

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE SANTÉ – DÉPARTEMENT D’ODONTOLOGIE

ANNEE 2023

2023 TOU3 3085

THESE

POUR LE DIPLOME D’ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE
DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

LOUIS GABRIEL AIMÉ Alana

Le vendredi 10 novembre 2023

**Les réseaux de soins transdisciplinaires :
une aide à la prise en charge odontophobique.**

Directeurs de thèse : Pr Jean-Noël VERGNES et Dr Marie GURGEL-GEORGELIN

JURY

Président :	Pr Philippe POMAR
1er assesseur :	Pr Jean-Noël VERGNES
2 ^{ème} assesseur :	Dr Marie GURGEL-GEORGELIN
3 ^{ème} assesseur :	Dr Joffrey DURAN





Faculté de santé
Département d'Odontologie

➔ **DIRECTION**

Doyen de la Faculté de Santé

M. Philippe POMAR

Vice Doyenne de la Faculté de Santé

Directrice du Département d'Odontologie

Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

Directeurs Adjoints

Mme Sarah COUSTY
M. Florent DESTRUHAUT

Directrice Administrative

Mme Muriel VERDAGUER

Présidente du Comité Scientifique

Mme Cathy NABET

➔ **HONORARIAT**

Doyens honoraires

M. Jean LAGARRIGUE +
M. Jean-Philippe LODTER +
M. Gérard PALOUDIER
M. Michel SIXOU
M. Henri SOULET

Chargés de mission

M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)
M. Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)
M. Franck DIEMER (*Formation Continue*)
M. Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)
M. Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

➔ **PERSONNEL ENSEIGNANT**

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSE
Maîtres de Conférences : Mme Marie- Cécile VALERA, M. Mathieu MARTY
Assistants : Mme Anne GICQUEL, M. Robin BENETAH
Adjoints d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Mathieu TESTE, M. Daniel BANDON

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, M. Maxime ROTENBERG
Assistants : M. Vincent VIDAL-ROSSET, Mme Carole VARGAS JOULIA
Adjoints d'Enseignement : Mme. Isabelle ARAGON

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme NABET Catherine)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL, M. Jean-Noël VERGNES
Maîtres de Conférences : Mme Géromine FOURNIER
Adjoints d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, M. Jean-Philippe GATIGNOL
Mme Carole KANJ, Mme Mylène VINCENT-BERTHOUMIEUX, M. Christophe BEDOS

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Philippe KEMOUN)

PARODONTOLOGIE

Professeurs d'Université : Mme Sara LAURENCIN- DALICIEUX,
Maîtres de Conférences : Mme Alexia VINEL, Mme. Charlotte THOMAS
Assistants : M. Joffrey DURAN, M. Antoine AL HALABI
Adjoints d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Christophe LAFFORGUE, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE ,
Mme Myriam KADDECH, M. Matthieu RIMBERT,

CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université : Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS
Assistants : M. Clément CAMBRONNE, M. Antoine DUBUC
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Luc RAYNALDY,
M. Jérôme SALEFRANQUE,

BIOLOGIE ORALE

Professeurs d'Université : M. Philippe KEMOUN, M. Vincent BLASCO-BAQUE
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M. Matthieu MINTY
Assistants : Mme Chiara CECCHIN-ALBERTONI, M. Maxime LUIS, Mme Valentine BAYLET GALY-CASSIT,
Mme Sylvie LE
Adjoints d'Enseignement : M. Mathieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE, Mme Inessa TIMOFEEVA-JOSSINET

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M. Franck DIEMER)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : M. Franck DIEMER
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Assistants : M. Ludovic PELLETIER, Mme Laura PASCALIN, M. Thibault DECAMPS
M. Nicolas ALAUX, M. Vincent SUAREZ, M. Lorris BOIVIN
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean- Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN, M. Romain DUCASSE,
Mme Lucie RAPP

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Philippe POMAR, M. Florent DESTRUHAUT,
Maîtres de Conférences : M. Antoine GALIBOURG,
Assistants : Mme Margaux BROUTIN, Mme Coralie BATAILLE, Mme Mathilde HOURSET, Mme Constance CUNY
M. Anthony LEBON
Adjoints d'Enseignement : M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Olivier LE GAC, M. Jean-
Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Fabien LEMAGNER, M. Eric SOLYOM,
M. Michel KNAFO, M. Victor EMONET-DENAND, M. Thierry DENIS, M. Thibault YAGUE,
M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Professeur d'Université : Mr. Paul MONSARRAT
Maîtres de Conférences : Mme Sabine JONJOT, M. Karim NASR, M. Thibault CANCEILL, M. Julien DELRIEU
Assistants : M. Paul PAGES, M. Olivier DENY
Adjoints d'Enseignement : Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, M. Damien OSTROWSKI

Mise à jour pour le 01 Septembre 2023

Remerciements

À maman et Nathan

Merci d'avoir été mon ancre, merci pour tout l'amour, le courage et la force que vous avez constamment su m'offrir. Merci d'avoir vu la femme que je deviendrais et merci d'avoir évité que j'en doute. Merci de m'avoir spontanément suivi dans cette ville, guidé par une impossible séparation. La vie qu'on a réussi à se créer est devenue le plus beau des présents. Merci pour cette vie.

À mes grands-parents, mon père, mon oncle, mon cousin et ma famille

Merci pour l'amour et le regard bienveillant que vous portez sur moi depuis toujours. Merci pour tous les encouragements que vous m'avez apporté. Devenir chirurgien était mon rêve, après presque deux décennies d'une foi infaillible de votre part, je suis heureuse et reconnaissante de pouvoir aujourd'hui vous exprimer ma gratitude.

À Lélia

Grandir à tes côtés est l'une des expériences les plus riches qui m'ait été donné de vivre. Toutes nos aventures sont aujourd'hui mes plus beaux souvenirs et deviennent mes plus beaux projets. Merci d'être, depuis toutes ces années, ma confidente, mon acolyte de voyage, mon coach, mon binôme, ma complice, ma meilleure amie, ma sœur.

À Julie, Laëtitia, Louise G, Charlotte, Chloé, Flavie, Clémence, Lucie et Louise D

Merci d'être les femmes de ma vie, d'être mes rayons de soleil, d'égayer mon quotidien par votre joie, votre amour et votre soutien. Grandir et m'épanouir à vos côtés est une véritable chance.

À Thibaud, Mathias, Édouard, Louis, Quentin, Enzo, Jerem, Alex,

Merci pour tous ces voyages, ces galères, pour toutes ces péripéties incroyables à vos côtés. Avec vous, la vie s'est très souvent transformée en une fête ou un fou rire. Merci pour votre soutien et votre énergie.

À Ombeline, Antoine et Thomas

Merci pour toutes ces soirées passées ensemble, nos dimanches soir ont été l'un des meilleurs RDV de ma semaine. Je suis infiniment reconnaissante de la richesse de nos échanges. Je me rends compte aujourd'hui que nos analyses m'ont permis de grandir. Merci pour cette complicité.

À Philippe, Émilie et Pierre

Merci pour votre amour et votre joie, merci de participer à ce havre de paix que devient notre foyer. La vie est douce à vos côtés.

À Alexandre, Charlène, Cendrine et Camille

Merci de m'avoir appris à devenir le professionnel que je suis aujourd'hui. Vous avez créé un environnement de travail sain, dans lequel je m'épanouis de jour en jour. Travailler à vos côtés est une bénédiction.

Merci au Pr Pirnay, Dr Lagarde, Dr Gimat et à Juliette Brenou

Merci pour le temps que vous m'avez accordé, merci pour la philosophie que vous avez su me partager. Je suis infiniment reconnaissante de pouvoir défendre votre travail et votre vision aujourd'hui.

À notre Président du jury,

Monsieur le Professeur Philippe POMAR

- Professeur des Universités-Praticien des Hôpitaux.
- Spécialiste qualifié en médecine bucco-dentaire et prothèse maxillo-faciale.
- Doyen de la Faculté de santé de Toulouse.
- Doyen honoraire de l'ancienne Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse.
- Colonel de réserve du service de santé des armées (CDC-RC).
- Commandeur dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'accepter la présidence du Jury.

Je tiens à vous témoigner toute ma reconnaissance pour la très grande qualité de l'accompagnement que vous m'avez offert tout au long de ma scolarité. La richesse de nos entretiens et de votre enseignement a développé ma curiosité et mon audace. Merci pour la bienveillance de votre soutien qui a favorisé mon épanouissement dans mon apprentissage et dans mon mandat associatif.

À notre Jury et directeur de Thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Noël VERGNES

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,

- Habilitation à Diriger des Recherches (HDR)

-Docteur en Epidémiologie,

-Docteur en Chirurgie Dentaire,

-Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill –Montréal, Québec – Canada,

-Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de diriger ma thèse.

La confiance et la liberté que vous avez su m'offrir dans l'accompagnement de ce projet m'ont permis de trouver un sujet que j'affectionne particulièrement. Au travers de votre philosophie et de vos travaux, vous m'avez appris une approche centrée sur le patient qui me permet aujourd'hui d'avoir une vision très humaine de mon métier.

Je vous prie de trouver, au travers de cet exposé, le témoignage de ma sincère reconnaissance.

À notre Jury et Co-directrice de thèse,

Madame le Docteur Marie GURGEL-GEORGELIN

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales
- D.E.A. MASS Lyon III,
- Ancienne Interne des Hôpitaux,
- Doctorat d'Université - Université d'Auvergne-Clermont

Je tiens à vous remercier sincèrement pour avoir accepté de codiriger ma thèse.

Votre disponibilité et la qualité de vos conseils m'ont permis de rédiger cette thèse dans les meilleures conditions. Merci pour votre gentillesse et votre bienveillance qui ont constamment accompagné votre enseignement. Vous êtes de ces enseignants et de ces praticiens qu'on se sent chanceux de croiser dans son cursus.

À notre Jury de thèse,

Monsieur le Docteur Joffrey DURAND

- Assistant Hospitalo - Universitaire d'Odontologie
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Diplôme d'Université de Parodontologie

*Je tiens à vous remercier sincèrement d'avoir accepté l'invitation à siéger au sein de ce jury,
Apprendre à vos côtés en clinique et en libéral m'a permis de prendre confiance en moi, grâce à vos
conseils j'ai bénéficié d'un formidable coup de pouce pour commencer dans la vie professionnelle.
Merci pour ce compagnonnage que vous avez prodigué face à la complexité de certaines situations
cliniques, cela me permet aujourd'hui d'être une professionnelle plus sereine.*

TABLE DES MATIERES

1	<i>Préambule</i>	11
2	<i>La phobie dentaire</i>	12
2.1	Définition générale de l'anxiété et de la phobie.	12
2.2	Définition du patient anxieux et odontophobe.	13
2.3	Évaluation de l'impact de l'odontophobie et de l'anxiété sur la prise en charge dentaire.	14
2.3.1	Impact de l'anxiété et de l'odontophobie sur les patients	14
2.3.2	Impact de la prise en charge des patients odontophobes sur les praticiens	16
2.4	Continuité des soins chez le patient odontophobe	17
2.5	Approches existantes pour traiter les patients odontophobes et anxieux.	19
2.5.1	Sédation par le Méopa	20
2.5.2	Sédation médicamenteuse	20
2.5.3	Anesthésie générale (ag)	21
2.5.4	Approche psychologique	22
2.5.5	Conclusion des approches actuelles	24
3	<i>Proposition d'une nouvelle prise en charge du patient odontophobique par la création d'un réseau de soin transdisciplinaire</i>	25
3.1	Une philosophie centrée sur le patient (30)	25
3.1.1	Compréhension	27
3.1.2	Prise de décision	28
3.1.3	Intervention.....	29
3.2	Élaboration d'un modèle de parcours de soins intégré, exemple de la consultation pour patient phobique au CHU Henri-mondor	31
3.2.1	Définition et objectifs d'un réseau de soins intégrés.....	31
3.2.2	Présentation de la consultation.....	32
3.2.3	Résultats après 1 an de mise en place de la consultation.	35
3.2.4	Retour d'expériences	37
3.2.5	Limites de la consultation	40
4	<i>Conclusion</i>	41
4.1	Proposition d'un modèle de parcours de soin transdisciplinaire pour les patients phobiques	41
4.2	Conclusion personnelle	43
	<i>Tables des figures</i>	44

1 PREAMBULE

Les soins dentaires concernent l'ensemble de la population, mais pour de nombreux patients cette situation de soin est une source d'angoisse, au point où certains préfèrent y renoncer. Évalués sur la période 2004-2007 selon un rapport de l'INSEE (1), après le motif financier, l'anxiété est la deuxième raison invoquée en cas de renoncement aux soins dentaires. La prévalence de l'anxiété dentaire en France se situe entre 10 % et 15 % selon les méthodes de mesure et les échantillons choisis (2), il advient surtout chez la femme et les jeunes adultes (3).

Les patients angoissés parfois qualifiés de « phobiques », posent un vrai problème de santé publique. Ces patients fuyant les cabinets dentaires à la suite de leurs diverses angoisses, s'illustrent par une dégradation de leur état général au fil du temps, conséquence d'un manque de soins.

Mais les rendez-vous manqués par ces patients, les consultations d'urgences s'éternisant pour essayer d'achever un soin, les plans de traitement qui n'aboutissent pas, posent également un problème pour la profession.

D'après le constat de ma courte expérience jusqu'ici dans le domaine libéral et hospitalier j'ai de nombreuses fois été confrontée à ces patients angoissés et phobiques, et malgré la meilleure volonté de mes professeurs, de mes confrères ou de moi-même, nous nous sommes souvent retrouvé face à des échecs thérapeutiques.

C'est pourquoi, nous avons mené la réflexion, au moyen de multiples entretiens de professionnels de santé engagés dans l'humain, pour comprendre comment nous pourrions proposer une prise en charge du patient odontophobe au travers d'un réseau transdisciplinaire.

Dans un premier temps nous définirons le patient odontophobe, nous visualiserons sa prise en charge, ainsi que les solutions actuelles proposées et adoptées par la profession. Enfin nous décrirons la conception d'un réseau de soin transdisciplinaire appliqué à l'odontophobie que nous illustrerons par l'exemple de la création d'une consultation pour les patients phobiques de l'équipe du Professeur Pirnay au CHU Paris-Descartes.

2 LA PHOBIE DENTAIRE

2.1 DEFINITION GENERALE DE L'ANXIETE ET DE LA PHOBIE.

L'anxiété, souvent associée à la tension, l'inquiétude ou la peur, est une émotion caractérisée par une appréhension excessive des situations perçues comme menaçantes. L'anxiété peut entraîner des symptômes physiques tels que des palpitations, des sueurs, des tremblements, des nausées et des troubles du sommeil. Bien que l'anxiété soit une réaction typique au stress, elle peut devenir pathologique si elle persiste longtemps ou devient trop intense. Elle peut interférer avec des activités quotidiennes et entraîner des troubles comme le trouble anxieux généralisé et les troubles anxieux obsessionnels compulsifs (4).

La phobie est un trouble anxieux défini comme une peur intense et persistante d'un objet, d'une situation ou d'une activité spécifique. Sans pour autant qu'il n'y ait de danger réel imminent. Les phobies sont d'intensités variées, en effet elles peuvent aller d'une gêne légère à une incapacité totale à fonctionner normalement. Les phobies peuvent être causées par des expériences traumatisantes passées, des facteurs génétiques, des déséquilibres chimiques dans le cerveau ou une combinaison de ces facteurs.

La phobie dentaire a été diagnostiquée comme une phobie spécifique selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)-IV et la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM)-10.445 (5,6).

2.2 DEFINITION DU PATIENT ANXIEUX ET ODONTOPHOBE.

L'anxiété chez les patients n'est pas rare, en particulier chez ceux qui craignent l'inconfort ou ceux qui se posent des questions quant à l'efficacité du traitement. Ces personnes anxieuses ne souffrent généralement pas d'une phobie à part entière, mais craignent davantage de subir des complications médicales ou d'être jugées par leur chirurgien-dentiste. Leur anxiété est souvent associée à une perception accrue de la douleur et peut entraîner une exagération de son souvenir, leur faisant ressentir un inconfort plus important et plus persistant pour une même expérience, qu'un patient sans anxiété (7).

Pour les patients odontophobes, les soins dentaires sont une source de peur que nous pouvons percevoir comme irrationnelle et incessante. Ce type de phobie peut être causée par un large éventail de facteurs psychologiques et génétiques, notamment la peur de la douleur, la peur de l'immobilisation (de ne pouvoir s'échapper du fauteuil), la peur transmise par les parents (épigénétique) ou par le cercle familial et, souvent, des expériences traumatisantes passées au cabinet dentaire (8).

L'anxiété ou la phobie dentaire provoque un impact majeur sur la qualité de vie des patients. Par ce fait, on observe qu'une proportion non négligeable d'individus ont tendance à fuir les cabinets dentaires. D'après une enquête réalisée en 2018 sur 1000 personnes par l'institut Ifop, 30% de la population française ne s'est pas rendu chez le chirurgien-dentiste durant les deux dernières années à cause de la peur que cette visite provoque (9).

2.3 ÉVALUATION DE L'IMPACT DE L'ODONTOPHOBIE ET DE L'ANXIÉTÉ SUR LA PRISE EN CHARGE DENTAIRE

2.3.1 *IMPACT DE L'ANXIÉTÉ ET DE L'ODONTOPHOBIE SUR LES PATIENTS*

2.3.1.1 Le besoin de soin et de soin d'urgence augmenté

La peur et l'anxiété initiale d'une personne à l'égard des soins dentaires peuvent l'amener à éviter de se rendre chez le chirurgien-dentiste. Cela peut entraîner des schémas irréguliers de visites, ou uniquement des soins dentaires d'urgence, voire un évitement total. Sans un suivi adéquat, la santé bucco-dentaire peut être affectée négativement, avec une progression des lésions carieuses et une aggravation de la parodontite. Quand ces patients finissent par se rendre chez le chirurgien-dentiste, leurs états bucco-dentaires requièrent une demande de soin bien supérieure à la population générale. S'ajoute à cela un état de stress psychologique inhérent à l'expérience de la consultation et à la rencontre du praticien(10).

Lorsque les patients phobiques se retrouvent dans un service hospitalier ou un cabinet libéral, la demande de soins est souvent très urgente. En situation d'urgence la douleur est plus difficile à prendre en charge, souvent en raison de l'inflammation de la zone et du manque d'efficacité anesthésique en terrain infectieux. Cela incite les chirurgiens-dentistes à faire un choix entre deux solutions d'appoint : soit prescrire une médication orale sans soin, ce qui reporte le besoin de soin à un moment où le patient ne le percevra plus, soit réaliser des soins dans des conditions de douleurs qui vont venir accentuer encore plus la phobie. L'urgence situationnelle se rajoute ainsi à la prise en charge, et rend compliquée la planification d'un plan de traitement.

2.3.1.2 Le cercle vicieux entraîne un impact social

La détérioration de leur cavité buccale entraîne des sentiments d'infériorité, de honte et de gêne. Au fil du temps, il devient de plus en plus difficile de retrouver le chemin du cabinet dentaire.

Ces comportements d'évitements influencent non seulement la santé des patients phobiques mais jouent également sur d'autres comportements liés à l'alimentation, à l'hygiène buccale, à l'automédication et à l'isolement. Pour les personnes souffrant d'anxiété dentaire, ces sentiments peuvent entraîner d'importants problèmes sociaux au quotidien (6).

D'un point de vue plus général leur santé globale est affectée. En effet des troubles du sommeil ont été rapporté suite à un délabrement de l'état dentaire, ce qui entraîne une baisse de performance au travail, un manque d'implication dans la vie sociale et une faible estime de soi.(10)

Magnus Hakeberg et Jesper Lundgren

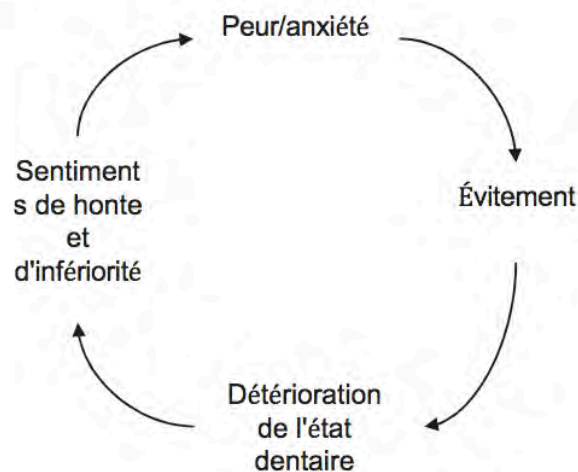


Figure 1 : Le modèle du cycle vicieux de l'anxiété et de la peur dentaire selon Berggren 1984 (11)

2.3.2 IMPACT DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ODONTOPHOBES SUR LES PRATICIENS

2.3.2.1 Augmentation du temps de soin

La réalisation de soins pour un patient phobique requiert une durée de consultation largement supérieure à un patient non phobique. En effet le chirurgien-dentiste doit prendre davantage de temps pour gagner la confiance des patients phobiques et anxieux, les rassurer, prendre le temps d'expliquer et d'éviter toutes situations d'inconforts qui pourraient interrompre la prise en charge et leurs plans de traitement. Pour permettre une pratique des soins dans les meilleures conditions, il arrive aussi qu'aucun soin ne soit réalisé lors d'une séance. Ceci provoque l'allongement de leur prise en charge sur des traitements déjà complexes.

Ces patients peuvent être considérés comme relevant de besoins spécifiques, générant une prise en charge spéciale pour les chirurgiens-dentistes. Ces situations sont souvent anxiogènes pour le praticien car elles chamboulent une organisation du temps inadaptée à ces situations particulières, essentiellement pour la raison que l'offre de soin traditionnelle en milieu privé n'est pas adaptée à ce type de consultation (la tarification à l'acte étant une des explications de cette inadaptation).

2.3.2.2 Augmentation de la complexité du soin

Le traitement des patients phobiques peut être source de stress pour le chirurgien-dentiste, car la coopération réduite de ces patients nécessite souvent davantage de ressources, ce qui peut parfois conduire à une expérience désagréable tant pour le patient que pour le praticien.(11)

En effet, la nécessité de disposer d'un plateau technique plus complet pour assurer une prise en charge adéquate peut poser des défis pour certains praticiens. Des éléments tels que le MEOPA, la sédation orale ou l'adressage sont souvent des étapes cruciales dans le parcours de soins d'un patient ayant des besoins spécifiques, comme un patient phobique. La disponibilité limitée de réseaux de soins répondant à cette demande entraîne une saturation des services et une augmentation constante des délais d'attente.

2.4 CONTINUITÉ DES SOINS CHEZ LE PATIENT ODONTOPHOBE

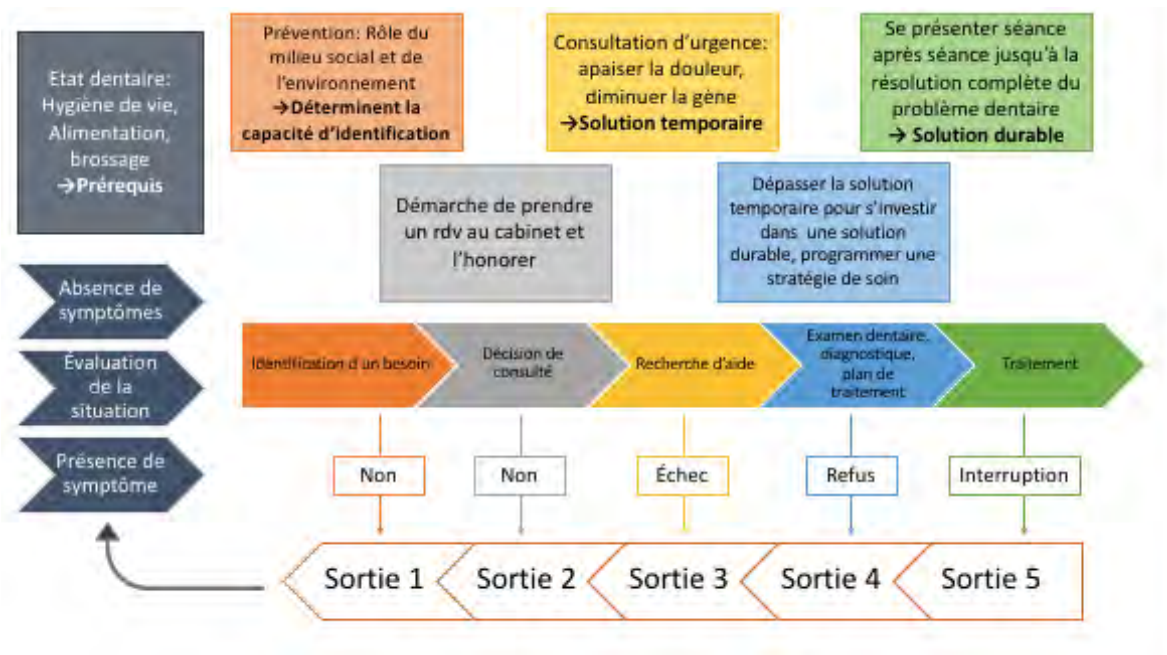


Figure 2 : Itinéraire thérapeutique de Grembowski, situation appliquée aux patients odontophobiques

L'expérience d'une prise en charge d'un patient phobique reflète qu'il existe plusieurs formes de sorties de l'itinéraire thérapeutique selon Grembowski.(12) En effet de la perception d'un besoin de soin jusqu'à sa réalisation complète, de nombreuses occasions se présentent à un patient anxieux ou phobique pour sortir du système de soins et être perdu de vue.

Sortie1

Tout d'abord, la prévention, qu'elle soit faite aux enfants, par les parents, le personnel éducatif ou les professionnels de santé, permet d'avoir des outils pour identifier un besoin bucco-dentaire. Mais pour une partie de la population, il est difficile de percevoir ce besoin. Par exemple, l'anxiété dentaire des adolescents est inversement liée au niveau d'éducation de leurs parents (13). Par conséquent le manque de prévention augmente le risque de peur et de ne pas percevoir le besoin de consulter un chirurgien-dentiste.

Sortie2

La décision de consulter un chirurgien-dentiste se fait, ou non, en fonction de l'étape précédente, mais aussi en fonction de l'appréhension qu'ont certains patients vis-à-vis du coût des soins, de l'anxiété de se retrouver sur le fauteuil et de la difficulté d'obtenir des RDV en urgence. Une fois la démarche de la prise de RDV faite, il faut encore que le patient décide de l'honorer. Cette porte de sortie de l'itinéraire thérapeutique est très fréquente et pèse sur l'organisation du chirurgien-dentiste. En réponse aux rendez-vous non honorés, il est courant que, après plusieurs rendez-vous manqués sans justification, le chirurgien-dentiste refuse de fixer de nouveaux rendez-vous avec ces patients, ce qui accentue le problème à l'échelle du patient et du système de soin.

Sortie 3

Si le patient arrive jusqu'à l'étape de la consultation dentaire, il peut décider ou non, de se faire examiner par le chirurgien-dentiste. Nous noterons que dans la population étudiée, l'anxiété est souvent un frein au bon déroulement de l'examen clinique. Le patient peut ne pas être capable de surmonter la consultation et l'interrompre. L'échec de l'intervention est ici la troisième porte sortie.

Sortie 4

Une fois l'urgence soignée, le patient est habituellement soulagé à court terme. Seulement la solution proposée par le praticien en urgence est temporaire dans la majorité des cas. Il faut donc que le patient trouve des ressources internes pour trouver une solution durable dans une stratégie de soin avec le praticien. Seulement cet investissement, alors que la douleur n'est plus présente, peut s'avérer trop compliqué. C'est l'illustration de la quatrième sortie de l'itinéraire thérapeutique.

Sortie 5

Quand on en arrive au moment du traitement à proprement parler, les choses peuvent se compliquer de nouveau. Pour passer d'une solution temporaire à la réalisation d'une solution durable il faut souvent de multiples séances. Il est donc important qu'une relation de confiance s'établisse entre le patient et son praticien, que le plan de traitement soit établi et validé par les deux parties, et que le patient vienne séance après séance. Le patient peut décider d'interrompre son traitement en cours de réalisation : c'est la dernière sortie de l'itinéraire thérapeutique.

Lors de la réalisation du plan de traitement le chirurgien-dentiste peut également réaliser que le patient a besoin de compétences spécifiques que celui-ci ne possède pas (chirurgie, endodontie, parodontologie, psychologie...) et décide d'adresser son patient vers des praticiens compétents. Le patient peut également décider de ne pas se rendre chez le nouveau praticien, ce qui fait également partie de la dernière sortie de l'itinéraire thérapeutique.

2.5 APPROCHES EXISTANTES POUR TRAITER LES PATIENTS ODONTOPHOBES ET ANXIEUX

Pour lutter contre la détérioration de l'état dentaire des patients phobiques, les professionnels de la santé essayent de s'organiser autour de ces situations et de mettre en place des stratégies pour aider les patients à surmonter leur peur et leur anxiété (14). Cela peut inclure des techniques de relaxation et de gestion de la douleur, ainsi qu'une communication claire et une écoute attentive des préoccupations de leurs patients.

Mais la technique utilisée par les professionnels reste souvent la sédation. Elle est définie comme l'utilisation d'un médicament ou d'une combinaison de médicaments pour agir sur le système nerveux central, réduisant ainsi la conscience de l'environnement du patient, et donc son anxiété.

2.5.1 SEDATION PAR LE MEOPA

Cette technique de sédation par inhalation couramment utilisée en chirurgie dentaire est constituée d'un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote. Ce gaz peut produire sur le patient des effets anxiolytiques et sédatifs. Il est incolore et peu odorant (15) (16). Il est non irritant pour les voies respiratoires, avec des concentrations alvéolaires extrêmement faibles et une faible solubilité tissulaire. Il agit rapidement et sa récupération est pratiquement instantanée, l'ensemble du processus ne prend que quelques minutes. Il est souvent utilisé en pédiatrie car il est bien toléré par les enfants, mais convient également aux patients anxieux et atteints d'handicaps mentaux (17).

Limites à noter :

L'effet principal du MEOPA réside dans sa capacité à focaliser l'attention du patient sur les paroles réconfortantes et positives du praticien, favorisant ainsi une meilleure acceptation du traitement. Lorsque le MEOPA est administré sans un discours d'accompagnement pendant la sédation, le patient ressent souvent peu, voire aucun changement dans le déroulement du traitement.

2.5.2 SEDATION MEDICAMENTEUSE.

La sédation orale est une technique où le médicament est absorbé par le tractus gastro-intestinal, autrement dit par voie entérale. Ces médicaments sont prescrits pour aider les patients à passer une nuit reposante avant leur rendez-vous, il permet également de diminuer la charge de stress au fauteuil. Ces médicaments sont prescrits par les chirurgiens-dentistes face à des anxiétés légères et modérées seulement. (5) Lors d'une sédation médicamenteuse orale c'est un antihistaminique, tel que l'hydroxyzine, qui est majoritairement prescrit.

Limite à noter :

La prescription d'hydroxyzine (Atarax®) en chirurgie dentaire, n'est pas utilisée pour son effet principal c'est à dire un antihistaminique, mais pour ses effets secondaires sédatifs(18). Il est aussi possible de prescrire directement un anxiolytique dont la fonction première est la sédation, comme les benzodiazépines (Temesta®)

2.5.3 ANESTHESIE GENERALE (AG)

L'anesthésie générale consiste à plonger le patient dans un état de sommeil complet, de sorte qu'il ne ressent pas de douleur et ne soit pas conscient pendant l'intervention. Après une évaluation pré-opératoire, des médicaments sont administrés par voie intraveineuse pour induire l'anesthésie et maintenir le patient dans cet état. Pendant l'opération, les signes vitaux du patient sont surveillés par l'anesthésiste. À la fin de la chirurgie, les médicaments anesthésiants sont progressivement arrêtés, et le patient est surveillé jusqu'à ce qu'il se réveille complètement (19).

L'utilisation de l'anesthésie générale pour les patients atteints d'odontophobie peut être considérée comme une solution temporaire ou de dernier recours. L'anesthésie générale permet de pratiquer une multitude de soins pendant que le patient est inconscient. Souvent réclamée par les patients eux-mêmes, elle est vue comme un court-circuit au passage sur le fauteuil du chirurgien-dentiste.

Limites à noter :

Une anesthésie générale est par définition une intervention risquée, complexe et coûteuse. Au vu des nombreuses complications et des effets secondaires potentiels elle ne peut être vue comme un acte bénin. De plus cette anesthésie dispose aujourd'hui de délais d'attente très longs.

Au cours d'une anesthésie générale à visée dentaire, tous les actes peuvent être réalisés mais dans un temps restreint pour limiter les risques de l'anesthésie générale. Par ce fait une réintervention au fauteuil est souvent nécessaire pour une réhabilitation prothétique définitive pérenne.

Après l'anesthésie générale le patient odontophobe n'est pas soigné de sa phobie et l'on se retrouve avec le même problème initial, ce qui peut souvent conduire à des sorties de l'itinéraire thérapeutique comme présenté plus haut.

2.5.4 APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

Il est important de traiter la phobie de manière globale pour assurer des résultats durables améliorant la santé dentaire et générale des patients. L'approche psychologique est une méthode efficace pour surmonter la phobie (20).

Voici quelques techniques psychologiques abordées :

2.5.4.1 L'hypnose

L'hypnose est un état modifié de conscience dans lequel une personne se trouve plus réceptive aux suggestions. Les phénomènes d'hypnose reflètent des modifications de la conscience qui ont lieu dans le contexte d'une interaction sociale (21). Pendant l'hypnose, une personne est en état de relaxation profonde, mais reste éveillée et consciente de son environnement.

L'hypnose est souvent utilisée comme une technique thérapeutique pour aider les gens à faire face à des problèmes de santé mentale ou physique, comme la gestion de la douleur, l'anxiété, les phobies, la dépendance, les troubles alimentaires, et d'autres problèmes liés au comportement. L'hypnose peut également être utilisée pour aider les gens à améliorer leurs performances dans des domaines tels que la préparation des sportifs, les affaires, ou les arts de la scène (22).

Limites à noter :

L'hypnose en chirurgie dentaire n'est pas à visée thérapeutique mais plutôt accompagnante, elle permet de distraire le patient de son état basal et de le faire se focaliser sur une sensation de bien-être. L'aspect thérapeutique est pratiqué par des professionnels formés comme des hypnothérapeutes. L'accompagnement hypnotique cumulé avec la pratique du geste technique est une compétence qui requiert beaucoup d'expérience et de pratique.

2.5.4.2 La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) :

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une forme de psychothérapie qui combine les approches comportementales et cognitives pour aider les personnes à résoudre leurs problèmes émotionnels et comportementaux. Elle est pratiquée par des docteurs en psychiatrie et en psychologie, elle vise à modifier les pensées et les comportements dysfonctionnels qui peuvent contribuer à la détresse émotionnelle. (23)

La TCC repose sur l'idée que les pensées, les émotions et les comportements sont interconnectés. Les pensées négatives et les croyances inadaptées peuvent influencer les émotions et les comportements de manière négative, ce qui peut à son tour maintenir les problèmes émotionnels. Par conséquent, la TCC vise à aider les gens à identifier et à modifier les pensées négatives et les croyances inadaptées, ainsi qu'à acquérir des comportements plus adaptatifs. Utilisée pour traiter un large éventail de problèmes de santé mentale, la TCC repose sur des techniques qui comprennent l'exposition graduée, la thérapie cognitive, la relaxation, la résolution de problèmes et l'apprentissage de compétences de communication interpersonnelle. Le but ultime de la TCC est de permettre à la personne de développer des compétences et des stratégies pour mieux faire face aux défis de la vie quotidienne, en se concentrant sur le changement de pensées et de comportements qui contribuent à la détresse émotionnelle. (24,25)

Limites à noter :

La thérapie comportementale est un outil qui peut améliorer à long terme l'expérience d'une consultation dentaire pour un patient phobique. Mais elle n'est pas du ressort du chirurgien-dentiste et doit être pratiquée par un psychologue ou un psychiatre. Une collaboration entre professionnels est ainsi nécessaire.

2.5.5 CONCLUSION DES APPROCHES ACTUELLES

Les approches pharmacologiques sont plus efficaces combinées avec des interventions psychologiques pour aider les patients à gérer leur anxiété dentaire (26) (27). Les services dentaires doivent utiliser des parcours de soins qui combinent l'utilisation d'approches pharmacologiques pour les patients ayant un besoin urgent avec des interventions psychologiques pour aider les patients à mieux gérer leur anxiété à plus long terme (28). En fin de compte, il est important de trouver une méthode qui convient aux besoins spécifiques du patient : l'approche thérapeutique doit s'adapter aux besoins individuels du patient.

3 PROPOSITION D'UNE NOUVELLE PRISE EN CHARGE DU PATIENT ODONTOPHOBIQUE PAR LA CREATION D'UN RESEAU DE SOIN TRANSDISCIPLINAIRE

3.1 UNE PHILOSOPHIE CENTREE SUR LE PATIENT (29)

Depuis le 20ème siècle, la médecine et la dentisterie se sont fondées sur un modèle biomédical qui a abouti au paradigme de ce qu'on appelle aujourd'hui l'EBD « Evidence-Based Dentistry ». Dans ce paradigme, la décision de soins se base sur l'utilisation de données probantes provenant de la recherche clinique, des préférences du patient et de l'expérience du praticien. (30)

Cependant, la mise en œuvre actuelle de l'EBD est loin d'être efficace dans toutes les situations. Les chirurgiens-dentistes bénéficient de peu de ressources en matière d'éducation ou de recherche lorsqu'il s'agit d'intégrer la prise en compte des préférences des patients, à l'échelle individuelle ou collective. Résulte ainsi une faible quantité de publications et une sous-représentation du point de vue du patient dans les « données probantes ».

Dans le système biomédical, la relation praticien-patient s'est longtemps traduite par un paternalisme bienveillant mais sans partage du pouvoir décisionnel. Dans un but de protection et de guidance, les chirurgiens-dentistes avaient tendance à prendre des décisions de traitement unilatérale, en fonction de leur propre jugement et de leur expertise, plutôt que de prendre en compte les préférences des patients.

Le paternalisme historique est de moins en moins accepté de nos jours, et la relation patient-praticien est aujourd'hui essentiellement délibérative.(31) Il persiste toutefois quatre faiblesses dans la relation délibérative actuelle :

- L'insatisfaction du patient persiste, car de nombreux patients se sentent toujours exclus du processus décisionnel concernant leur propre plan de traitement. Cela est souvent dû à un manque de communication entre les attentes du patient envers les soins et la compréhension du chirurgien-dentiste.
- L'insatisfaction du chirurgien-dentiste est notable, et sa manifestation la plus impressionnante est le taux élevé de suicide dans la profession. Un profond sentiment d'accablement et d'épuisement touche cette profession, en particulier l'épuisement émotionnel mais également un stress professionnel très conséquent.(32)
- L'enseignement des futurs chirurgiens-dentistes : on constate que l'empathie des étudiants diminue proportionnellement à leurs expositions aux patients.(33) Les superviseurs dentaires appliquent parfois des modèles qui perpétuent des relations d'autorité avec les étudiants comme avec leurs patients dans l'apprentissage du soin.
- Les répercussions sociales se font sentir, car les compagnies d'assurance privilégient souvent un modèle basé sur la "hiérarchie des preuves" et le concept de "recommandations" afin de standardiser les soins, ce qui vise à maîtriser les coûts et les risques, à l'instar de la gestion d'entreprise. Cependant, cette réticence face à l'incertitude compromet la prise en charge individualisée des patients et entraîne des conséquences sociales dans la quête de qualité des soins.

Dans le modèle centré sur la personne, l'accent est mis sur les besoins et les préoccupations du patient, plutôt que sur ceux du chirurgien-dentiste. En donnant aux patients un pouvoir de décision plus important qu'auparavant pour répondre à leurs besoins propres, cela peut alléger la charge mentale du chirurgien-dentiste. Cette approche repose sur des valeurs telles que l'humilité, l'hospitalité, l'absence de jugement, le respect, l'authenticité et l'adoption d'attitudes positives.



Figure 3 : Représentation heuristique du modèle clinique dentaire centré sur la personne(25)

3.1.1 *COMPREHENSION*

Le premier principe fondamental réside dans la compréhension. Ce principe englobe deux aspects majeurs : d'une part, l'exploration et l'identification de la maladie par le praticien, d'autre part, l'invitation au patient ou son entourage à ce qu'il partage sa propre expérience de la maladie en exprimant sa perception des symptômes.

Ainsi, le chirurgien-dentiste doit non seulement examiner la manifestation de la maladie, mais aussi comprendre la maladie telle que le patient la vit en tant que processus personnel. Cette approche consiste à comprendre le patient en tant qu'individu et à explorer sa vie. En d'autres termes, le praticien centré sur la personne ne se limite pas à traiter la maladie (guérir), conformément à l'approche biomédicale traditionnelle, mais prend également en compte le contexte de la maladie (soigner). (34)

Ceci permet au praticien de prendre conscience des craintes et des anxiétés particulières que le patient peut ressentir à l'idée de recevoir des soins dentaires. En reconnaissant et en validant ces préoccupations, le praticien peut affiner le processus d'intervention.

3.1.2 PRISE DE DECISION

Aujourd'hui la prise de décision doit reposer sur une relation d'égal à égal, il s'agit d'une relation dite interprétative. Il en résulte la corédaction d'un plan de traitement. Celui-ci est en tout temps sujet à la discussion, aux évaluations et à la validation. Le résultat du plan de traitement est censé répondre aux attentes et aux besoins actuels et futurs du patient.

Le praticien prend ici le rôle de conseiller et non de figure d'autorité. Il propose une aide à la décision, le patient peut comprendre et réfléchir aux différentes options disponibles qui sont clairement expliquées.

Cette alliance thérapeutique découle d'une relation équilibrée, le chirurgien-dentiste reconnaît l'autonomie du patient.

Le patient responsabilisé, qui ne se conforme plus à un traitement dicté, devient un participant actif d'un plan de traitement, adhérant de manière réaliste et donc plus tolérant à toute incertitude.(35)

Ainsi, le consentement éclairé n'est plus un papier signé qu'il faut exiger, mais plutôt une partie inhérente du processus de décision par lequel un plan de traitement devient co-écrit.

Il exige implicitement que les deux parties acceptent et comprennent pleinement leurs responsabilités mutuelles, ainsi que les risques, les conséquences et les résultats attendus des interventions cliniques.

3.1.3 *INTERVENTION*

L'intervention en dentisterie consiste à effectuer des actes thérapeutiques, souvent chirurgicaux dans la bouche du patient. Le praticien intervient dans la sphère corporelle du patient qui en est conscient.

Une version de ces interventions centrée sur la personne tiendrait compte du rythme propre du patient, de ses craintes antérieures et de ses valeurs, et adapterait l'intervention à ces éléments.(36)

Cependant il ne faut pas oublier que la plupart des maladies dentaires modernes étant de nature chronique, l'intervention est exécutée d'abord par le patient à domicile et par le chirurgien-dentiste au cabinet. Les modifications de certaines habitudes de vie du patient (régime alimentaire et hygiène buccale) sont importantes à prendre en compte dans un épisode de soins.(37)

Dans l'imaginaire populaire, les soins dentaires ont toujours été associés à l'anxiété et à la douleur. À ses débuts, la pratique dentaire était une expérience très douloureuse puis le développement des anesthésiques locaux a considérablement réduits les désagréments physiques associés aux interventions. Pourtant l'anxiété des patients empêche d'adapter et de redéfinir l'expérience douloureuse attendue. En explorant la personne, avec ses craintes, ses préoccupations et ses attentes, le chirurgien-dentiste peut être plus sensible aux besoins des patients, réduisant ainsi leur anxiété.

Enfin, l'intervention consiste également à orienter le patient, si nécessaire, vers un autre professionnel. Qu'il prodigue des soins au sein d'une équipe de soins bucco-dentaires ou qu'il oriente simplement vers un spécialiste, le chirurgien-dentiste centré sur la personne reconnaît les limites de ses compétences et leurs impacts sur les besoins du patient. De plus, une exploration approfondie de la maladie peut parfois révéler des problèmes de santé qui vont au-delà de la dentisterie. Un réseau professionnel bien développé donne la possibilité de répondre aux besoins globaux de la patientèle en l'orientant vers d'autres services.

Ainsi, le chirurgien-dentiste devient un membre utile de l'équipe soignante.(38)

Tableau 1 La rencontre dentaire centrée sur la personne				
Principes directeurs	Processus	Méthode	Objectif	L'attitude du dentiste
Humilité Hospitalité Pleine conscience	Connectez-vous à	Validation de la conversation	Se comprendre mutuellement Construire une relation	Chaleur positive Sans jugement de valeur
	Examinez*	Entretien sur les tests radiographiques visuels	Recueillir des données Diagnostiquer	Objectif Approfondissement
	Partager*	Discussion sur la présentation	Partager des modèles explicatifs Se comprendre les uns les autres Traiter l'incertitude	Clair Des questions invitantes
	Décidez*	Discussion Négociation	Co-déterminer la liste des problèmes Co-crée un plan de traitement	Partager le pouvoir Créatif
	Intervenir*	Non chirurgicale Chirurgicale	Traiter toutes les maladies et tous les maux Guérir	Formation d'une alliance

Figure 4 : Tableau synthèse sur la rencontre dentaire centrée sur la personne

3.2 ÉLABORATION D'UN MODELE DE PARCOURS DE SOINS INTEGRE, EXEMPLE DE LA CONSULTATION POUR PATIENT PHOBIQUE AU CHU HENRI-MONDOR

3.2.1 DEFINITION ET OBJECTIFS D'UN RESEAU DE SOINS INTEGRES

Un parcours de soins intégrés est un schéma transdisciplinaire de soins anticipés, placés dans un délai approprié, pour aider un patient ou un groupe de patients souffrant d'une pathologie spécifique ou d'un ensemble de symptômes. Il vise à garantir une qualité de soins optimale en maximisant l'efficacité, la cohérence et la continuité des soins. Les décisions concernant les soins des patients sont prises de manière conjointe avec les patients, les aidants et les différents intervenants professionnels en fonction des besoins et des objectifs définis. Cette situation garantit des soins pertinents, adaptés et centrés sur le patient.

L'objectif du parcours de soins intégrés est de fournir une expérience de soins plus fluides pour le patient, en réduisant au maximum les variations inutiles grâce à la coordination entre les différents prestataires de soins.

En général, un parcours de soin intégré est mis en œuvre à travers une collaboration étroite entre les prestataires de soins et de services sociaux, les patients et leur famille et d'autres intervenants clés. Ces parcours peuvent également servir d'outils pour intégrer les lignes directrices locales et nationales dans la pratique quotidienne, répondant aussi aux exigences de la gouvernance clinique.(39)

Après la compréhension des différents principes d'un réseau de soins intégrés et de la relations centrées sur le patient, il était important de visualiser leurs mises en pratique. Comment pouvons-nous apporter une solution aux patients phobiques au travers d'un parcours de soins intégrés ?

3.2.2 *PRESENTATION DE LA CONSULTATION*

La recherche d'exemples fut quelque peu complexe. En France, en odontologie, l'organisation transdisciplinaire autour des patients anxieux est quasiment inexistante. Cependant, une « consultation anxiété » a vu le jour au CHU d'Henry-Mondor en octobre 2021. Le Dr Lagarde (PH) et son équipe, avec la supervision du Pr Pirnay (PU-PH), ont ouvert une « consultation phobie dentaire » en collaboration avec une psychologue, madame Brunou (40).

3.2.2.1 Objectifs de la création de cette consultation anxiété :

- Décharger les praticiens qui n'ont pas l'organisation nécessaire pour répondre aux besoins de ces patients.
- Rassurer les patients sur leurs capacités à recevoir une consultation.
- Dépister des anxiétés ou les traumatismes sous-jacents de l'anxiété dentaire et adresser les patients aux professionnels compétents.
- Donner des clefs aux patients pour les réintroduire dans un parcours de soin classique.

3.2.2.2 Techniques utilisées :

- **exposition graduelle :**

- le patient est informé par un e-mail (cf encadré 1) qu'il n'y aura pas de soins lors de la consultation
- pas de sédation orale
- entretien avec la psychologue avant la consultation du chirurgien-dentiste.
- *tell show do*
- utilisation des thérapies comportementales et cognitives

-Responsabilisation du patient, prise de conscience du stress, outils d'aide proposés :

- respiration profonde, cohérence cardiaque
- podcast médiation, application smartphone

3.2.2.3 Déroulement de la consultation

Lorsqu'un patient décide d'obtenir un rendez-vous dans le cadre de la consultation anxiété, cet e-mail lui est directement envoyé :

« Bonjour,

Notre consultation ne gère que la phobie des soins en apprenant à la maîtriser pour pouvoir se faire soigner de façon conventionnelle. Aucun soin n'est réalisé lors de cette consultation. Il arrive que la consultation révèle un besoin de thérapie approfondie dans un domaine spécifique.

L'accompagnement lors de la consultation anxiété se fait en plusieurs séances par une chirurgien-dentiste et une psychologue si besoin pour identifier les problèmes qui vous empêchent de vous faire soigner et uniquement les lundis après-midi. Nous vous adressons ensuite pour les soins dentaires soit dans le service dentaire d'Henri Mondor, soit dans le privé, chez le praticien de votre choix.

Si vous êtes intéressés par un rendez-vous dans ces conditions, merci de nous faire parvenir votre nom, prénom et date de naissance pour créer le dossier et vous proposer un créneau.

Bonne journée à vous, »

Encadré 1 : exemple de courrier adressé au patient (avec la permission du Pr Pirnay et du Dr Lagarde)

Dans un premier temps, le patient est accueilli par la psychologue afin de présenter la consultation, d'évaluer l'anxiété et d'en comprendre son origine. Cette séance dure entre 20 et 45 minutes selon les patients. Un rapide échange, par écrit ou à l'oral est établi instantanément entre la psychologue et le chirurgien-dentiste pour poser les bases de la consultation et donner quelques pistes (motif de consultation, troubles du patient, demande etc.). Les deux praticiens échangent pour planifier la prise en charge la plus adaptée pour le patient. Tout est fait en amont de la première consultation avec le chirurgien-dentiste.

Selon son désir, le patient n'est pas obligé de s'installer immédiatement au fauteuil, la praticienne lui laisse la possibilité de rester au bureau pour les premières consultations. L'entretien reprend avec le chirurgien-dentiste qui interroge les motivations du patient, remplit le questionnaire médical et compare ses informations avec celles fournies par la psychologue. Puis, selon le désir du patient, un examen dentaire est réalisé et éventuellement un premier acte technique de détartrage pour les patients les moins anxieux, acte durant lequel le chirurgien-dentiste évalue le comportement du patient face à des stimuli perçus négativement.

La prise en charge psychologique proposée par Mme Brunou ne se limite pas à un accompagnement oral. Elle met en place dans un environnement neutre les exercices à reproduire au fauteuil. Ces exercices sont principalement une respiration profonde et l'utilisation de la cohérence cardiaque. Elle suggère aussi des outils interactifs au patient pour qu'il continue à s'exercer chez lui. Le passage au fauteuil devient ainsi une confirmation des exercices. Le patient est soumis progressivement, en plusieurs séances, aux stimuli le dérangeant comme la position allongée, le bruit et enfin les sensations des instruments en bouche.

3.2.3 RESULTATS APRES 1 AN DE MISE EN PLACE DE LA CONSULTATION.

Sur une période évaluée du 20 octobre 2021 – 20 mars 2023 : lors des seize derniers mois, 74 patients ont été vu dans la consultation d’anxiété par le Dr Lagarde et le Dr Brunou, 6 de ces patients ont été perdus de vue et 16 patients ne se sont pas présentés à leur première consultation après la demande de rendez-vous. L’âge moyen des patients se situe à 44 ans et 5 mois et l’âge médian à 45 ans. Dans cette cohorte de patients on compte 54 femmes et 20 hommes.

3.2.3.1 L’origine de la venue des patients dans la consultation

Origine	Nombre de patients	Nombre de patients venant avec un courrier ou un contact téléphonique
Personnel	43	1
Adressé par un confrère hospitalier	25	1
Adressé par un confrère privé	4	2
Adressé par un psychologue hospitalier	1	1
Adressé par un psychologue	1	0

Figure 5 : Tableau de l'origine des patients suivie

On peut voir que le recrutement des patients se fait par deux voies : la première est la prise de contact par le patient lui-même sur l’adresse électronique ou par les praticiens qui ont connaissance de la consultation et qui adressent directement des patients.

3.2.3.2 Analyse du parcours de soin

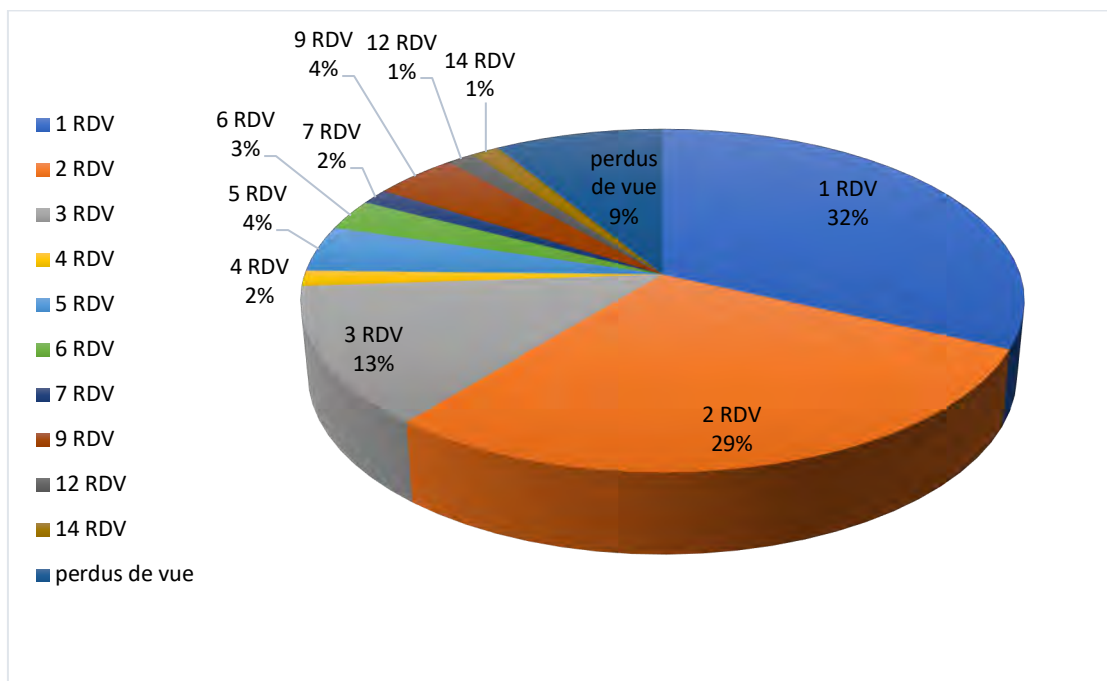


Figure 6 : Graphique du nombre de consultation nécessaire pour réintroduire le patient anxieux dans un parcours de soin classique

Le graphique ne comporte que 69 données et non pas 74, mais 5 patients étaient encore en cours de traitement lors du relevé d'analyse en mars 2023. Le nombre de RDV moyen est de 2,85 et la médiane est de 2. Sur ces seize mois de consultation anxieuse, il faut en moyenne 2 à 3 rendez-vous pour réintroduire dans un parcours de soins classiques, un patient qui vient consulter.

Le nombre de patients traités et pouvant être suivis de façon autonome est de 56 soit 81 % des patients traités. Il y a également 11 patients qui ont été envoyés chez un psychologue pour traiter des problèmes liés ou non à la consultation anxieuse.

3.2.4 RETOUR D'EXPERIENCES

3.2.4.1 Retour de la Psychologue Madame Juliette Brenou

(Propos issus d'articles écrit par Juliette Brenou et d'un entretien, compilés pour une meilleure restitution)

Cette année de consultation collaborative avec un chirurgien-dentiste permet de souligner la nécessité de traiter la phobie dentaire au regard de l'histoire de vie du patient. De plus, la consultation permet aux patients d'avoir un premier contact avec la psychologie. Elle peut initier un mouvement, une impulsion chez le patient qui lui permettra de travailler plus en profondeur sur les problématiques qui le préoccupent.

Par la parole, le patient se libère de ses expériences passées et apprend à reconnaître et analyser les émotions, les pensées, les comportements qui se manifestent dans le cabinet dentaire. Le psychologue propose la technique à mettre en place, choisie par l'équipe, comme répondant le mieux au besoin du patient. Cette technique peut être la cohérence cardiaque, la méditation ou des outils inspirés des thérapies cognitives et comportementales. Ces différents exercices sont expliqués en séance avec le psychologue et sont mis en pratique avec le chirurgien-dentiste. Ils visent à détourner l'attention des soins et s'apaiser.

La consultation en anxiété dentaire est prévue pour des suivis à court terme. Le champ d'action du psychologue est donc réduit. Il se centre principalement sur l'évaluation, l'apprentissage de technique de relaxation et de respiration et si nécessaire un travail de réorientation. Le psychologue joue également un rôle de soutien et de réassurance auprès du patient.

L'enjeu de cette consultation est donc de rassurer le patient sans pour autant devenir des professionnels indispensables dans les soins. En effet, la consultation est temporaire. Elle doit permettre d'informer le patient sur ses troubles et lui donner les outils nécessaires pour gérer seul ses angoisses.

3.2.4.2 Retour d'expérience du chirurgien-dentiste Dr Lagarde

(Propos issus d'un entretien et modifié dans la forme pour une meilleure restitution)

Après ces 16 mois de retour d'expériences, il y a globalement trois grandes catégories de patients qui viennent consulter.

La première catégorie de patients est composée de personnes qui ont la profonde conviction d'être phobiques, qui se sentent handicapés de ne pas pouvoir consulter de dentiste libéral mais qui sont, très souvent, capables de faire un soin (détartrage) à la première consultation. En règle générale, trois rendez-vous sont nécessaires pour ces patients, le premier rendez-vous sert à prendre en compte, écouter et comprendre leurs problèmes. La deuxième consultation consiste souvent à une vérification avec la psychologue qu'il n'y a pas d'autres anxiétés ou traumatismes sous-jacents. Enfin, le troisième RDV permet de leur montrer qu'ils sont capables de se faire soigner par un chirurgien-dentiste. Ce sont globalement des patients qui ont besoin d'être rassurés.

Dans la deuxième catégorie de patients, nous plaçons ceux qui ont eu à un moment une expérience traumatisante ou désagréable avec un chirurgien-dentiste. Très souvent pour ces patients aussi, l'anxiété dentaire diminue en trois rendez-vous leur permettant de retourner dans le schéma classique de soin. Lors de la première séance le Dr Lagarde entend, comprend et rassure le patient. Le deuxième, elle leur explique qu'elle prend en considération leurs problèmes et lors du troisième elle leur montre qu'ils sont capables de surpasser leurs craintes, qu'ils sont autonomes et qu'ils ont les clefs pour y arriver.

La troisième catégorie de patients représente à peine 10% des patients. Elle est composée de patients avec de grosses manœuvres d'évitement, de toutes petites ouvertures buccales ou des réflexes nauséux excessifs résultant souvent d'anciennes agressions ou traumatismes subis. Avec ces patients, il peut y avoir plus de dix rendez-vous pour réussir à soigner une carie.

Exemple : Certains patients sont persuadés de ressentir de la douleur quand un instrument métallique touche leur bouche.

Mais cette catégorie de patients constitue une toute petite partie de ses consultations.

« Finalement, on se rend compte avec la consultation phobique qu'on a l'impression qu'on va être confronté à des grandes angoisses mais sur un an c'est 6-7 patients maximum. »

Pour les soins des patients phobiques il n'y a pas de solution miracle, l'exposition régulière est l'une des principales clefs pour que ces patients maîtrisent leurs propres angoisses sans trop impacter l'approche du chirurgien-dentiste.

Avantages de partager l'activité avec une psychologue

Le fait de partager l'activité avec une autre praticienne permet de ne pas se retrouver seule face à la prise en charge complexe de ces patients à besoin spécifique. En effet le confort qui résulte du double avis lors du diagnostic ou des prises de décisions entraîne une grande étendue de point de vue et une meilleure appréciation du déroulement de la consultation, réduisant ainsi le stress de chacune. Cela permet également d'avoir un accès immédiat à des compétences non apprises pendant le cursus de chirurgien-dentiste.

3.2.4.3 Retour d'expérience d'un patient ayant vécu la consultation d'anxiété

« Cela fait 10 ans que j'ai complètement arrêté les soins dentaires parce que je souffre de phobie. (...) En avril 2022 j'ai ressenti une vive douleur et je me suis résigné à consulter avec la peur au ventre. J'ai consulté un premier dentiste qui n'a pas pu pratiquer de soins (...) J'ai consulté un second dentiste qui m'a traumatisé en ne comprenant pas mon état, (...), j'ai fini par abandonner.

J'allais définitivement abandonner avec cette honte qui m'habite de ne pas réussir à vaincre cette phobie alors même que je regarde mes filles y aller et que je leur dis que ce n'est qu'une formalité. Je pensais que personne ne pouvait plus m'aider jusqu'à ce que je tombe par hasard sur des recherches internet sur la consultation de l'hôpital Chenevier. J'y suis allé, non sans craintes mais j'ai voulu tenter ce que je considérais comme une ultime chance pour moi.

J'ai été accueilli avec bienveillance et surtout avec des explications claires et rassurantes ce qui m'a mis en confiance. Alors oui je progresse lentement, oui je suis encore anxieux à l'idée de m'y rendre, oui j'ai encore les mêmes symptômes phobiques mais je considère que l'intensité diminue. J'y vais avec la volonté d'y arriver et désormais avec une grande motivation par rapport à mon objectif de parvenir à me faire soigner dans un cabinet extérieur parce que le Dr Lagarde prend le temps de m'écouter, prend le temps de me réhabituer à des gestes, des outils, des soins qui peuvent paraître pour le patient lambda classiques mais qui pour moi sont autant d'épreuves à surmonter.

Je sors parfois du cabinet, fier de moi de juste avoir pu m'asseoir sur le fauteuil, d'avoir eu les sons des appareils en bouche, puis d'avoir eu des soins minimes parce que ce sont autant de marches de montées. Je suis tellement content d'être sur la bonne voie que je n'ai désormais plus envie d'abandonner ma santé parce que je veux vaincre cette phobie et cette consultation m'a donné cette force d'y parvenir.

Merci pour cette aide précieuse, n'arrêtez jamais de soigner les gens comme moi qui peuvent se croire abandonnés par les circuits de soins classiques. »

3.2.5 LIMITES DE LA CONSULTATION

Le temps passé lors de la prise en charge des patients phobiques pour la consultation anxiété n'est pas compatible avec l'organisation de l'offre de soins omnipratique libérale contemporaine. Or les patients anxieux (comme les autres catégories de patients à besoins spécifiques), représentent une part importante de la population. Il est nécessaire de penser à une organisation du système de soins permettant à l'ensemble des patients à besoins spécifiques de bénéficier d'un accès aux soins bucco-dentaires amélioré. L'hybridation des rémunérations (combinant une rémunération à l'acte et une forfaitarisation à l'épisode de soins) est une piste vers des parcours de soins intégrés.

Se pose également la difficulté de réorienter les patients une fois qu'ils sont aptes à se faire soigner dans le cadre traditionnel. Réussir à constituer un réseau de chirurgiens-dentistes avec différentes orientations de pratique est tout l'enjeu des parcours de soins intégrés.

Les patients phobiques qui achèvent un travail d'exposition ont souvent tendance à développer une forte dépendance envers leur praticien, croyant que les progrès réalisés sont exclusivement attribuables à leur relation particulière avec le praticien. Le Dr. Lagarde exerce à la fois en milieu hospitalier et en pratique privée, et près de 10 % des patients de la consultation pour l'anxiété l'ont retrouvé dans son cabinet privé sans qu'elle ne leur en ait parlé. Il pourrait être intéressant de multiplier, et mieux identifier, les chirurgiens-dentistes impliqués dans le processus d'exposition progressive afin de faciliter les parcours de soins. Cela aiderait à accroître la prise de conscience du patient selon laquelle ses progrès sont le fruit de ses efforts personnels.

4 CONCLUSION

4.1 PROPOSITION D'UN MODELE DE PARCOURS DE SOIN TRANSDISCIPLINAIRE POUR LES PATIENTS PHOBQUES

Au préalable, la phobie dentaire doit être identifiée, soit directement par le patient (qui s'oriente donc vers une structure spécialisée) soit à l'occasion d'un acte n'ayant pas pu être mené à son terme chez un chirurgien-dentiste pour cause de phobie dentaire.

Initialement

Les patients phobiques, une fois identifiés comme tels avec leur accord, commenceraient par un entretien avec un psychologue et une première consultation avec un chirurgien-dentiste pour faire un premier diagnostic de phobie et les orienter vers 3 formes de prise en charge :

Orientation 1 : Phobie légère, inconfort

Orientation 2 : Ancienne mauvaise expérience, perte de confiance dans la profession

Orientation 3 : Grosse phobie, traumatisme sous-jacent, détérioration importante de la cavité buccale

Anticipation de la prise en charge

Orientations 1 et 2 : Réhabituer le patient au contact avec un chirurgien-dentiste (planification de 3 à 4 séances)

Plateau technique : MEOPA, hypnose, exposition graduelle

Orientation 3 : réhabituer le patient au monde de la santé et des chirurgiens-dentistes (planification 7, 8 séances)

Plateau technique : Anesthésie générale, suivi psychologique, exposition graduelle

Réinsertion dans un parcours de soin classique

Constituer un réseau de chirurgiens-dentistes centrés sur le patient et intégrés dans des parcours de soins permettant un relais pour le suivi à long terme de ses patients. Le concours de psychologues et d'hypnothérapeutes permet de mutualiser la difficulté de ces prises en charges tout en ayant plusieurs points de vue sur les problèmes rencontrés.

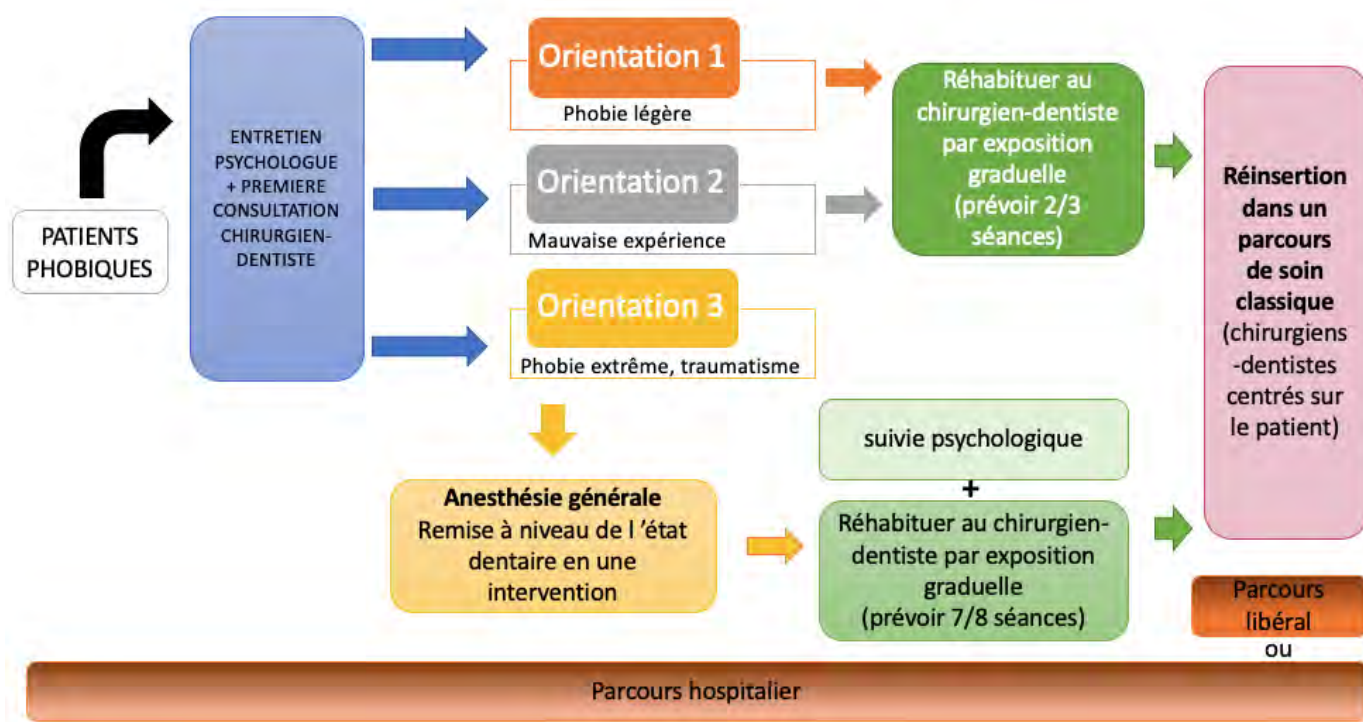


Figure 7: Schéma d'une proposition d'un parcours de soin anxieux multidisciplinaire

4.2 CONCLUSION PERSONNELLE

En commençant mes recherches dans la prise en charge des patients phobiques j'étais motivée par un sentiment d'efficacité, comment gagner du temps lors des consultations ? Comment faire face à la charge anxieuse de ces patients sans qu'elle soit transmise au praticien ? Comment améliorer la technique vis à vis de leurs soins ?

Mais tout au long de cette année d'investigation, je suis allée à la rencontre de professionnels de santé qui sont avant tout des soignants. Grâce à leurs partages et au temps qu'ils m'ont accordé, j'ai compris que la phobie n'est qu'une partie d'un ensemble qui est l'humain. En augmentant mon prisme d'analyse, en élargissant mon spectre de compétences et ma curiosité, j'ai aujourd'hui acquis des compétences parallèles autour de la prise en charge hypnotique, de la psychologie et de la collaboration. Ce qui a permis de faciliter mon travail de chirurgien-dentiste au quotidien.

J'ai également appris que l'efficacité d'un traitement ne se résume pas au temps qu'il prend ni à la dernière technique utilisée. L'efficacité doit aussi comprendre la valeur de la relation et la création d'une confiance mutuelle entre le soignant et le patient. Cette philosophie m'a inculqué la tolérance dans ma pratique quotidienne en cabinet privé, et elle m'a aussi permis de tisser des liens solides avec mes patients et mes collègues.

Je finirai en affirmant que la création et la rédaction de cette thèse d'exercice ont entraîné une augmentation de la passion que j'éprouve pour ce métier.

Le directeur de thèse



Le président du jury



La co-directrice de thèse



TABLES DES FIGURES

<i>Figure 1 : Le modèle du cycle vicieux de l'anxiété et de la peur dentaire selon Berggren 1984 (11).....</i>	<i>15</i>
<i>Figure 2 : Itinéraire thérapeutique de Grembowski, situation appliquée aux patients odontophobiques.....</i>	<i>17</i>
<i>Figure 3 : Représentation heuristique du modèle clinique dentaire centré sur la personne(25).....</i>	<i>27</i>
<i>Figure 4 : Tableau synthèse sur la rencontre dentaire centrée sur la personne.....</i>	<i>30</i>
<i>Figure 5 : Tableau de l'origine des patients suivie</i>	<i>35</i>
<i>Figure 6 : Graphique du nombre de consultation nécessaire pour réintroduire le patient anxieux dans un parcours de soin classique</i>	<i>36</i>
<i>Figure 7: Schéma d'une proposition d'un parcours de soin anxieux multidisciplinaire.....</i>	<i>42</i>

1. Chaupain S, Guillot O, Jankeliowitch-Laval É. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. *Econ Stat.* 2014;469(1):169-97.
2. Nicolas E, Collado V, Faulks D, Bullier B, Hennequin M. A national cross-sectional survey of dental anxiety in the French adult population. *BMC Oral Health.* déc 2007;7(1):12.
3. Silveira ER, Cademartori MG, Schuch HS, Armfield JA, Demarco FF. Estimated prevalence of dental fear in adults: A systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 1 mai 2021;108:103632.
4. Park SC, Kim YK. Anxiety Disorders in the DSM-5: Changes, Controversies, and Future Directions. In: Kim YK, éditeur. *Anxiety Disorders: Rethinking and Understanding Recent Discoveries* [Internet]. Singapore: Springer; 2020 [cité 29 mars 2023]. p. 187-96. (Advances in Experimental Medicine and Biology). Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_12
5. Appukuttan D. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clin Cosmet Investig Dent.* mars 2016;35.
6. Hakeberg M, Lundgren J. Symptoms, Clinical Characteristics and Consequences. In: Öst L, Skaret E, éditeurs. *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety* [Internet]. 1^{re} éd. Wiley; 2013 [cité 14 nov 2022]. p. 1-19. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118499825.ch1>
7. Weisenberg M, Aviram O, Wolf Y, Raphaeli N. Relevant and irrelevant anxiety in the reaction to pain. *Pain.* 1 déc 1984;20(4):371-83.
8. Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ. Cognitive vulnerability and dental fear. *BMC Oral Health.* 24 janv 2008;8:2.
9. Les Français, l'accès aux soins dentaires et la prise en charge des prothèses dentaires - Étude Ifop / Dentaly.org publiée à l'occasion du congrès de l'Association Dentaire Française [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/11/115081_Analyse_20_Dentaly_Ifop-26.11.2018.pdf
10. Cohen SM, Fiske J, Newton JT. The impact of dental anxiety on daily living. *Br Dent J.* oct 2000;189(7):385-90.
11. Moore R, Brødsgaard I. Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29(1):73-80.
12. Grembowski D, Andersen RM, Chen M shia. A Public Health Model of the Dental Care Process. *Med Care Rev.* 1 déc 1989;46(4):439-96.
13. Kinirons M, McCabe M. Familial and maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children. *Community Dent Health.* 1 déc 1995;12(4):226-9.

14. Hmud R, Walsh LJ. Dental anxiety: causes, complications and management approaches. *Int Dent*. 2009;9(5).
15. Becker DE, Rosenberg M. Nitrous Oxide and the Inhalation Anesthetics. *Anesth Prog*. 2008;55(4):124-31.
16. Meopa. Meopa : de quoi parle-t-on ? - Risques - INRS [Internet]. [cité 16 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/meopa/meopa-de-quoi-parle-t-on.html>
17. Galeotti A, Garret Bernardin A, D'Antò V, Ferrazzano GF, Gentile T, Viarani V, et al. Inhalation Conscious Sedation with Nitrous Oxide and Oxygen as Alternative to General Anesthesia in Precooperative, Fearful, and Disabled Pediatric Dental Patients: A Large Survey on 688 Working Sessions. *BioMed Res Int*. 2016;2016:7289310.
18. Kim T, Kim K, Kim S, Kim J. Safety of hydroxyzine in the sedation of pediatric dental patients. *J Dent Anesth Pain Med*. 1 déc 2022;22(6):395-404.
19. Lim MAWT, Borromeo GL. The use of general anesthesia to facilitate dental treatment in adult patients with special needs. *J Dent Anesth Pain Med*. 1 juin 2017;17(2):91-103.
20. De Stefano R. Psychological Factors in Dental Patient Care: Odontophobia. *Medicina (Mex)*. 8 oct 2019;55(10):678.
21. Kihlstrom JF. The domain of hypnosis, revisited. In: *The Oxford handbook of hypnosis: Theory, research, and practice*. New York, NY, US: Oxford University Press; 2008. p. 21-52.
22. *Handbook of clinical hypnosis*, 2nd ed. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2010. xv, 806 p. (Lynn SJ, Rhue JW, Kirsch I. *Handbook of clinical hypnosis*, 2nd ed).
23. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change*. Guilford Press; 2011. 417 p.
24. Salkovskis PM. *Frontiers of Cognitive Therapy*. Guilford Press; 1997. 580 p.
25. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*. 1 mars 1999;80(1):1-13.
26. Berggren U, Odont. Long-Term Management of the Fearful Adult Patient Using Behavior Modification and Other Modalities. *J Dent Educ*. 2001;65(12):1357-68.
27. Kvale G, Berggren U, Milgrom P. Dental fear in adults: a meta-analysis of behavioral interventions. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32(4):250-64.
28. Post-traumatic stress disorder: management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2005 [cité 16 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG26>

29. Apelian N, Vergnes JN, Bedos C. Humanizing clinical dentistry through a person-centred model. *Int J Whole Pers Care* [Internet]. 4 juill 2014 [cité 16 févr 2023];1(2). Disponible sur: <https://ijwpc.mcgill.ca/article/view/2>
30. Guyatt G, Cairns J, Churchill D, Cook D, Haynes B, Hirsh J, et al. Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA*. 4 nov 1992;268(17):2420-5.
31. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*. 22 avr 1992;267(16):2221-6.
32. Lange B, Fung E, Dunning D. Suicide rate in the dental profession: Fact or myth and coping strategies. *Dent Hypotheses* [Internet]. 1 oct 2012;3. Disponible sur: https://digitalcommons.unmc.edu/cod_articles/13
33. Sherman JJ, Cramer A. Measurement of Changes in Empathy During Dental School. *J Dent Educ*. 2005;69(3):338-45.
34. Apelian N, Vergnes JN, Bedos C. Is the dental profession ready for person-centred care? *Br Dent J*. juill 2020;229(2):133-7.
35. Politi MC, Clark MA, Ombao H, Dizon D, Elwyn G. Communicating uncertainty can lead to less decision satisfaction: a necessary cost of involving patients in shared decision making? *Health Expect*. 2011;14(1):84-91.
36. Bedos C, Apelian N, Vergnes JN. What should people expect from person-centred dental visits? The Montreal-Toulouse Wheel of expectations. *Br Dent J*. août 2021;231(4):249-53.
37. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*. 2005;
38. Giddon DB, Swann B, Donoff RB, Hertzman-Miller R. Dentists as Oral Physicians: The Overlooked Primary Health Care Resource. *J Prim Prev*. 1 août 2013;34(4):279-91.
39. Middleton S, Barnett J, Reeves D. What is an integrated care pathway? *Hayward medical*. Vol. 3. 2001.
40. Phobie des soins dentaires : une consultation spécialisée ouverte à Henri Mondor . Hôpitaux Universitaires Henri Mondor. 2022 [cité 25 févr 2023]. Disponible sur: <https://chu-mondor.aphp.fr/phobie-des-soins-dentaires-une-consultation-specialisee-ouverte-a-henri-mondor/>

LES RÉSEAUX DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRES, UNE AIDE À LA PRISE EN CHARGE ODONTOPHOBIQUE.

RESUME EN FRANÇAIS

La gestion des patients odontophobiques à l'hôpital et en cabinet est bien souvent difficile. Lors de la prise en charge des patients phobiques la durée et la complexité des soins sont souvent augmentées., ce qui pèse sur le bien-être des patients et des chirurgiens-dentistes. Dans cette thèse nous décrirons comment la création d'un parcours de soin intégré avec des praticiens transdisciplinaires comme des psychologues ou des hypnothérapeutes, permettrait de réintroduire les patients phobiques dans un système de soins et faciliterait la relation du patient et du chirurgien-dentiste.

TITRE EN ANGLAIS: Multidisciplinary care networks, an assistance to odontophobia care.

RESUME EN ANGLAIS

Managing odontophobic patients in hospital and in the practice is often difficult. When treating phobic patients, the duration and complexity of treatment is often increased, which weighs on the well-being of both patients and dentists. In this thesis we will describe how the creation of an integrated care pathway together with transdisciplinary practitioners such as psychologists or hypnotherapists would help reintroducing phobic patients into the care system and facilitate the relationship with their dentist.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS-CLES : Odontophobie, anxiété, phobie, prise en charge, parcours de soins intégrés, réseaux de soins, réseaux transdisciplinaires, sédation

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de santé-département de chirurgie dentaire : 3 chemin des Maraîchers, 31062 Toulouse Cedex

Directeur de thèse : Pr VERGNES Jean-Noël, Dr GURGEL-GEORGELIN Marie