé correctement, avec mesure, et accompagné à l'occasion d'un geste approprié, le silence est une invitation à poursuivre le discours du patient, et montrer son intérêt dans ce qu'il a à nous confesser. Il ne doit cependant pas être trop long, ou s'accompagner d'une autre activité, car il peut dénoter un manque d'intérêt.

3.4.2.1.7 Synthétiser

La synthèse ressemble à la paraphrase, en ce qu'elle invite à reprendre, condenser, et assembler l'essentiel de ce qu'a dit le patient. Elle permet de relier les renseignements donnés par le patient, sur ses peurs notamment, de manière cohérente et synthétique, et de montrer au patient qu'il a bien compris ses angoisses, et qu'il ne les juge pas.⁵⁹ Elle est utile particulièrement quand une discussion a été longue ou confuse, ou à la fin d'un rendez-vous quand le Chirurgien-dentiste veut insister sur certains aspects et amener le patient à y réfléchir.

3.4.2.2 La compréhension

Le Chirurgien-dentiste sera dans un deuxième temps invité à prendre à son tour le devant de la communication, après avoir écouté et pris conscience des peurs et angoisses de son patient.⁶⁵ Il apportera de par ses connaissances, son expérience, ses capacités, l'interprétation et l'intégration de renseignements apportés par le patient, dans un tout cohérent, et fera part à ce dernier de sa perception du problème.

3.4.2.2.1 Demander

Lorsqu'elles sont judicieusement placées, les questions sont des atouts majeurs de la communication.⁵⁹ En ce sens, elles invitent notamment le patient à parler, en posant des questions ouvertes sur l'origine même de ses peurs, qui l'encourageront à s'exprimer. Elles peuvent aussi servir à demander des précisions au patient, en l'aidant à exprimer le fond de sa pensée. Enfin, il se peut que le praticien n'ait tout simplement pas compris une

information, ou que le patient ne se soit pas exprimé clairement. Il ne faut pas hésiter alors à demander de répéter. Certains types de questions sont cependant à éviter, on pense notamment aux questions mettant le patient sur la défensive, qui l'accuseraient, ou qu'il se sente blâmé ou raillé pour ses peurs infondées, ou certaines questions suggestives donnant maladroitement la réponse escomptée au patient.

3.4.2.2.2 Interpréter

Après avoir activement écouté le patient se livrer sur ses angoisses, et éclairci ses propos, compris ces dernières, vient le moment de proposer une hypothèse sur la nature et l'origine de la situation, et la solution qui semblerait être la plus adéquate. Ce but est dans un premier temps d'amener le patient à comprendre la situation, avant d'en apporter la solution, car ce dernier pourra ainsi choisir cette dernière en toute connaissance de cause, et sans se sentir biaisé ou sans la comprendre.⁵⁹ Il conviendra au praticien d'expliquer les éléments sur lesquels reposent l'hypothèse, à partir du vécu et des dires du patient, afin que ce dernier en saisisse lui aussi le lien qui les unie, et qu'il se sente avec le Chirurgien-dentiste, et non pas un problème face à ce dernier.

3.4.2.3 L'action

C'est le moment d'intervenir concrètement, en proposant son soutien au patient craintif, ou en l'incitant à adopter des comportements pouvant maîtriser ses angoisses.⁵⁹ La collaboration est nécessaire pour établir des objectifs et stratégies de traitement efficaces.

3.4.2.3.1 Exposer le Problème

Une fois toutes les informations en main, et avec le patient, vient le moment de saisir et de clarifier la nature et l'origine des angoisses dont se plaint le patient. Il sera plus facile de le présenter au patient de façon à ce que ce dernier y voit rapidement comment le résoudre et qu'il paraisse facilement résolvable.

3.4.2.3.2 Etablir une approche graduée

Il est facile de comprendre qu'on ne pourra pas résoudre immédiatement les problèmes d'anxiété de son patient. Aussi, il est judicieux d'établir une directive, et des

objectifs à atteindre, séance après séance, en prenant chaque fois plus le pas sur les peurs de son patient. Cette directive doit être concrète, objective et réalisable, en ce sens adaptée au patient, à ses exigences, et à sa motivation. Enfin, elle permettra aussi au praticien de s'y retrouver dans la prise en charge de son patient, et surtout d'optimiser petit à petit les séances et leur temps clinique, à la fois pour le patient, et pour le confort du praticien. A son début, le patient aura besoin d'aide et d'encouragement, d'empathie, et au fur et à mesure de son déroulement, sa motivation et les résultats visibles seront les clefs du succès de la réussite de sa prise en charge.

Il en convient que quand il y a plusieurs problèmes, il est utile dans un premier temps d'établir un ordre de priorités en fonction de leur urgence. Il est aisé de comprendre que les problèmes pouvant amener le patient à souffrir ou risquer une infection seront traités en priorité.

3.4.2.3.3 Persévérer

Il est primordial de mettre à contribution constante le patient lors de sa prise en charge, et dans ses efforts quotidiens pour vaincre ses peurs. Les plans de traitements sont parfois longs et épuisants, ou la motivation de certains patients peut vaciller plus ou moins rapidement. Il est ainsi important d'encourager le patient, afin de l'aider à persévérer dans sa prise en charge, et que ce dernier se sente clairement informé et au courant de sa santé, et des objectifs fixés, et des moyens nécessaires et mis en œuvre pour y arriver.

Il est du devoir du praticien à chaque rendez-vous de faire un rapide point sur ce qui a été fait, sur les efforts accomplis, ce qui est au programme, et les objectifs à atteindre.

4. Prise en charge sur terrains anxieux

Cette partie traite de l'approche particulière que demande la prise en charge de patients plus sujets à des troubles anxieux, étant en proie à craintes et angoisses liées à la précarité de leur situation.⁶⁷ Sera ainsi abordée la prise en charge que demandent les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées, et les patients agressifs.¹¹⁻⁶⁸⁻⁶⁹

4.1 Soigner un enfant

Une expérience traumatisante vient par la peur de l'inconnu, un praticien un peu trop brutal, et non empathique, ou qui réprimande l'enfant, peut être à l'origine de troubles anxieux de ce dernier à l'égard des soins dentaires.⁵ Il est donc primordial dès le plus jeune âge de prendre conscience de l'importance l'établissement de premiers contacts serein avec le Chirurgien-dentiste et d'être conscient de comment s'instaurent des comportements de crainte et de peurs afin de pouvoir les désamorcer le plus précocement.⁶⁷⁻⁷⁰

Aussi, les parents ont un rôle important dans la préparation psychologique de leur enfant, tant dans l'apprentissage des bonnes techniques d'hygiène bucco-dentaire, que dans le comportement qu'il adoptera sur le fauteuil. Parents et praticien collaborent donc ensemble dans un but commun, celui de la santé de l'enfant. Un refus de collaborer, ou des manifestations de peur induite, peut relever d'une faille dans l'éducation des parents. L'enfant conditionné par les craintes parentales aura automatiquement peur lui aussi, coopérera moins bien, supportera difficilement la douleur, adoptera des comportements nuisibles, prolongera la durée du traitement, et augmentera le risque de douleur.

4.1.1 Les premiers contacts

Pour traiter les enfants, il faut d'abord comprendre que ce ne sont pas des adultes en miniature.¹⁵ Les premiers sentiments qu'ils éprouvent à l'égard des nouvelles expériences ne sont pas toujours positifs, et peuvent faire preuve d'appréhension face à l'inconnu.⁶⁵ Il est donc crucial que ses premières expériences chez le Chirurgien-dentiste se déroulent le mieux possible, afin de ne pas faire naître en eux le patient phobique. L'enfant doit être accueilli chaleureusement, et sa consultation doit être un moment privilégiée d'écoute et de discussion.⁶⁷ Il doit se sentir dans un cadre familier, et toute l'équipe soignante doit s'efforcer de connaître le jeune patient et de se mettre à son niveau.

4.1.1.1 Au Cabinet

Le décor, l'ambiance du cabinet et de sa salle d'attente ne doivent pas faire peur à l'enfant.⁶⁷ Au contraire, une ambiance calme, avec des couleurs apaisantes, un peu de musique d'ambiance relaxantes, pourquoi pas un coin de jeu en salle d'attente, des équipements spécifiquement adaptés à la pratique de la pédodontie, ou l'enfant pourra appréhender sa visite chez le Chirurgien-dentiste sans peur. Aussi, si l'enfant est conduit à s'occuper loin de ses parents, ou pendant que ces derniers sont en train de recevoir un soin, cela facilitera l'autonomie et la séparation de l'enfant quand viendra son tour, et lui permettra d'établir des premiers contacts privilégiés avec l'équipe soignante.

4.1.1.2 Ses premières consultations

Il est enfin recommandé que la première consultation avec l'enfant se déroule dans un terrain neutre, autre que la salle de soin, qu'elle soit courte, et principalement dédiée à la discussion et à la première prise de contact avec les lieux, et le personnel soignant.⁷⁰

Si cette première consultation est chaleureuse, elle sera plus efficace, moins anxiogène, et plus facilement acceptée par l'enfant qui sera mieux préparé aux éventuels soins qu'il aura à subir. Aussi, lors des prochaines consultations proprement dites, le jeune enfant pourra apporter un doudou à ses côtés, qui aura un effet sécurisant pour lui, et lors des premières rencontres, de ne réaliser que simplement un examen, ou une prophylaxie, sauf en cas d'urgence, afin d'éviter d'associer l'acte dentaire à la douleur ou à la souffrance.

Enfin, il est nécessaire d'obtenir et de conserver la confiance du jeune patient, et ainsi sa collaboration. Il pourra par exemple participer activement lors des consultations, en ayant des tâches, des missions, des objectifs, et communiquer sur ce qu'il ressent, sur comment il va, et savoir ce qui est au programme de la consultation, afin d'instaurer un climat amical et détendu.

4.1.1.3 Comment parler avec un enfant

Aussi, il est également important d'adapter un vocabulaire particulier et adapté à l'âge et au développement intellectuel du patient, tant dans la description des actes, que du matériel.⁶⁷ A l'inverse, il conviendra d'éviter d'utiliser un vocabulaire agressif et anxiogène (« anesthésier », « piquer », deviendront « endormir », « pompe à salive » deviendra « aspirateur », « sonde » en « cure dent », etc).

Il est important d' « apprivoiser » le jeune patient et de l'inciter à l'Odontologie afin que tout au long de sa vie sa prise en charge soit la plus confortable possible.

4.1.1.4 Faire découvrir les instruments

Le contact physique avec les instruments dentaires doit se faire de façon graduelle et non traumatisante. Une méthode efficace consisterait à dire, montrer, et faire ce que l'on fait, le « Tell, Show, Do ». ⁶⁷⁻⁷⁰ Dans un premier temps est expliqué, avec un vocabulaire adapté au jeune patient, ce en quoi consiste le traitement, puis vient le temps de lui montrer brièvement, de façon à ce que ce dernier sache ce qu'il va se produire, et le voir, ainsi avec son accord, accomplir le plus rapidement, l'objet du traitement. De ce fait, on pourra ainsi, par exemple, utiliser la sonde sur l'ongle de l'enfant, puis la lui faire prendre en main, d'actionner le spray d'air sur la main de l'enfant, au cours des futures consultations, rappeler à l'enfant qu'il connaît déjà tous ces instruments, et de les associer, pourquoi pas, avec des images fantaisistes pour créer un univers pour l'enfant.

L'anxiété vient d'abord et avant tout à partir de l'inconnu et le sentiment d'impuissance. Il est ainsi primordial de faire prendre en contact l'enfant avec le cabinet le plus rapidement et le plus confortablement, afin qu'il connaisse le matériel, les techniques, et qu'il sache de plus que ce n'est pas insurmontable.¹¹

4.1.1.5 introduire progressivement l'anesthésie

Pour la réalisation de l'anesthésie, il s'agit sans doute de l'intervention la plus délicate et certainement la plus déterminante pour le futur de sa prise en charge. ¹⁵ Il est recommandé d'introduire progressivement la vision de la seringue et de l'aiguille, afin de ne pas traumatiser ce dernier, et qu'il n'exacerbe pas la douleur ressentie lors de l'anesthésie, ni de créer une phobie à sa vision. Le praticien pourra par exemple, lors de la première anesthésie, cacher l'aiguille, puis lors d'une séance ultérieure, capuchonner l'aiguille avec un coton salivare, et s'il n'est pas trop effrayé et que sa curiosité l'emporte, ce dernier pourra voir la voir, et même la toucher avant l'anesthésie. Enfin, comme précédemment abordé, il est conseillé de remplacer les expressions comme « piquer » ou « anesthésier » mais par « endormir ».

L'enfant pourra être préparé à la douleur en lui disant que cela pourra « pincer » légèrement. L'enfant tolère en effet un certain niveau de douleur, à condition d'être

prévenu, qu'elle sera de courte durée, ce qui lui permettra de la surmonter en sachant sa fin proche. Il pourra être aidé par des techniques de distraction, comme remuer des pieds, lui conter une histoire, ou se concentrer sur sa respiration abdominale.¹⁵ Il n'est jamais conseillé de mentir à un patient, en l'en informant, pour garder ainsi sa confiance.

4.1.2 La collaboration avec les parents

Avant de traiter un enfant, il est primordial de rencontrer les parents.⁶⁷ Ces derniers seront, dans un premiers temps, les interlocuteurs clefs de la prise en charge de l'enfant. Ils renseigneront les antécédents dentaires, médicaux, et psychologiques de l'enfant, sa personnalité, son caractère, son développement intellectuel, et la vision et l'attitude que ces derniers ont et auront du cabinet.

Il est important de rassurer les parents en démontrant ses connaissances et sa maîtrise, ainsi que son approche avec les enfants, afin d'éclaircir toutes les potentielles peurs qu'ils pourraient transmettre à leurs enfants, parfois nées de mauvaises expériences eux même avec un autre Chirurgien-dentiste.¹¹

4.1.2.1 La présence des parents lors des soins

La présence des parents peut être à la fois un atout ou un obstacle.⁶⁷ L'absence des parents des enfants, surtout en bas âge, peut provoquer un sentiment de détresse, alors qu'à l'inverse, leur présence peut induire du réconfort. Cependant, la méconnaissance des parents sur comment intervenir lors du soin, rend la question de leur présence problématique. Les parents désirent accompagner leur enfant. Ce désir ne doit cependant pas entraver la bonne réalisation des soins. L'idéal serait de proposer aux parents de venir dans la salle de soin, mais de manière à ce que l'enfant ne les voie pas directement, tout en les sachant présent. Ces derniers seront aussi tenus d'intervenir au moment où leur chirurgien-dentiste leur conseillera, afin d'encourager le jeune patient, et non de l'inciter à quémander de partir. Par exemple, au moment où l'enfant pourrait se mettre à pleurer, c'est au praticien d'intervenir, et non au parent, afin qu'il reste maître de la situation, et non pas l'enfant. Leur rôle serait donc plus limité à leur simple présence réconfortante et sécurisante. En fait, c'est la nature et l'importance de l'anxiété du patient qui dictera la décision d'accepter ou non la présence des parents.

Il est important cependant de garder une certaine autorité, par exemple lorsqu'un des parents intervient alors qu'il ne devrait pas, ou lorsque le jeune patient se permet de bouger, gigoter, fermer la bouche, se plaindre, car c'est en tolérant quelques interventions que l'on risque de les encourager.

4.1.3 En fonction de son âge

Un jeune patient, comme tout humain, est en constante évolution, et il est crucial de comprendre que ce dernier pourra être amené à être plus vulnérable, selon des périodes de chamboulement de sa vie.⁶⁷ On dénote ainsi quelques moments clef lors du développement de l'enfant, au cours desquels l'approche thérapeutique du praticien va devoir s'adapter, afin de répondre au mieux aux attentes du jeune patient.

4.1.3.1 Naissance et développement de l'anxiété chez l'enfant

Au début de sa vie, la relation est fusionnelle entre l'enfant et sa mère.¹⁵ Elle est omniprésente dans sa vie, et n'a jamais été séparé d'elle. A partir de 8 mois commence la phase de séparation avec sa mère, et de l'individualisation du jeune enfant. Il commence à prendre conscience que sa mère ne fait pas parti de lui, et c'est dès cet âge que l'anxiété lié à la séparation de sa mère naît. Au cours de sa deuxième année, l'enfant commence à comprendre que sa mère continue d'exister, même si elle n'est plus directement dans le champ de vision. Sa réaction d'anxiété s'en trouve diminuée, et peut même trouver solution.

La naissance de la peur du Chirurgien-dentiste trouverait ainsi, de manière originelle, une explication à une séparation angoissante de l'enfant avec sa mère, et la question de sa présence durant le soin prend tout son sens. Il est remarqué de plus, que plus les parents d'un enfant sont eux-mêmes anxieux du soin dentaire, plus l'enfant aura de risque de développer une angoisse à l'encontre du Chirurgien-dentiste.⁷⁰ Cette transmission de la peur se ferait préférentiellement de la mère à l'enfant, angoissant elle-même pour son propre enfant, craignant pour sa sécurité. On noterait enfin un rôle de la part du père, servant de modèle à l'enfant par rapport à l'expression de ses sentiments, aussi si le père ne montre aucune peur à l'occasion du soin de son enfant, l'enfant lui-même jugera que le traitement ne doit pas être perçu comme angoissant.

4.1.3.2 Jusqu'à 2 ans

C'est habituellement l'âge du premier rendez-vous.⁷⁰ C'est à ce moment que la relation avec la mère est la plus forte, il est donc conseillé de ne pas les séparer pour ne pas générer d'angoisses qu'il associerait à sa venue au cabinet. L'enfant n'est alors pas à même de comprendre ce qui se passe, et ce qui gravite autour de lui, et son attention est vive et très volatile.

L'objectif ici est la prévention, plus que le soin, et l'occasion d'établir des premiers contacts sereins avec le Chirurgien-dentiste par une communication adaptée, afin que le jeune patient découvre sans peur, et petit à petit, le monde de l'Odontologie. L'enfant pourra être félicité dès ce moment pour renforcer positivement sa visite chez le Chirurgien-dentiste, et associer des images positives à sa prise en charge.

4.1.3.3 De 2 à 6 ans

A cet âge beaucoup d'enfants sont faciles à traiter.⁷⁰ Les enfants de cet âge sont cependant très impulsifs, et peuvent rapidement passer de la coopération au refus strict et bruyant.

La visite se limitera encore à un simple examen afin d'éviter que l'enfant associe une expérience négative avec sa visite chez le Chirurgien-dentiste, et afin de créer un climat serein par la communication. En cas de soin, il est cependant de mise, encore une fois, d'être rapide et prudent, afin d'être le moins anxiogène pour le jeune patient, et ne pas faire naître de peur en eux, et sera félicité pour ses efforts et sa coopération.

4.1.3.4 De 6 à 9 ans

Les enfants de cet âge sont curieux et commencent tout juste à essayer de comprendre le monde et les adultes qui les entourent.⁷⁰ Ils cherchent à comprendre les concepts et règles de vie, et cherchent à se sociabiliser tant parmi les camarades de leur âge, que les adultes qui entrent dans leur vie. Ces enfants seront donc tout enclins aux messages de prévention et de bonne conduite que le praticien aura à lui transmettre, et prêts à surmonter leur appréhension du cabinet. C'est un âge clef pendant lequel le Chirurgien-dentiste pourra à la fois pratiquer son exercice de la manière la plus confortable, et à la clef d'une séance de soin sans peur ni douleur, un apprentissage positif du monde de l'Odontologie, dénué de peur.

La communication sera donc orientée, en ce sens de faire découvrir au jeune patient le maximum d'informations qui pourraient susciter son attention, et de faire naître la curiosité de revenir au cabinet. Les encouragements que lui donneront le praticien auront autant plus d'effets que ces derniers seront fiers d'être ainsi gratifiés d'avoir été coopérants.

4.1.3.5 De 9 à 12 ans

Ces jeunes enfants commencent à avoir leur propre expérience et vision du monde et du milieu de notre cabinet.⁷⁰ Ainsi, des enfants ayant eu de bonnes expériences dans le passé avec le praticien seront d'autant plus de très bons et calmes patients, sachant maîtriser leurs émotions et leur peur. A l'inverse, un jeune patient découvrant tout juste, ou ayant eu de mauvaises expériences, nécessitera d'autant plus d'attentions, de calme et de précautions, afin d'inverser la courbe, effacer toute appréhension, ou vaincre tout mauvais souvenir.

Il sera donc crucial de cerner et comprendre son patient, et ses expériences, pour orienter sa communication et les buts recherchés par celle-ci, appuyer ses précédents souvenirs, ou tenter d'effacer ces derniers. La ligne de conduite sera de s'appuyer sur ces souvenirs positifs afin de renforcer cet apprentissage dénué de peur de l'Odontologie, en prenant soin et attention de son jeune patient.

4.1.3.6 L'adolescence

A cet âge, le jeune adulte est en quête d'identité et de sa place dans la société.⁷⁰ Entre l'âge de l'enfant et de l'adulte, c'est un passage qui s'opère bien souvent avec quelques difficultés, et un sentiment d'incompréhension de la part des adultes. Ainsi face au praticien, le patient peut réagir comme une corvée imposée par l'adulte, ne pas cherchant à le comprendre, et ne cherchera ainsi pas à mettre de la bonne volonté dans la réalisation des soins. A l'inverse, il pourra aussi chercher à se créer une place dans le milieu adulte, et montrant sa personnalité et son individualité, en coopérant, et en y mettant du sien.

Il est ainsi crucial de bien cerner la personnalité du patient, et de se ranger de son côté pour que le jeune adolescent se sente compris et soutenu, et qu'il puisse avoir une confiance totale en son praticien, sans la moindre crainte ni angoisse. La communication

se voudra égalitaire, et que le patient se sente à un même niveau que son praticien, pour se sentir en pleine confiance, et non plus traité comme un enfant.

4.2 Soigner un patient Age

Il s'observe de nos jours un vieillissement de la population, résultant de l'amélioration des conditions de vie, et du développement des connaissances médicales et technologiques.⁷¹ Cependant le constat est que plus l'âge du patient augmente, plus les difficultés motrices et psychologiques apparaissent, et à maintenir une hygiène bucco-dentaire satisfaisante. Dans un contexte global affaibli, il expliquera l'apparition de problèmes parodontaux, de résorption osseuse, de caries radiculaires, présentes plus fréquemment au sein de cette population.⁶⁷ Couplé à cela, les patients âgés peuvent être des personnes fragiles et perdant petit à petit leurs repères dans le monde, et sentant perdre leurs moyens, peuvent développer une crainte et appréhension du monde de tous les jours, et de celui de l'Odontologie.

L'objectif ici est ainsi comprendre les besoins et attentes des patients âgés, de leurs conditions de vies particulières, et de leurs craintes et angoisses du quotidien. Il sera ainsi crucial d'adapter sa prise en charge, et d'apporter toute la sécurité dont a besoin le patient, par la communication, afin de l'aider maîtriser son appréhension du quotidien.

4.2.1 Comprendre ses conditions de vie

Le constat se dresse qu'avec l'âge et le vieillissement des patients s'installe une certaine forme plus ou moins marquée d'isolement familial et social. Accentué par la baisse de leurs capacités physiques, la perte du conjoint, quand la famille se disperse, ou n'a plus le temps à consacrer, les personnes âgées sont parfois laissées à l'abandon et livrées à elles-mêmes. De cela en découle une sensation moindre de vouloir prendre soin de soi et de sa santé bucco-dentaire, et de consulter chez le Chirurgien-dentiste, entraînant une dégradation de cette dernière.⁶⁸ La motivation à conserver et entretenir une bonne hygiène bucco-dentaire se lie à celle de son apparence physique et esthétique, et de la volonté de conserver une estime de soi. Aussi, la personne âgée est une personne plus fragile et vulnérable d'un point de vue psychologique, émotif et mental, et pourront attacher de fortes valeurs émotionnelles à des choses qui ne seraient pas vu du même œil par le chirurgien-dentiste, comme la conservation de leurs dernières dents.

Enfin, tout en se voyant ralentir et s'affaiblir physiquement, un stress supplémentaire s'ajoute à ce besoin d'aide et d'assistance, qui se traduiront par une angoisse du quotidien, et dont les retentissements pourront se ressentir au cabinet dentaire.

4.2.2 Adapter son approche

L'essentiel des efforts devra se concentrer sur l'aspect psychologique de la relation avec le patient.⁶⁷ La peur du cabinet dentaire chez le patient âgé est en effet liée à son appréhension du quotidien et sa sensation de vulnérabilité, il est donc crucial de lui redonner toute confiance et sécurité. Le praticien devra par la communication lui donner toute la sécurité et la confiance dont il a encore plus besoin, par une relation douce et attentionnée. Il insistera aussi sur l'importance et la nécessité du maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire pour le maintien et la sauvegarde d'une bonne image et estime de soi, et pour éviter tout problème de dénutrition.⁶⁸

Il ne faut par contre surtout pas oublier que ces patients sont souvent des personnes épuisées, n'ayant parfois pas la volonté ou l'énergie à mettre dans les traitements qui lui seraient bons. D'autant plus que certains patients présentent déjà un traitement et un passé médical lourd, et sont plutôt demandeur de repos et de tranquillité. L'approche thérapeutique se voudra donc plus réfléchie et conservatrice, se voulant volontairement la moins bouleversante.

Il faudra laisser au maximum le patient s'exprimer, même en cas de difficultés, de s'adresser directement à lui, et de s'efforcer de comprendre, afin qu'il se sente écouté et non infantilisé. Le praticien répètera autant de fois que cela sera nécessaire, lentement et distinctement, dans les yeux, dans un endroit calme et sans stress, en encourageant le patient de ses efforts de compréhension. Il pourra aussi s'aider en lui écrivant de manière grosse et lisible, des petits mots, pense bête, ou tout simplement pour lui résumer la séance, les prochaines, ce qu'on lui conseille de faire, etc.

Quand le stade de vieillissement est à un stade si important que ce dernier est inapte à exprimer ce qu'il pense, ressent, il est recommandé de faire appel à un membre de la famille. Ce dernier aidera le praticien à s'occuper du patient, et de ré introduire une communication, et donner une certaine sécurité au patient par la présence de sa famille. Il permettra enfin de prendre des décisions pour son parent, quand ce dernier n'est plus à

même psychologiquement d'en prendre, afin de respecter ses idées, quand il était en pleine possession d'en avoir. En respectant ainsi les choix de sa famille, sachant ce qui est et était bon pour lui, et en apaisant cette dernière, ses craintes vis-à-vis de leur parent, le praticien apaisera son patient par la même occasion. Lorsque les patients n'ont pas, ou plus de famille, le praticien devra se référer à sa tutelle, ou curatelle.

Il est primordial d'avoir un comportement qui ne se veut ni accusateur et sans remontrance des efforts supplémentaires mis en œuvre, et de s'efforcer d'établir un contact rassurant et sécurisant pour des personnes fragiles et craintives, demandeurs d'autant plus d'attention et de soin. C'est en établissant une relation sécurisante que le patient pourra trouver un repère en son praticien, et n'appréhendera plus ses visites au cabinet, car il aura pleine confiance lors de sa venue. Il faut enfin toujours garder en tête que le patient est toujours celui qu'il a été dans sa jeunesse, en pleine possession de ses moyens, et que malgré les handicaps et difficultés, il a le droit et aspire à être traité toujours avec le même respect et la même dignité.

4.3 Soigner un patient aux antécédents médicaux lourds

Le Chirurgien-dentiste est quotidiennement amené à prendre en charge des patients atteints de pathologies diverses, avec un handicap plus ou moins influant sur leur vie quotidienne, ou une morbidité plus ou moins sévère. Les pathologies les plus courantes sont des troubles légers à moyens, tels que des problèmes d'hypertension, du diabète, des patients insuffisants rénaux ou hépatiques, légèrement à modérés, asthmatiques. Certains patients présenteront cependant des pathologies plus importantes, préférentiellement adressé en service hospitalier, pour des raisons de prise en charge pluridisciplinaire.

Ces patients appréhendent plus leur visite au cabinet qu'ils associent au milieu médical plus général, associés à de mauvaises expériences qu'est la maladie. Ils pourront de plus appréhender la survenue de nouvelles mauvaises surprises, avoir une mauvaise image du corps soignant, toujours associé à leurs problèmes de santé, ou avoir développé une véritable phobie du milieu médical.

La première des choses sera de se tenir en contact étroit avec le médecin traitant du patient, ou des services hospitaliers le prenant en charge. Il se renseignera sur l'histoire de son patient, son état de santé, et d'esprit, ses traitements, les possibles manifestations en bouche, les interactions avec certains traitements.⁷² Il aura de plus constamment un interlocuteur avec qui échanger sur la prise en charge de son patient, qu'elle soit purement

médicale, sur la nécessité d'un traitement, ou psychologique, en échangeant sur l'histoire de ce dernier.

Il sera aussi crucial de franchir la barrière de la maladie et d'inviter le patient à en parler, sur sa survenue, comme ce dernier l'a vécu. Il apprendra par l'occasion l'état d'esprit actuel de son patient, pourra décoder la vision qu'il a de sa visite au cabinet, ses peurs et appréhensions liés à son vécu. Il donnera enfin par la même occasion le sentiment à son patient d'être proche de son praticien, compris, et en confiance, afin de vaincre sa mauvaise affinité avec la maladie.

4.3.1 Soigner un patient gravement malade

La particularité première d'un patient gravement malade, au-delà de la simple sphère thérapeutique de sa prise en charge, est la proximité parfois intime avec la mort.⁷² Bien qu'il soit compliqué de caractériser aussi simplement des bouleversements de vie, les psychologues dénotent 6 phases de modifications d'état d'esprits.⁷³ Allant de son diagnostic, jusqu'à son acceptation, le patient entre en état de choc, puis de dénégaration, entre en colère, marchande, tombe dans la dépression, puis accepte son destin. Le praticien changera donc d'image aux yeux de son patient, associé aux autres intervenants de santé, dans son cursus de prise en charge de la maladie.

Il sera crucial par la communication d'inviter le patient à se confier sur son état d'esprit actuel, comprendre ses angoisses du lendemain, pour savoir comment l'aborder au quotidien, et quelle relation tisser avec lui. Il est ainsi fondamental de cerner le patient, afin de savoir comment mieux paraître et répondre à ce dernier, afin qu'il se sente compris, en confiance, et pouvant aborder calmement le quotidien dont fait partie la visite au cabinet.

4.3.2 Soigner un patient atteint de problèmes psychiatriques

La santé bucco-dentaire des patients en psychiatrie est bien souvent délaissée et mise de côté, jugée secondaire par rapport à leurs autres problèmes familiaux, sociaux, ou médicaux.⁷⁴

Ces patients développent une angoisse de la douleur, qui est le motif premier de l'absence de leur visite.⁷⁵ En fonction de leur passé, et de l'histoire de leur prise en charge, ces patients nourrissent parfois une véritable angoisse du personnel soignant, associée à

un traumatisme ressenti ou vécu. Il est ainsi parfois compliqué de tisser des liens stables avec ces patients, et qui ne peuvent chercher la sécurité et la confiance dans leur praticien, nécessaire à leur prise en charge, en fonction du trouble dont ils sont atteints.

Ces patients sont de plus polymédiqués, et ayant des répercussions sur le flux salivaire et la santé bucco-dentaire. Ces médicaments favorisent enfin le développement de caries, de plaque dentaire et de parodontopathies. A cela s'accompagne de plus des difficultés pour s'alimenter, une dégradation de l'estime de soi et de ses rapports sociaux, par une dégradation de la santé bucco-dentaire et de l'esthétique du sourire, entretenant ce cercle vicieux.

L'objectif ici est de ré introduire le patient dans un suivi de soin, jugé secondaire, en le convaincant par la communication, afin de rompre ce cercle vicieux de dégradation de l'estime de soi, et de sa santé bucco-dentaire. Il sera aussi crucial de l'aider à vaincre ses angoisses du cabinet, du personnel soignant, et de la douleur, afin qu'il regagne confiance, et la volonté de prendre soin de lui.

4.4 Soigner un patient en situation de handicap

Il est établi que dans plusieurs pays, même parmi les plus développés sur le plan médical, les personnes handicapées forment la population qui a le plus grand besoin de soins dentaires, mais aussi celle qui en reçoit le moins.⁶⁹⁻⁷⁶ Couplé à ce manque de prise en charge, quelques patients développent une véritable angoisse de certains éléments du quotidien, en rapport direct à l'organe rendu défaillant par le handicap. Ces patients font cependant partie intégrante du quotidien du chirurgien-dentiste, et il est de son devoir d'être sensibilisé à leur prise en charge, et la compréhension de leur appréhension du quotidien. La maladie ne doit pas être un frein ou un obstacle, ainsi chaque Chirurgien-dentiste se doit de s'adapter au quotidien du handicap de sa patientèle, et d'élaborer une prise en charge individuelle pour chaque patient.

Le praticien cherchera à comprendre leur vécu, l'histoire de leur handicap et les obstacles du quotidien, ainsi que leur appréhension du monde. Il sera ainsi capital de les rassurer lors de chaque visite, et de rétablir la nature d'un dialogue d'égal à égal, en s'adressant directement à eux, de manière naturelle et respectueuse.⁶⁷

4.4.1 Le handicap mental

L'expression du handicap mental qualifie à la fois une déficience intellectuelle, et les conséquences qu'elle entraîne au quotidien, sur l'accomplissement de la vie du patient en société.⁶⁷ La médecine a établi quatre degrés de gravité dans la déficience ou retard mental, basés sur le quotient intellectuel.⁷⁸ Cette déficience peut se répercuter sur le potentiel intellectuel, cognitif, affectif, social, ou pour accomplir des tâches et activités quotidiennes, comme prendre soin de soi même, ou dans la perception de leur monde.

Certains patients peuvent ainsi développer une phobie du cabinet dentaire car ils ne le comprennent pas, représentant la douleur, ou associé à leur prise en charge médicale lourde et traumatisante.

Ces patients font de plus partie des populations ayant la plus mauvaise santé bucco-dentaire et nécessitant le plus de soins.⁷⁹ En cause leurs difficultés manuelles à entretenir leur hygiène bucco-dentaire, leur état de santé général, le manque de prévention, et la pauvreté de leur prise en charge. Ces patients sont de plus polymédiqués, et leurs traitements peuvent avoir des répercussions sur leur santé bucco-dentaire. Cet état de santé buccale est aussi cependant lié en partie à l'incompréhension et au manque de motivation de la part des personnes qui prennent soin de ces patients.

4.4.1.1 Adapter son approche

Tous les patients ne réagiront pas de la même manière. Certains prendront la visite au cabinet comme une agression, par peur de la douleur, parce qu'ils y perdront tout repère, ou par souvenirs de traumas passés, auront ainsi peur et chercheront à fuir.⁶⁷ Le cabinet est de plus source d'émotions fortes, comme la luminosité éblouissante du scialytique, le bruit des contre angles et turbines, qui peuvent terrifier le patient. Le praticien veillera ainsi à contrôler ce qui pourra être perçu comme angoissant par le patient. Il pourra de plus, à la manière du « Tell, Show, Do », lui faire découvrir graduellement les différentes sensations et instruments qu'il sera amené à rencontrer. L'objectif ici est que le patient comprenne le milieu du cabinet afin de vaincre sa peur de l'inconnu, qu'il se sente en sécurité, et qu'il le découvre comme dénué des sensations et douleurs traumatisantes qu'il appréhende.

Il sera donc crucial de rassurer ces patients par la communication, de se mettre à leur niveau, comprendre leurs angoisses, les encourager à s'exprimer et montrer son intérêt. Il sera aussi crucial d'établir rapidement ce qu'il sera possible de faire, de manière réaliste, et émotionnellement tolérable, pour offrir une prise en charge efficace et adaptée, sans crainte ni peur. L'erreur serait de vouloir abattre la quantité de travail la plus importante en le moins de temps possible, afin de minimiser les séances et la « gêne » occasionnée, en dépit de l'acceptation du patient, et de son confort. La prévention et ici de mise, afin de contenir l'arrivée de phénomènes douloureux qui pourraient angoisser le patient, et pour éviter la nécessité d'avoir à intervenir sur un terrain rendu compliqué par le handicap.⁷⁸ Le praticien pourra enfin avoir recours aux soins sous sédation consciente⁵ en cas d'impossibilité pour le patient de garder son calme.

4.4.2 Les handicaps physiques

Il peut être paralytique, accidentel ou congénital, mais aussi toucher un sens, tel que la vision, l'ouïe.⁸² L'absence d'un organe empêchera dans de nombreux cas au patient d'avoir confiance en son environnement, car il lui manquera une information cruciale pour l'analyser. Cette absence de confiance pourra amener le patient à appréhender les obstacles, ou à angoisser de la survenue d'un événement qu'il ne pourra pas voir arriver. La plupart des handicaps physiques n'ont cependant aucune conséquence sur les capacités de compréhension du patient, mais ces personnes souffrent tout de même de la vision des autres.⁶⁷

Cette gêne ne doit absolument pas se ressentir dans la prise en charge du patient au cabinet. Hormis l'attention toute particulière à apporter au patient pour le sécuriser dans l'environnement du cabinet, il devra se sentir traité comme n'importe quel patient valide. Il est ainsi crucial que le praticien ne modifie pas son comportement, et la plus grande des erreurs serait de tomber dans une attitude de pitié envers le patient, et en adoptant une attitude faussement condescendante.

4.4.2.1 Le Handicap Moteur

La prise en charge ne doit pas différer de celle d'un patient valide, uniquement à cause de son handicap. Hormis l'obstacle de leur mobilité au sein du cabinet, ces patients sont en pleine possession de leurs capacités d'analyse et d'interprétation, et ne doivent pas être stigmatisés comme des personnes à part. Il faudra cependant se rappeler de la

difficulté purement physique du brossage chez ces patients, et de leur accessibilité au cabinet. Le praticien veillera ainsi à aménager son cabinet, afin de faciliter l'accès à ses patients handicapés.

Cependant, les patients pour qui le handicap est associé à une expérience du monde médical lourde, ou pour qui le handicap a eu des répercussions sur la sphère buccale, pourront développer des craintes et angoisses.⁷⁴ A l'image des patients aux antécédents médicaux lourds, il sera donc du devoir du praticien de déceler ces angoisses et d'élaborer une approche unique en fonction du passé du patient.

4.4.2.2 La surdité

La perte d'acuité auditive est un des handicaps les plus répandus.⁸¹ Ces patients ne pourront se rassurer de la voix de leur praticien, les encourageant, ou analyser pleinement l'environnement de la salle de soin. De plus, la privation de l'audition se répercute sur le développement social et affectif, et engendre de grandes difficultés de communication, qui provoquent en retour, un rejet de l'entourage, et un repli sur soi.⁶⁷ Ce repli peut amener les patients à appréhender sur leur quotidien, non rassurés par leurs proches, et ayant peur de cet inconnu qu'est le cabinet dentaire.

Il faudra ainsi se rappeler au cabinet que le handicap n'empêche pas de communiquer avec le patient, et même si elle a de grandes difficultés à s'exprimer, une personne sourde pourra s'exprimer, par gestes, comprendre par le regard, ou transmettre des messages.⁶⁷ La communication se voudra ainsi centrée sur sa composante non verbale, pour élaborer le dialogue.¹⁵ Les praticiens désireux de prendre en charge au mieux ces patients pourront ainsi se former à l'usage du langage des signes, ou avoir recours à un interprète qualifié qui pourra traduire au patient en gestuelle. Il est crucial de tenter de renouer le dialogue avec le patient atteint de surdité, car cet outil de socialisation lui a été pris, et est la clef d'une prise en charge sécurisante pour le patient. La prise en charge se voudra ainsi essentiellement à développer sa volonté de communiquer avec ce dernier pour qu'il puisse avoir pleine confiance dans son praticien, et appréhender au mieux ses angoisses du quotidien.

Aussi il est judicieux de penser que certains patients possèdent des appareils auditifs qui peuvent mal supporter le bruit de nos turbines ou inserts, et de demander parfois à éteindre ce dernier.

4.4.2.3 La cécité

La cécité est une déficience visuelle totale.⁸⁴ La plupart des personnes atteintes de cécité conservent néanmoins une faible capacité visuelle qui leur permet de distinguer des ombrages, ou de voir les objets situés exactement dans leur champ de vision. Cette perte de la vue peut avoir de multiples causes, principalement des problèmes oculaires non opérés, être accidentelle, ou congénitale.

Ces patients pourront présenter une angoisse à l'occasion de leur visite au cabinet, car ils seront totalement à la merci de l'inconnu et de l'invisible, et ne pourront se rassurer d'une vision bienveillante. Il sera donc crucial pour le praticien de constamment décrire en communiquant ce qu'il fait et voit. Il s'adressera toujours directement au patient, pour le rassurer, et lui donner toute la sécurité nécessaire qui lui fait défaut par son handicap. Il doit permettre à son patient de voir à travers ses yeux, et de toujours le prévenir quand quelque chose va se produire, ou s'il doit s'absenter.

Il est de plus aisé de comprendre que ces patients peuvent avoir besoin d'aide dans leurs déplacements.⁶⁷ A leur arrivée en salle d'attente, le praticien se doit de les accueillir, et leur proposer son aide en leur tendant le bras, pour les accompagner en salle de soin. Il ne doit cependant pas imposer cette dernière, ni insister si ce dernier refuse. Le plus important de cette prise en charge sera donc essentiellement d'aider le patient dans son parcours au sein du cabinet dentaire, mais aussi grandement communicative.

4.5 Gérer un patient agressif

Il arrive parfois que le stress et l'anxiété des patients, mêlés à une situation délicate, un imprévu, une complication, enveniment ses relations avec son praticien, jusqu'à « l'écclatement ». ⁸⁵ Certains patients, déjà rendus émotifs par leur angoisse du Chirurgien-dentiste, ne pourront contenir leurs émotions face à une situation compliquée.

Selon le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Chirurgien-dentistes, quatre principaux scénarios peuvent conduire à une situation de conflit entre le patient et le praticien. ⁸⁶ La mauvaise compréhension des informations fournies par le praticien est la première cause de conflit avec le patient. Les complications et les imprévus sont une source importante de conflits. Certains patients viennent parfois même à perdre totalement confiance en leur praticien. Les problèmes relationnels entre un patient et son praticien rentrent enfin en cause, relevant simplement de l'estime et du respect propre de chacun.

La plupart des situations conflictuelles naissent ainsi d'un défaut d'information, d'une impression de celle-ci, par manque de compréhension. Il est cependant crucial pour la sérénité du praticien de s'assurer de prévenir toute survenue de situation conflictuelle avec un patient, en restant le plus clair et concis dans ses informations. Personne n'est à l'abri d'une erreur, qu'elle soit médicale, ou comportementale, mais cela ne doit pas empêcher de le reconnaître, et d'en assumer les conséquences.

Il arrive cependant que certaines situations dégénèrent, et lorsque cela arrive, tout praticien doit être capable d'en gérer le conflit, en restant calme, courtois et patient en toute circonstance.⁶⁷ Il est primordial de rester ainsi à l'écoute du patient, de le laisser s'exprimer, sans l'interrompre, exposer ses griefs. Dans le calme, il évitera une escalade des tensions, et devra être capable de répondre à chacune de ces critiques, de manière honnête, calme et courtoise, mais en restant sur de soi. Dans le cas enfin d'un conflit ou les critiques du patient sont tout bonnement infondées, il est tout de même important de rester calme et patient, en faisant comprendre au patient l'absence de fondement de ses critiques, et dans le cas échéant, lui conseiller de consulter un confrère qui sera peut-être plus à même de répondre à ses attentes.

Conclusion

Les Français sont aujourd'hui encore très nombreux à avoir peur d'aller chez le Chirurgien-dentiste au point de ne pas se faire soigner.⁵⁻¹⁰

Au fil de ce travail, cette thèse a pu s'interroger sur l'origine et la naissance des comportements de peurs.⁶ La peur de la douleur semblait être la source première des angoisses des patients.⁵ Malgré le développement des techniques médicales, et la plus grande maîtrise de cette composante douloureuse, les patients redoutent toujours le moment de leur consultation.

Cette thèse s'est proposée d'apporter un outil supplémentaire dans la prise en charge quotidienne des patients, qu'ils soient angoissés, ou non, afin de contenir et maîtriser cette composante psychogène intimement liée aux soins. La communication, et l'établissement d'une relation de confiance en sont les principales clefs.¹⁵⁻⁶⁷

Ce travail s'est enfin intéressé aux patients plus fragiles et plus sujets aux craintes et angoisses du quotidien.⁶⁷ Ainsi, la vision psychologique de leur prise en charge, en application directe avec l'exercice de l'odontologie a été traitée. Cette thèse nous rappelle l'indispensable lien que l'on doit tisser avec nos malades. Un lien pour rassurer, un lien pour expliquer, un lien pour se comprendre et pour mieux gérer les angoisses, les craintes et la douleur ou ressentie comme telle par nos patients.

Il arrive toutefois que nous ne soyons pas en possession des armes nécessaires pour traiter ces angoisses, et la plus grande sagesse serait de ne pas s'enorgueillir et de croire au savoir universel. Il faut reconnaître ses échecs, afin d'éviter toute situation conflictuelle.⁸⁵ La technique médicale permet toutefois de suppléer ce défaut de moyens, et propose en cas d'échec de soins, la sédation consciente (MEOPA), la prémédication, ou plus extrême encore, l'anesthésie générale.⁵⁻⁵⁷

Il est enfin judicieux de savoir aussi prendre du temps pour soi et savoir s'imposer le même calme et patience que l'on se doit de donner à nos patients.

Tout autant qu'eux, nous sommes aussi au quotidien, l'objet de stress et angoisses, et avons aussi besoin de calme et de bien-être, dans le but d'établir, non plus une simple relation patient praticien, mais un exercice paisible et agréable.

Bibliographie

1. Larivey M. La peur [Internet]. Disponible sur: <http://www.redpsy.com/guide/peur.html>
2. Larivey M. La phobie démystifiée. La lettre du psy [Internet]. nov 1998;2(11). Disponible sur: <http://redpsy.com/infopsy/phobie.html>
3. Larivey M, Garneau J. L'anxiété et l'angoisse, les Vigiles de l'équilibre mental. La lettre du psy [Internet]. sept 1997;1(1). Disponible sur: <http://redpsy.com/infopsy/anxiete.html>
4. Phobie (ou peur irrationnelle) - Définition [Internet]. <http://www.passeportsante.net/>. Disponible sur: <http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=phobie-pm>
5. Brenac A. Gestion de l'anxiété dentaire chez l'enfant [Internet]. [Nice]: Nice; 1987. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01019335/document>
6. Behaviorisme: la science du comportement [Internet]. Disponible sur: <http://carnets2psycho.net/theorie/histoire1.html>
7. Lasserre J-L. Relation corps et émotion - PSYCHOPHYSIOLOGIE DU COMPORTEMENT [Internet]. Disponible sur: <http://jeanluc.lasserre.pagesperso-orange.fr/memoire.pdf>
8. Goubaux F. Anxiété au Cabinet Dentaire [Internet]. [Metz]: Nancy; 2006. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_TD_2006_GOUBAUX_FLORENCE.pdf
9. Association Dentaire Française. La douleur en odontologie [Internet]. Disponible sur: <http://www.adf.asso.fr/fr/presse/fiches-pratiques/douleur>
10. Dr Benichou B. La phobie du Chirurgien Dentiste [Internet]. Disponible sur: http://www.dr-benichou-bernard.chirurgiens-dentistes.fr/phobie_dentiste.php
11. AHIER J. Prise en charge psychologique enfant réfractaire aux soins au cabinet dentaire [Internet]. [Nantes]: Nantes; 2011. Disponible sur: archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/1460e63b-7857-4abc-b0ed-71a3d82970d7
12. Carillo C. Relation et communication avec le patient. déc 2013;55:12.
13. Malcuit G, Pomerleau A. Terminologie en conditionnement et apprentissage. Presses de l'Université du Québec; 1977. 168 p.
14. Tardif J. L'établissement de comportements nouveaux - Apprentissage par conditionnement [Internet]. [cité 30 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.uqac.ca/deptdse/3psy206/facapp/condd.html>

15. Garnier M. Approche de l'enfant au cabinet dentaire rôles du non verbal et du verbal [Internet]. [Nantes]: Nantes; 2005 [cité 3 mai 2016]. Disponible sur: <http://fr.slideshare.net/blueasma/approche-de-lenfant-au-cabinet-dentaire-rles-du-non-verbal-et-du-verbal>
16. Théorie de l'apprentissage social [Internet]. Wikipédia. 2015. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Th%C3%A9orie_de_l%27apprentissage_social&oldid=116417184
17. Psychologie: Psychologie cognitive [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://psychologie.psyblogs.net/p/psychologie-cognitive-cours-experiences.html>
18. Quinton A. Psychologie d'apprentissage - Les motivations [Internet]. 2007. Disponible sur: <http://www.crame.u-bordeaux2.fr/pdf/motivations.pdf>
19. Attitude (psychologie) [Internet]. Wikipédia. 2016. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Attitude_\(psychologie\)&oldid=124163286](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Attitude_(psychologie)&oldid=124163286)
20. Fenouillet F. Les théories de la motivation [Internet]. Dunod; 2012. 325 p. Disponible sur: https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=H29YS5wF0EUC&oi=fnd&pg=PP4&dq=th%C3%A9ories+de+la+motivation&ots=xsHpdB_fag&sig=KWA7VRaQDhScNGLkzoBiShoPRZI#v=onepage&q=th%C3%A9ories%20de%20la%20motivation&f=false
21. Mahau P. Expressions Faciales [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.ipsp.ucl.ac.be/recherche/projets/FaceTales/ExpressionsFaciales.pdf>
22. Cosnier J. Emotions et sentiments [Internet]. 2015. Disponible sur: http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/Emotions_et_sentiments.pdf
23. Anxiété [Internet]. EurekaSanté. 2015. Disponible sur: <http://eurekasante.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete.html>
24. Les symptômes et les causes de l'anxiété [Internet]. EurekaSanté. 2015. Disponible sur: <http://eurekasante.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete.html?pb=symptomes-causes>
25. Rassurer une personne anxieuse [Internet]. EurekaSanté. 2015. Disponible sur: <http://eurekasante.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete.html?pb=soutenir>
26. Prévenir l'anxiété [Internet]. EurekaSanté. 2015. Disponible sur: <http://eurekasante.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete.html?pb=prevention>
27. Brodar C. Crise d'angoisse : causes et traitement de la crise de panique [Internet]. <http://www.passeportsante.net/>. 2012. Disponible sur: http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=attaque_de_panique_pm

28. Charpiot E. Urgences au cabinet dentaire : données actuelles et enquête auprès des chirurgiens-dentistes du Doubs [Internet]. [Nancy]: Nancy; 2013. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2013_CHARPIOT_EMILIE.pdf
29. Malaise vagal [Internet]. Wikipédia. 2016. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Malaise_vagal&oldid=123043283
30. Archambault M. Que faire en cas de malaise vagal ? [Internet]. <http://www.passeportsante.net/>. Disponible sur: <http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=malaise-vagal>
31. Dr Medic KC. Les principales situations d'urgence au cabinet dentaire [Internet]. Les principales situations d'urgence au cabinet dentaire. 2011. Disponible sur: <http://drk-chami.com/les-principales-situations-durgence-au-cabinet-dentaire/>
32. Dr Carré P. Dyspnée psychogène : comment les repérer ? quel bilan minimal ? [Internet]. 2011. Disponible sur: http://sofomec11.free.fr/Diapos/PATHOLOGIES_FONCTIONNELLES/dyspnees_psychogenes_dr_ph_carre.pdf
33. Dr Koeck P. Hyperventilation : Symptômes, causes et traitement [Internet]. Mes 15 minutes. 2014. Disponible sur: <http://www.mes15minutes.com/sans-anxiete/symptomes-causes-et-traitement-de-lhyperventilation/>
34. Hyperventilation [Internet]. CanalVie. Disponible sur: <http://www.canalvie.com/sante-beaute/sante/index-des-maladies/hyperventilation-1.1334546>
35. Loth E. Histoire de l'anesthésie [Internet]. Histoire des Hôpitaux. 2011. Disponible sur: <http://chaouky.blog.lemonde.fr/2011/03/15/histoire-de-lanesthesie/>
36. Sixou J-L. QuickSleeper & SleeperOne : la technologie au service de l'anesthésie. [Internet]. Le Fil Dentaire. 2015. Disponible sur: <http://www.lefildentaire.com/articles/analyse/materiel/quicksleeper-sleeperone-la-technologie-au-service-de-l-anesthesie/>
37. Institut Upsa. Mécanismes de la douleur [Internet]. Institut Upsa de la Douleur. Disponible sur: <http://www.institut-upsa-douleur.org/patients/comprendre-douleur/mecanismes-de-la-douleur>
38. Marie France. Anesthésies : toutes les nouvelles techniques [Internet]. Marie France, magazine féminin. 2013. Disponible sur: <http://www.mariefrance.fr/sante/notre-dossier-sante/anesthesies-toutes-les-nouvelles-techniques-17603.html>
39. Mazoit J-X, Simon L. Un nouvel anesthésique local [Internet]. Disponible sur: www.mapar.org/article/pdf/237/Un%20nouvel%20anesth%C3%A9sique%20local%20%20la%20%C3%A9vobupivaca%C3%AFne.pdf

40.
Bouhassira D. « Des antalgiques plus efficaces vont émerger » | La Recherche [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.larecherche.fr/savoirs/dossier/3-didier-bouhassira-antalgiques-plus-efficaces-vont-emerger-01-03-2012-86038>
41.
Institut Upsa. Aspects psychologiques de la douleur [Internet]. Institut Upsa de la Douleur. Disponible sur: <http://www.institut-upsa-douleur.org/patients/comprendre-douleur/aspects-psychologiques-de-la-douleur/la-composante-emotionnelle>
42.
Docteur Chatap G. Physiopathologie de la douleur [Internet]. 2009. Disponible sur: http://www.antalvite.fr/pdf/Physiopathologie_de_la_douleur_et_prise_en_charge_pluridisciplinaire.pdf
43.
Sol J-C, Chaynes Patrick, Lazorthes Y. Douleurs : Bases anatomiques, physiologiques et psychologiques [Internet]. Disponible sur: http://www.medecine.upstlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_02.pdf
44.
Malaquin-Pavan E. Prévention de la douleur provoquée par les soins chez la personne adulte et âgée : organisation des soins [Internet]. CNRD - Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur. 2004. Disponible sur: <http://www.cnrdr.fr/Prevention-de-la-douleur-provoquee.html>
45.
Pr Aubrun F. Quelle prémédication antalgique ? [Internet]. Disponible sur: <http://www.jarp.fr/Doc/JARP12/07-Aubrun.pdf>
46.
La Prémédication d'Anxiolytique [Internet]. The Dentalist. 2013. Disponible sur: <http://thedentalist.fr/la-premedication-anxiolytique/>
47.
Brai N. La part d'anxiété dans la prise en charge de la douleur aiguë post-opératoire [Internet]. Toulouse; 2011 p. 22. Disponible sur: https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/la_part_d_anxiete_dans_la_prise_en_charge_de_la_douleur_aigue_post-operatoire.pdf
48.
Techniques d'anesthésie en odontostomatologie [Internet]. Club Scientifique Dentaire. Disponible sur: <http://csd23.blogspot.com/2009/04/techniques-danesthesie-en.html>
49.
Clotteau P. Prise en charge de la douleur endodontie [Internet] [Thèse]. [Nantes]: Nantes; 1975. Disponible sur: https://www.google.fr/search?q=prise+en+charge+de+la+douleur+endodontie&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=qfwlV7z5MIKMUf20hLgL
50.
CHU-Nantes. Les antalgiques [Internet]. Disponible sur: https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/les-antalgiques_1413387178113-pdf
51.
Échelles d'évaluation de la douleur chez les adultes coopérants [Internet]. OMéDIT Centre. 2006. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/fichiers/upload/Echelle%20evaluation%20douleur_Adulte.pdf

52. SFETD. Douleurs de la personne âgée La prise en charge non médicamenteuse [Internet]. Disponible sur: http://www.mobiqua.org/douleur/SOURCES/ETBS-DIAPORAMAS/PRISE-EN-CHARGE/PDF/3.PEC_NON_MEDICAMENTEUSE.pdf
53. Marzouk M. 53 Sophrologie et douleur [Internet]. Le Fil Dentaire. 2015. Disponible sur: <http://www.lefildentaire.com/articles/clinique/omnipratique/sophrologie-et-douleur/>
54. Klipfel B. La sophrologie en odontologie : enquête d'opinion, intérêt et possibilités d'applications. [Internet]. [Nancy]: Nancy; 2011. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_TD_2011_KLIPFEL_BASTIEN.pdf
55. Relaxation / Hypnose [Internet]. Biodentiste. Disponible sur: <http://www.biodentiste.fr/?cat=30>
56. Vignau L. Sophrologie et relaxation : quelle différence ? [Internet]. Happy Soul. 2014. Disponible sur: <http://www.happy-soul.fr/sophrologie-et-relaxation-quelle-difference/>
57. Rossi C. La peur du dentiste [Internet]. NatureBio Dental. 2014. Disponible sur: <http://naturebiodental.com/peur-du-dentiste/>
58. Huet A. Evaluation de l'influence de l'hypnose sur l'anxiété de l'enfant au cours d'un acte de chirurgie dentaire avec anesthésie locale [Internet]. [Rennes]: Rennes; 2006. Disponible sur: http://www.afpad.com/web/upload_fich/pdf/these_huet.pdf
59. Gombert R. Concepts de base sur la communication et la relation de soin en odontologie [Internet]. [Toulouse]: Toulouse; 2013. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/67/1/2013TOU33021.pdf>
60. Communication [Internet]. Wikipédia. 2016. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Communication&oldid=125727441>
61. Martin J-C. 61 La bible de la communication non verbale: Maîtrisez votre image pour mieux convaincre. Leduc.s Éditions; 2015. 361 p.
62. Comment communiquer efficacement: 25 étapes [Internet]. Disponible sur: <http://fr.wikihow.com/communiquer-efficacement>
63. Écoute active [Internet]. Wikipédia. 2016. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%89coute_active&oldid=124150379
64. Pacific C. De la confiance dans la relation de soin [Internet]. Bioethique.com au service des soignants. Disponible sur: <http://www.bioethique.com/index.php/relationmedecinmalade/confiance/71-delaconfiancedanslarelationdesoin>

65. Techniques de communication: l'écoute active, le questionnement et la reformulation [Internet]. HR4free. Disponible sur: <http://www.hr4free.com/fr/Techniques-de-communication/Boucle-%C3%A9coute-active-questionnement-et-reformulation>
66. Mazouzy I. Le professionnalisme du médecin dentiste [Internet]. [Casablanca]: Casablanca; 2013. Disponible sur: <http://rissalaty.univcasa.ma:8080/xmlui/handle/123456789/26>
67. Gombert R. La relation de soins en Odontologie : quelques situations particulières [Internet]. [Toulouse]: Toulouse; 2013. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/67/1/2013TOU33021.pdf>
68. Bochelen A. La prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée dépendante [Internet]. [Nancy]: Nancy; Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_TD_2003_BOCHELEN_AXELLE.pdf
69. Folliguet M. La santé bucco-dentaire des personnes handicapées [Internet]. Social Santé Gouv. 2006 [cité 3 mai 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_personnes_handicapees.pdf
70. Gouré T. La première consultation en Odontologie Pédiatrique [Internet]. [Nantes]: Nantes; 2005. Disponible sur: archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/15728698-cbe4-487c-9b87-3c630c61d4a3
71. INED. Santé et vieillissement [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur: <http://www.ined.fr/fr/ressources-methodes/dossiers-thematiques/sante-vieillissement/>
72. Serge M. La communication des soignants avec les malades chroniques [Internet]. Centre de Psycho Oncologie. Disponible sur: https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/ebim/documents/Dias_2007_11_16_-_copie_3.pdf
73. Maladie chronique : L'appropriation d'une maladie chronique [Internet]. Lab Epsilon. Disponible sur: <http://www.lab-epsilon.fr/conduites-sante/maladie-chronique-appropriation-une-maladie-chronique-94-83.html>
74. Bertrand-Gounot V. Etat bucco-dentaire des patients en psychiatrie Motivation des patients à l'hygiène bucco-dentaire: Deux études cliniques [Internet]. CClin Ouest. [cité 3 mai 2016]. Disponible sur: http://www.cclinouest.com/PDF/Journees/Psychiatrie2012-1115/2.V.BERTAUD_GOUNOT_HBD.pdf
75. Muriel V. Pathologie Psychiatrique et Pathologie Bucco-dentaire [Internet]. Anp3sm. Disponible sur: <http://www.anp3sm.com/wp-content/uploads/2014/06/M.VALTAT-pathologie-psychiatrique-et-pathologie-bucco-dentaire.pdf>
76. Pichetti S, Lengagne P, Penneau A, Sermet C. L'accès aux soins dentaires des personnes en situation de handicap [Internet]. Disponible sur: http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Pichetti_Lengagne_Penneau_Sermet_0.pdf

77. Déficience intellectuelle et handicap mental [Internet]. Handicap.fr. Disponible sur: <https://informations.handicap.fr/art-handicap-mental-73-3110.php>
78. Derguy C. Les déficiences mentales : évaluation et prise en charge [Internet]. IFSI Perrens. 2011. Disponible sur: <http://ifsiperrens20082011.free.fr/cours/3%E8me%20ann%E9e/Neuro/4%E8me%20semaine/Fixe.Neuropsychologie%3Bd%E9ficience%20mentale.pdf>
79. Hescot P, Moutarde A. Rapport de la mission « Handicap et Santé Bucco-Dentaire » [Internet]. Ordre des Chirurgiens Dentistes. 2010. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/fileadmin/user_upload/pdf/morano_rapport.pdf
80. Vaysse F. Protocoles de Soins Bucco dentaires chez les Patients Présentant un Handicap [Internet]. Fédération Québécoise de l'autisme. Disponible sur: <http://www.autisme.qc.ca/assets/files/07-boite-outils/Intervention-education/Guidebonnepratiquebucco-dentaire.pdf>
81. 2015 : les chiffres clés du handicap [Internet]. Talentéo. 2016. Disponible sur: <http://www.talenteo.fr/chiffres-handicap-2015/>
82. Moretto P. Introduction aux causes du handicap moteur [Internet]. Faculté des Sciences du Sport - Toulouse. Disponible sur: http://www.f2smhstaps.upstlse.fr/tp/fichier/UE38P/Licence_APA_Handicap_Moteur_en_ligne.pdf
83. Cuminetti F. L'enfant déficient auditif au cabinet dentaire : vers une meilleure prise en charge [Internet]. [Nancy]: Nancy; 2012. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2012_CUMINETTI_FANY.pdf
84. OMS | Cécité et déficience visuelle [Internet]. WHO. 2014. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/fr/>
85. Berthelot E. Gestion des conflits Patients / Chirurgiens Dentistes [Internet]. [Nantes]: Nantes; 2010. Disponible sur: archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/587501cd-f5ba-49d3-bd39-39da4b6a46ab
86. Dentistes ON des C. Règlement des différends [Internet]. Ordre des Chirurgiens Dentistes. 2016. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/grand-public/reglement-des-differends.html>

Résumé :

Les Français sont aujourd’hui encore très nombreux à avoir peur d’aller chez le chirurgien-dentiste au point de ne pas se faire soigner.

Au fil de ce travail, cette thèse a pu s’interroger sur l’origine et la naissance des comportements de peurs.

La peur de la douleur semblait être la source première des angoisses des patients.

Malgré le développement des techniques médicales, et la plus grande maîtrise de cette composante douloureuse, les patients redoutent toujours le moment de leur consultation.

Cette thèse s’est proposée d’apporter un outil supplémentaire dans la prise en charge quotidienne des patients, afin de contenir et maîtriser cette composante psychogène intimement liée aux soins. La communication, et l’établissement d’une relation de confiance en sont les principales clefs.

Ce travail s’est enfin intéressé aux patients plus fragiles et plus sujets aux craintes et angoisses du quotidien.

Il arrive toutefois que nous ne soyons pas en possession des armes nécessaires pour traiter ces angoisses, et la plus grande sagesse serait de ne pas s’enorgueillir et de croire au savoir universel.

Il faut reconnaître ses échecs, afin d’éviter toute situation conflictuelle.

Mots clés :

Psychologie

Comportement

Peur

Anxiété

Relation

Communication

Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Christophe MAURIN

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Arnaud LAFON

Monsieur le Docteur François VIRARD

Madame la Docteur Céline CAO

Adresse de l’auteur :

Valentin HERVE
20 rue de la Vorgine
26500 Bourg-lès-Valence