

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE III - PAUL SABATIER
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNÉE 2015

2015 TOU3 3033

T H È S E

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Lucile BODOT

le 29 juin 2015

ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ VIS À VIS DES SOINS DENTAIRES AU CHU DE TOULOUSE EN 2015

Directeur de thèse : Docteur Marie GURGEL-GEORGELIN

JURY

Président	:	Professeur Philippe POMAR
1 ^{er} Assesseur	:	Docteur Sarah COUSTY
2 ^{ème} Assesseur	:	Docteur Marie GURGEL-GEORGELIN
3 ^{ème} Assesseur	:	Docteur Jean-Noël VERGNES





Faculté de Chirurgie Dentaire



➔ DIRECTION

ADMINISTRATEUR PROVISoire

Mr Hugues CHAP

ASSESEURS DU DOYEN

• ENSEIGNANTS :

Mr CHAMPION Jean

Mr HAMEL Olivier

Mr POMAR Philippe

• PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme GRIMAUD Anne-Marie

• ÉTUDIANT :

Mr HAURET-CLOS Mathieu

CHARGÉS DE MISSION

Mr PALOUDIER Gérard

Mr AUTHER Alain

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme MORICE Marie-Christine

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr LAGARRIGUE Jean +

Mr LODTER Jean-Philippe

Mr PALOUDIER Gérard

Mr SOULET Henri

➔ ÉMÉRITAT

Mme GRÉGOIRE Geneviève

Mr PALOUDIER Gérard

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

56.01 PÉDODONTIE

Chef de la sous-section :

Professeur d'Université :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Chargés d'Enseignement :

Mr VAYSSE

Mme BAILLEUL-FORESTIER

Mme NOIRRI-ESCLASSAN, Mr VAYSSE

Mme DARIES, Mr MARTY

Mr DOMINÉ

56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Chef de la sous-section :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Chargés d'Enseignement :

Mr BARON

Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,

Mme GABAY-FARUCH, Mme YAN-VERGNES

Mme MECHRAOUI, Mr MIQUEL

56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

Chef de la sous-section :

Professeur d'Université :

Maître de Conférences :

Assistant :

Chargés d'Enseignement :

Mr HAMEL

Mme NABET, Mr PALOUDIER, Mr SIXOU

Mr HAMEL, Mr VERGNES

Mlle BARON

Mr DURAND, Mr PARAYRE

57.01 PARODONTOLOGIE

Chef de la sous-section : **Mr BARTHET**

Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN

Assistants : Mr MOURGUES, Mme VINEL

Chargés d'Enseignement : Mr CALVO, Mr LAFFORGUE, Mr SANCIER

57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION

Chef de la sous-section : **Mr CAMPAN**

Professeur d'Université : Mr DURAN

Maîtres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY

Assistants : Mme BOULANGER, Mme CROS, Mr EL KESRI

Chargés d'Enseignement : Mr FAUXPOINT, Mr L'HOMME, Mme LABADIE

57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE)

Chef de la sous-section : **Mr KÉMOUN**

Professeurs d'Université : Mme DUFFAUT

Maîtres de Conférences : Mme GRIMOUD, Mr KÉMOUN, Mr POULET

Assistants : Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mme PESUDO, Mme SOUBIELLE

Chargés d'Enseignement : Mr BLASCO-BAQUE, Mr SIGNAT, Mme VALERA

58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE

Chef de la sous-section : **Mr GUIGNES**

Maîtres de Conférences : Mr DIEMER, Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE

Assistants : Mr ARCAUTE, Mr BONIN, Mr BUORO, Mme DEDIEU, Mme DUEYMES, Mr MICHETTI

Chargés d'Enseignement : Mr BALGUERIE, Mr ELBEZE, Mr MALLET

58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)

Chef de la sous-section : **Mr CHAMPION**

Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR

Maîtres de Conférences : Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS

Assistants : Mr CHABRERON, Mr GALIBOURG, Mr HOBEILAH, Mr KNAFO, Mme SELVA

Chargés d'Enseignement : Mr BOGHANIM, Mr DESTRUHAUT, Mr FLORENTIN, Mr FOLCH, Mr GHRENASSIA, Mme LACOSTE-FERRE, Mr POGEANT, Mr RAYNALDY, Mr GINESTE

58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE

Chef de la sous-section : **Mme JONJOT**

Professeur d'Université : Mme GRÉGOIRE

Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr NASR

Assistants : Mr CANIVET, Mme GARNIER, Mr MONSARRAT

Chargés d'Enseignement : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mr ETIENNE, Mme MAGNE, Mr TREIL, Mr VERGÉ

*L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 Mai 1891).*

Mise à jour au 1^{er} avril 2015

Cette thèse conclut six années de formation professionnelle et aussi de développement personnel dans cette jolie et vivante ville de Toulouse.

À mon Clément, à Oihana mon adorable binôme dans tout et pour toujours, que j'ai le bonheur de connaître.

À mes belles rencontres et aux très bons moments d'amitiés partagés avec les copains de la fac et toute la super équipe de l'Hôtel-Dieu.

À l'ensemble des professeurs qui nous ont tout appris en cours et en clinique.

Au Docteur Elbaz et à Michelle qui m'ont accueillie avec chaleur et gentillesse. Merci de m'avoir fait partager votre savoir.

Aux Docteurs Duong et Tounemouly pour les mêmes raisons.

À mes amis du mercredi soir avec qui je partage tant de moments d'humanité et de joyeuse complicité.

À Claire et Christian qui m'ont ouvert le sentier avec tant de tendresse.

À mes amis du « pays », à Jules, à Marjo, à Emma, à Juanito, à Berdé, à Romain, à Robin, à Nanard, que j'aime pleinement et en toute confiance.

À ma tribu, le sel de ma vie qui m'a donné des racines et des ailes. À mes parents mon tout, à ma tante ma lumière et à mon petit frère.

A notre président du jury,

Monsieur le Professeur Philippe POMAR,

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Vice-Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
- Lauréat de l'Institut de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale de la Salpêtrière,
- Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R.),
- Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Monsieur le Professeur, je suis honorée que vous ayez accepté de présider le jury de soutenance de ma thèse.

Je vous remercie de la disponibilité dont vous avez fait preuve tout au long de mon cursus universitaire et, notamment, lorsque j'ai eu besoin d'informations complémentaires.

Que soit exprimés ici ma reconnaissance, ma gratitude et mon respect.

A notre directeur de thèse,

Madame le Docteur Marie GURGEL-GEORGELIN,

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

Docteur, je tiens à vous remercier pour tout ce que vous m'avez apporté en cours et en clinique avec à la fois tant de qualité et de bienveillance.

Je suis heureuse que vous ayez accepté de m'aider dans l'élaboration de ma thèse. Je vous en remercie chaleureusement. Vos conseils avisés, votre impressionnante disponibilité et votre enthousiasme jamais démenti ont représenté une aide précieuse pour moi.

Que soit exprimées ici ma reconnaissance et ma gratitude.

A notre jury de thèse,

Madame le Docteur Sarah COUSTY,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Diplôme d'Études Supérieures de Chirurgie Buccale (D.E.S.C.B.),
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Ancienne Interne des Hôpitaux de Toulouse,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

Docteur, je vous remercie de m'avoir permis, grâce à votre enseignement de qualité, de découvrir et d'apprécier la chirurgie dentaire.

Je vous remercie également de m'avoir aidée à finaliser le sujet de ma thèse et de m'avoir encouragée à traiter cette question.

Que soit exprimées ici ma reconnaissance et ma gratitude.

A notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Noël VERGNES,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Epidémiologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill –Montréal, Québec – Canada,
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales,
- Master2 Recherche – Epidémiologie clinique,
- Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Docteur, que ce soit en clinique ou pour ma thèse, et quelles que soient mes demandes (particulièrement pour les statistiques !), vous avez toujours fait preuve de beaucoup de professionnalisme, de disponibilité et de gentillesse. Je vous en remercie vivement.

Que soit exprimées ici ma reconnaissance et ma gratitude.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	12
I. LES TROUBLES ANXIEUX.....	13
1.1 Terminologie.....	14
1.1.1 Peur et Stress.....	14
1.1.2 Angoisse et panique.....	16
1.1.3 Anxiété.....	17
1.1.4 Phobie.....	18
1.1.5 Synthèse.....	19
1.2 Concepts et approche des troubles anxieux.....	21
1.2.1 Conception historique de l'anxiété.....	21
1.2.2 Cognition et comportement : processus émotionnel.....	23
1.2.3 Classification des troubles anxieux.....	26
1.2.4 Nature des troubles anxieux.	28
<i>1.2.4.1 Les différentes approches des troubles anxieux.....</i>	<i>28</i>
<i>1.2.4.2 Symptomatologie.....</i>	<i>29</i>
<i>1.2.4.3 Mécanismes des troubles anxieux.....</i>	<i>32</i>
<i>1.2.4.4 Les comorbidités.....</i>	<i>34</i>
<i>1.2.4.5 Evolution.....</i>	<i>35</i>
1.2.5 Construction de la phobie.....	35
1.2.6 Neuropsychologie des troubles anxieux.....	37
1.2.7 Phobies spécifiques.....	39
<i>1.2.7.1 Classification et définition.....</i>	<i>39</i>
<i>1.2.7.2 Prévalence.....</i>	<i>40</i>
<i>1.2.7.3 Critères diagnostiques et manifestations.....</i>	<i>40</i>
<i>1.2.7.4 Construction.....</i>	<i>41</i>
<i>1.2.7.5 Évolution.....</i>	<i>42</i>
II. L'ODONTOPHOBIE.....	43
2.1 Historique de la pratique dentaire.....	44
2.2 Définition de l'odontophobie.....	45
2.3 La symbolique de la sphère orale.....	45
2.3.1 La bouche.....	45
2.3.2 Les dents.....	48
2.4 La relation patient- praticien.....	49
2.5 Phobie et soins dentaires.....	50
2.5.1 Prévalence et épidémiologie.....	50
2.5.2 Sémiologie et diagnostic.....	51
2.5.3 Outils et mesures.....	53
<i>2.5.3.1 Les mesures objectives.....</i>	<i>53</i>
<i>2.5.3.2 Les mesures subjectives.....</i>	<i>54</i>
2.5.4 Étiologies et construction.....	55
2.5.5 Conséquences sur la vie quotidienne.....	58

III. QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PATIENTS	59
3.1 Objectifs et cadre de recherche	60
3.2 Matériel et méthodes	61
3.2.1 Population cible.....	61
3.2.2 Présentation du questionnaire	62
3.2.3. Recueil des données.....	63
3.2.4. Tests statistiques employés.....	64
3.3 Résultats	65
3.3.1 Statistiques descriptives.....	65
3.3.2. Corrélations.....	68
3.4 Discussion	79
3.5 Confrontation avec la littérature	86
IV. PRISE EN CHARGE DE L'ANXIÉTÉ DENTAIRE	88
4.1 Thérapeutiques pharmacologiques des troubles anxieux	89
4.1.1. La sédation consciente.....	89
4.1.2. La sédation profonde et l'anesthésie générale.....	90
4.1.3. Les solutions alternatives.....	91
4.1.3.1. <i>La phytothérapie</i>	91
4.1.3.2. <i>L'homéopathie</i>	91
4.1.3.3. <i>L'aromathérapie</i>	93
4.2 Thérapies cognitivo-comportementales	93
4.3 Moyens de gestion multidisciplinaires pour une consultation d'un patient odontophobique	95
4.3.1 Hypnose.....	95
4.3.2 Relaxation.....	96
4.3.3 Psychologie.....	97
CONCLUSION	98
ANNEXES	100
TABLE DES ILLUSTRATIONS	106
BIBLIOGRAPHIE	107

INTRODUCTION

Au cabinet dentaire, la peur, voire la phobie sont régulièrement présentes et ont une influence non négligeable sur le comportement du patient.

Elles jouent également un rôle sur la pratique du chirurgien dentiste et sur la réalisation de la thérapeutique bucco-dentaire.

La prévalence de cette anxiété est évaluée entre 5 et 15 %, de ce fait elle doit être considérée, selon différents auteurs, comme une préoccupation de santé publique.

Au cours de la formation initiale, la préparation à la confrontation avec cette phobie n'est pas toujours l'élément le plus développé. Les praticiens, face à ce type de patient, seront souvent amenés à trouver des réponses et des ressources personnelles. La responsabilité leur incombe de gérer cette anxiété pour permettre la bonne marche du traitement.

Le but de cette thèse consiste, dans un premier temps, à réaliser une photographie de la population des patients phobiques, à un moment donné et dans le cadre déterminé du CHU de TOULOUSE en 2015.

Pour répondre à cet objectif un questionnaire a été élaboré. Il évalue tout d'abord la peur des patients en utilisant le questionnaire de Corah.

Dans un second temps, il pose aux patients des questions permettant d'évaluer :

- au sein des soins, les sources de cette anxiété pathologique ;
- pour les patients, les conséquences sur la santé bucco-dentaire et sur leur qualité de vie.

Préalablement à la présentation du questionnaire et de ses résultats, vous trouverez des éléments de connaissance quant à la notion de phobie et aux mécanismes afférents, issus de la littérature scientifique.

I. LES TROUBLES ANXIEUX

1.1 Terminologie

Les troubles anxieux sont les plus répandus des troubles mentaux. (1)
Ils recouvrent un panel de termes utilisés dans le langage courant de façon plus ou moins précise. Or, ces termes tels que « peur », « angoisse », « panique », « anxiété » et « phobie » désignent des notions différentes. (2) (3)

La problématique réside dans le fait qu'au sein de la littérature, les définitions de ces termes changent selon les auteurs, les courants psychologiques, les écoles et les théories. (4)

Ainsi, une définition générale des troubles anxieux n'a pas encore été clairement établie. Au contraire, selon certains auteurs, ils sont utilisés de façon équivalente pour décrire un même phénomène. (4)

Il apparaît, donc, complexe de définir de façon universelle ces termes et de retrouver dans le langage, comme dans la littérature scientifique, une utilisation précise et juste du vocabulaire lié à l'anxiété.

Toutefois, sans donner de définition précise, il peut être intéressant de les caractériser voire de tenter de les distinguer.

1.1.1 Peur et stress

Selon le Dictionnaire de psychologie, la peur est une réaction affective normale de l'organisme exposé à une menace réelle.

La peur est une émotion dite « primaire, fondamentale », en ce sens qu'elle est universelle, éprouvée par l'ensemble des êtres-vivants.

Ainsi, son expression faciale est interprétée de façon universelle comme l'a décrite Darwin : pâleur du visage, tension des muscles faciaux qui entraîne le plissement des yeux et l'apparition de rides au niveau de la pyramide nasale. (5)

La peur a une fonction de protection afin de permettre au sujet de ne pas se mettre en danger ou de s'y dérober.

« La peur fonctionne comme un signal d'alarme, dont la fonction, comme tous les signaux d'alarme, est d'attirer notre attention sur un danger, pour nous permettre d'y faire face au mieux ». (6) Cependant, cette peur, salutaire en cas de menace, peut devenir pathologique lorsqu'elle se déclenche dans des circonstances inappropriées en raison d'une diminution du « seuil de dangerosité » qui correspond au niveau de perception du danger. (6)

Le stress, selon Selye, est « La perception d'une menace avec pour conséquence une anxiété désagréable, une tension émotionnelle, une difficulté d'adaptation. ».

On attribue classiquement deux sens au stress.

Tout d'abord, le stress en tant que stimulus est un facteur d'agression extérieur auquel un organisme est exposé. (7)

Cet agent physique, chimique, environnemental, psychologique ou émotionnel déséquilibre l'homéostasie de l'organisme et nécessite une réaction adaptative.

De cela découle le deuxième volet du stress, en tant qu'ensemble de réactions de l'individu à l'agression. Cela rejoint la théorie de réponse de l'organisme au stress développée par Selye au cours des années 1930, appelée « syndrome d'adaptation générale ». De fait, l'organisme va répondre à la modification de l'homéostasie par une réaction de défense propre et spécifique afin de rétablir cet équilibre. (7) (8)

Le stress a un impact psychologique et physique sur l'individu et aussi une dimension neuroendocrinologique. (9)

Parmi ces réponses de l'organisme, l'anxiété est retrouvée, notamment dans sa dimension somatique. (2)

Le stress, comme la peur, est donc une source d'activation de l'organisme qui permet une capacité d'adaptation nécessaire à la survie.

1.1.2 Angoisse et panique

L'angoisse, du latin « angustia » (étroitesse, lieu resserré), est une peur irrationnelle. C'est une sensation pénible de malaise profond, d'extrême inquiétude, déterminée par l'impression diffuse d'un danger vague, imminent devant lequel on reste désarmé et impuissant. (10)

C'est un état accompagné de modifications neurovégétatives lors de violentes émotions (transpiration, tremblements, vision brouillée, sécheresse de la bouche, palpitations de cœur, nausées, diarrhées et augmentation de la diurèse). Son origine n'est pas une situation réelle mais la représentation imaginaire d'une situation conflictuelle inconsciente. (10)

Selon le Dictionnaire Larousse de la psychanalyse, l'angoisse est un affect (état émotionnel dont l'ensemble constitue la palette de tous les sentiments humains) de déplaisir plus ou moins intense qui se manifeste à la place d'un sentiment inconscient chez un sujet dans l'attente de quelque chose qu'il ne peut nommer. (11)

L'angoisse se traduit par des sensations physiques, allant de la simple constriction épigastrique à la paralysie totale, et souvent accompagnée d'une douleur psychique. (11)

La panique est relative au dieu « Pan » inspiré par les forces invisibles et mystérieuses de la nature. C'est une peur, une terreur qui survient de manière subite et violente en troublant l'esprit et le comportement. (12)

La panique n'a pas de fonction adaptative. Elle est délétère pour le sujet dans le sens où elle ne lui permet pas d'interagir avec son environnement.

1.1.3 Anxiété

L'anxiété vient du latin « anxietas » (chagrin, inquiétude, peine d'esprit), les définitions en sont nombreuses. Elles dépendent de l'angle d'approche psychanalytique, psychologique ou neurophysiologique et ont toutes leurs limites. Il existe un paradoxe à vouloir définir l'anxiété comme une notion spécifique alors qu'elle présente des composantes somatiques, physiologiques, comportementales et psychologiques et même cognitives. (13) (14)

Pierre Janet en a donné une définition souvent retenue comme étant une peur sans objet réel, apparent ou défini. (2)

Cependant, cette définition est confrontée aux différentes formes que l'anxiété peut revêtir. (15)

- L'anxiété flottante qui n'a pas de lien avec un objet ou une situation précis et a un caractère spontané.
- L'anxiété d'anticipation qui naît à la seule évocation d'une situation dite phobogène. (15)
- L'anxiété caractérielle ou trait d'anxiété, appelé par Freud « l'attente anxieuse » est une caractéristique intrinsèque de la personnalité de l'individu. (14)
- L'anxiété de situation ou état d'anxiété est une réaction disproportionnée à une situation précise, avec une intensité précise.

Le trait d'anxiété correspond à une tendance inhérente de l'individu à l'anxiété, c'est la manière dont l'individu va être sujet, en fréquence (plus ou moins chronique) et en intensité, selon le stress éprouvé, à l'état d'anxiété (inquiétude, tension). (16)

L'anxiété a une cause intérieure, elle est une réaction à un danger imprécis. (15)
Il s'agit d'un état, un sentiment d'appréhension face à un stimulus de menace dans une situation donnée. La réponse de l'individu est disproportionnée par rapport à l'élément déclenchant.

L'anxiété n'a pas nécessairement de précédent quant à la situation qui en est la source. (17) Elle revêt un caractère désagréable et a une influence sur la réaction de l'être à l'environnement en altérant ses capacités d'adaptation pour affronter les situations.

1.1.4 Phobie

Selon le Dictionnaire de psychologie, la phobie est une affection mentale caractérisée par une peur intense, irraisonnée et tenace éprouvée à l'égard de certains objets (personne, animal ou chose) ou de certaines situations qui ne justifient pas eux-mêmes une telle réaction. (10)

Selon le Dictionnaire de la psychanalyse, la phobie est une attaque de panique devant un objet, un animal ou un aménagement particulier de l'espace qui jouent comme des signaux d'angoisse. (11)

La phobie est, selon le Trésor de la Langue Française Informatisé, un symptôme caractérisé par une réaction d'angoisse ou une répulsion ressentie devant le même objet, la même personne ou une situation bien déterminée.

Cette anomalie mentale conduit à l'hostilité, à une agressivité refoulée ou à un sentiment de culpabilité très intense. Dans le temps, cette peur excessive développe un rapport direct ou indirect avec l'un des événements ou l'un des objets à la base du déclenchement.

1.1.5 Synthèse

Classiquement, le terme d'angoisse, plus ancien que celui d'anxiété, désignait une peur irrationnelle et sans objet avec des manifestations d'ordre végétatif contrairement à cette dernière qui correspondait à une dimension psychologique. L'angoisse était l'aspect corporel de l'anxiété (elle est encore utilisée par les patients pour désigner leur ressenti lors de troubles anxieux). (2) (10)

En effet, en France, en Espagne et en Allemagne, l'angoisse (respectivement *Angustia* et *Angst*) faisait référence à une forme plus paroxystique (crainte, paralysie de l'organisme) et sévère de la notion plus générale d'anxiété. Cependant, la dichotomie entre les deux notions « anxiety /anguish » est peu marquée, en psychiatrie, dans les pays anglo-saxons. (18)

De nos jours, cette distinction s'est atténuée et l'anxiété est une notion plus globale qui regroupe des composantes psychiques, somatiques et corporelles. La notion d'anxiété, « anxiety » en anglais, comprend celle d'angoisse à travers le trouble de panique, « panic disorder » en anglais et « crisis de angustia » en castillan. Ceci a permis une simplification du discours clinique. (19)

De fait, ces deux termes d'anxiété et d'angoisse évoquent des états de troubles, d'agitation, des sentiments désagréables de gênes et respectivement de resserrement de la région précordiale (zone thoracique en avant du cœur) et de la région épigastrique. Avec l'inquiétude (degré 1), ils correspondraient respectivement à trois degrés d'un même état anxieux dont l'angoisse en serait le plus élevé. (20)

La phobie, quant à elle, se distingue par le fait qu'elle renvoie à une situation et un objet précis et qu'elle appartient à la catégorie des troubles anxieux.

Dans la littérature, l'anxiété, les troubles anxieux et la phobie vis à vis des soins dentaires sont présentés sans distinction nette et sont utilisés indifféremment ; il en sera de même au sein de cette thèse.

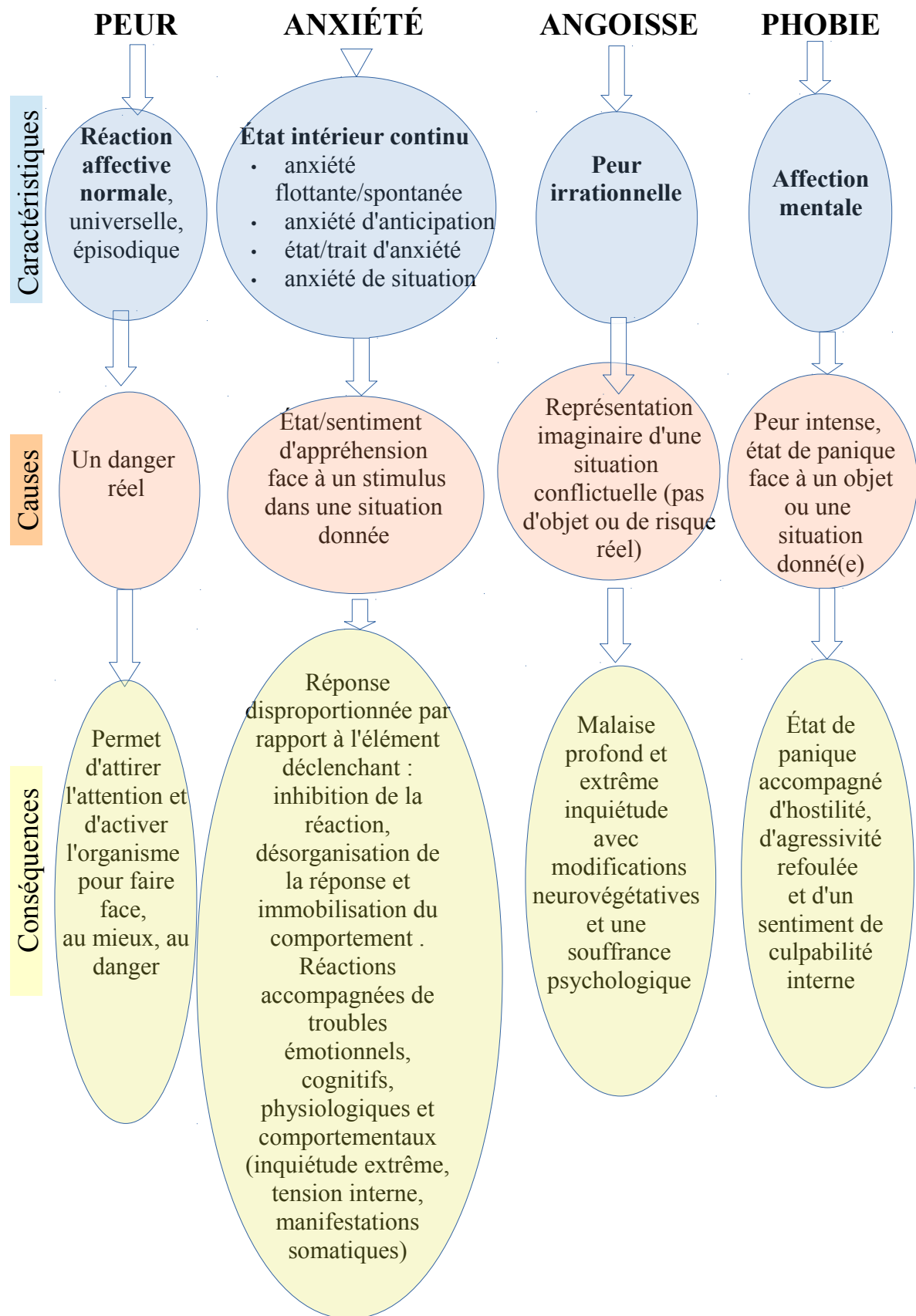


Figure 1 : SYNTHÈSE DE LA PARTIE TERMINOLOGIE

1.2 Concepts et approche des troubles anxieux

1.2.1 Conception historique de l'anxiété

L'utilisation des termes relatifs à l'anxiété remonte à la Bible sous le terme *pachadh*, désignant un sentiment anormal de crainte. Il était question de le distinguer de la pieuse "peur de Dieu" du véritable croyant. (18)

Beaucoup d'essais, de modèles ont tenté de définir, d'expliquer l'anxiété. Elle a été alternativement un état, un trait de personnalité, un stimulus, une réponse, un moteur. (21) Son histoire est parsemée d'évolutions, de changements, de révolutions et il est difficile d'en faire une chronologie claire.

La Grèce classique est la période durant laquelle le concept d'anxiété a vu le jour. Quelques siècles plus tard, Cicéron a fait la distinction entre les notions *anxietas* (une prédisposition constante) et *angor* (une réponse émotionnelle temporaire). (21)

Par la suite, l'anxiété a été considérée comme un trouble de l'esprit, un état de malaise général. C'est au XVII^{ème} siècle que le terme prend un sens plus précis, défini comme un ensemble de sentiments de crainte et de symptômes physiques comme les contractions de poitrine. (22)

A cette époque, certaines personnalités sont perçues comme plus enclines : ce sont notamment les tempéraments mélancoliques et les femmes. Des cas d'anxiété sont rapportés sous le terme "histeria" venant du mot grec "uterus", qui renvoie au fait que les femmes seraient plus concernées par ces états. (23)

Les causes de cette expérience anxieuse s'expliquent dès lors par des dysfonctions nerveuses, des déséquilibres corporels et constitutionnels : l'anxiété est approchée sous un angle à la fois psychologique et physiopathologique. (22)

Au XVIII^{ème} siècle, les troubles du comportement qui accompagnent l'anxiété sont reconnus médicalement notamment l'hyperventilation qui devient un symptôme de pathologies pulmonaires, les palpitations celui de pathologies cardiaques ...

Le phénomène continue et au début du XIXème siècle, le processus de médicalisation des troubles anxieux est à son apogée notamment avec l'attention portée au système nerveux autonome.

Au milieu du XIXème siècle, les symptômes de l'anxiété trouvent leur place dans la nosologie médicale. Ils sont répertoriés dans des livres médicaux et des traitements spécifiques de ces symptômes physiques sont mis en place. Ils deviennent alors une partie intégrante des compétences de la psychiatrie. (18)

En parallèle de la médicalisation des manifestations de l'anxiété, on assiste à leur "psychologisation". L'anxiété reconnue comme une pathologie mentale en psychiatrie est intégrée dans un modèle spécifique liant les formations de la psyché et des peurs irrationnelles. (22) Cela rejoint la théorie psychoanalytique de Freud dans laquelle les anxiétés d'un enfant de six ans et plus sont les expressions symboliques des peurs de la perte dans la plus jeune enfance. (24)

Au début du XXème siècle, Freud a regroupé les symptômes de l'anxiété, qui étaient des maladies physiques indépendantes au sein d'une description clinique nommée « anxiety-neurosis ». (18) Elle comprend trois formes d'anxiété : l'anxiété objective qui est acceptable, l'anxiété morale qui est un déséquilibre du "ça" et du "moi" et l'anxiété-névrose qui est un déséquilibre du "moi" et du "surmoi". Ces deux dernières entraînent inconsciemment des réponses de déni et de répression. (22)

Cette maladie mentale a pour Freud un lien avec la perturbation de la fonction sexuelle et non pas avec une dysfonction cérébrale comme il en est fait état à cette époque. (25)

De nos jours, les troubles anxieux appartiennent à la psychiatrie au sein du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux DSM-IV. Leur approche est multidimensionnelle. On en compte différentes formes et les thérapies spécifiques à ces troubles sont en mouvance notamment avec les thérapies cognitivo-comportementales.

1.2.2 Cognition et comportement : processus émotionnel

L'émotion est la pierre d'angle des facettes cognitive, affective et comportementale de l'anxiété. La compréhension du processus émotionnel mène à mieux appréhender la notion même d'anxiété. (26)

Le terme émotion est facilement utilisé dans le langage courant. La problématique se situe au niveau scientifique et médical avec la difficulté à définir ce terme tout autant qu'à en connaître les différents types et à améliorer leur mesure. (27)

L'émotion se définit communément comme un sentiment quelconque intense en lien avec un événement spécifique ou une idée. (27)

Bergson dans *Essai sur les données immédiates de la conscience* (1888) a une approche plus complexe des émotions qu'il voit « grosses de milles sensations, sentiments ou idées qui les pénètrent ». Elles ne se réduisent pas à un sentiment mais englobent un ensemble de différentes notions.

Les émotions sont associées à des changements fonctionnels au niveau physiologique, comportemental et cognitif sous la dépendance du système nerveux autonome. (14)

Il existe deux grandes théories quant à l'interaction entre l'émotion et les modifications qui l'accompagnent.

La première expose l'émotion comme un état mental de ressenti causé par les changements physiologiques du corps liés à une situation spécifique. Le problème est qu'il existe un nombre beaucoup plus importants d'émotions que de modèles de réponses physiologiques. (27) Dans une situation donnée, l'anxiété et la colère ressenties respectivement par deux individus, peuvent s'accompagner des mêmes changements physiologiques (fréquence cardiaque, température du corps).

La deuxième avance que les émotions précèdent et causent les réponses physiologiques dans le but de préparer le corps à la réaction. (27)

Elles renforcent les individus et les espèces car elles permettent de s'adapter aux différentes situations. Cela rejoint la théorie de sélection des espèces de Darwin pour qui les émotions sont des volets subtils du comportement, de l'expérience, de l'activité neurale et qui génèrent les actions primaires à la survie.

L'émotion sélectionne les voies de communication neurophysiologiques et endocriniennes (hormones) puis participe à l'activation générale de l'organisme (tension). Cette mise en alerte notamment dans le cas de l'anxiété est ressentie négativement. (14)

Ainsi, l'anxiété serait la sur-expression d'émotions initiales d'adaptation pour la survie ou la reproduction. Les émotions forment donc un phénomène complexe difficile à expliquer. Cependant, de nos jours, les émotions ont une plus faible valeur adaptative que dans le monde ancestral. Tout de même, l'anxiété sert à motiver l'individu dans les cas de situations dangereuses ou à les anticiper afin de les éviter.

Pour Charles Darwin, les expressions faciales, par leur caractère universel, étaient des moyens de communication pour la survie (signaler le danger par l'expression de la peur). (5) Cependant, plus tard, certains auteurs ont différencié les expressions fondamentales reconnues universelles et celles liées à l'apprentissage culturel. (28)

Les expressions faciales, par un phénomène de rétroaction faciale, modifient les émotions. En effet, les contractions des muscles faciaux limitent la circulation veineuse et influencent le refroidissement du sang artériel apporté au cerveau. Les variations de température cérébrale jouent sur la libération et le blocage de neurotransmetteurs impliqués dans les états émotionnels. Ceci expliquerait partiellement les différences de ressenti positif ou négatif d'une même situation entre individus. (29)

Les fonctions comportementales, physiologiques, cognitives et subjectives de l'individu déterminent le phénomène émotionnel. L'émotion est dès lors un « ensemble complexe de processus qu'elle articule et coordonne afin de permettre une adaptation rapide de l'individu aux contraintes de son environnement. ». (30)

Pour certains auteurs, l'émotion est une adaptation du système de cognition. (27)
Selon le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine 2015, la cognition est « l'ensemble des processus psychiques permettant d'aboutir à la connaissance par opposition à la conation qui est l'ensemble des processus psychiques permettant d'aboutir à l'action ». (31)

Un stimulus est perçu et évalué par le système cognitif (on parle d' « interprétation cognitive ») et l'émotion appropriée est sélectionnée pour activer le système nerveux et par la suite la réponse adaptée (différente selon l'individu). (27)
Le processus émotionnel apparaît donc comme le lien entre la cognition et la conation c'est à dire le comportement.

Cela mène à la notion d'évaluation émotionnelle qui est le fait d'attribuer une « signification émotionnelle » à une situation donnée par un individu donné, puis d'identifier les « dimensions d'évaluation émotionnelle » en vue d'établir une réponse.
Les deux premières correspondent à la mesure du caractère nouveau de la situation et de la valeur positive ou négative à lui attribuer. Dans les troubles anxieux, le caractère d'imprévisibilité donne une valeur négative à l'événement. Ensuite, il y a la mesure du lien entre la situation et les objectifs du sujet. Dans les troubles anxieux, cela correspond à la peur de l'atteinte physique ou de la douleur. Vient ensuite l'évaluation de la part de maîtrise sur la situation et des capacités du sujet pour gérer et faire face à la situation. La dernière dimension est l'évaluation du lien entre ce qui a déclenché l'anxiété et les valeurs du sujet qui peut mener à des sentiments de honte et de culpabilité. (30)

An niveau cognitif, l'évaluation émotionnelle est soit automatique, donc inconsciente, soit consciente.

Lorsqu'elle est automatique, deux sortes de stimuli existent, les stimuli inconditionnels qui déclenchent l'émotion de façon innée et les stimuli conditionnés qui déclenchent une émotion basée sur le vécu. Dans ce cas, le processus d'évaluation est inconscient et l'impression de non maîtrise que peut ressentir un individu face à l'émotion est caractéristique des troubles anxieux.

Tout de même, cette évaluation cognitive peut être consciente.

Dans le cas des troubles anxieux, ces deux évaluations émotionnelles peuvent être synchrones. L'objet de la phobie est à un niveau automatique perçu comme menaçant et, en parallèle, le sujet est conscient de son caractère bénin. Ceci donne lieu à une souffrance psychologique chez l'individu. (30)

L'évaluation cognitive d'un stimulus phobogène active donc la conception d'une réaction émotionnelle qui va donner lieu à la réalisation de changements d'expression, de comportements chez l'individu en interaction avec son environnement.

Par un phénomène de rétroaction positive, ces changements cognitifs, physiologiques, comportementaux vont amplifier l'émotion d'anxiété. Ainsi, l'anxiété est amplifiée par les réactions expressives de peur, les postures face au stimulus. (32)

1.2.3 Classification des troubles anxieux.

A la différence des autres troubles psychiatriques, la classification des troubles anxieux et son histoire sont plus récentes.

La base de cette classification trouve écho dans les travaux de Freud, il y a environ cent ans. A l'époque, les troubles anxieux étaient rassemblés sous la nomenclature générale de "neurasthénie". En 1894, il décrit un syndrome qu'il nomme "l'anxiété névrose". Cette description clinique comprend une attaque anxieuse, un état chronique d'appréhension, un comportement phobique d'évitement ainsi qu'une hypersensibilité aux stimuli externes et des symptômes somatiques. (18)

Les premières classifications des troubles anxieux issues du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, DSM-I (1952) et DSM-II (1968), comprenaient l'anxiété, la panique et leurs symptômes somatiques. Cependant, leurs descriptions étaient moins riches et précises que celles de Freud.

Les classifications suivantes, DSM-III et DSM-III-R, ont fait avancer la psychiatrie grâce à une approche moins psychologique mais plus descriptive et diagnostique des différentes catégories. (33)

La classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) a mis l'accent sur le trouble de panique. Elle permet de poser un diagnostic avec une dimension étiologique. (34)

Enfin, la classification du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux DSM-IV est la version utilisée de nos jours. La validité de cette classification est pertinente grâce à un travail de lecture systématique de la littérature scientifique et l'utilisation d'analyses de données et de preuves empiriques. (33)

Depuis 2013, une nouvelle version DSM-5 a été publiée mais est un sujet de controverse quant à l'indépendance et la qualité scientifique. (35)

Cette classification du DSM-IV comprend les troubles suivants : (36)

- Trouble panique sans agoraphobie
- Trouble panique avec agoraphobie
- Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique
- Phobie spécifique
- Phobie sociale
- Trouble obsessionnel-compulsif
- État de stress post- traumatique, État de stress aigu
- Trouble d'anxiété généralisée
- Trouble anxieux dû à une affection médicale générale, Trouble anxieux induit par une substance
- Trouble anxieux non spécifié

Cette classification peut être aussi établie en utilisant la dichotomie : troubles aigus et troubles chroniques.

Les troubles anxieux à caractère évolutif aigu sont : le trouble de panique avec ou sans agoraphobie et l'état de stress aigu.

Les troubles anxieux à caractère chronique sont notamment : les phobies spécifiques, les phobies sociales, le trouble d'anxiété généralisée. (37)

1.2.4 Nature des troubles anxieux

Les troubles anxieux, classés dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux IV, sont les plus communs des troubles psychiatriques diagnostiqués. (38)

Ces troubles anxieux associés à des effets négatifs et des incapacités sur l'individu ont une prévalence de 13,6 % en Europe selon l'European Study of the Epidemiology of mental disorders. (38) (39)

Aux États-Unis, chaque année environ 11 % de la population est atteinte de trouble anxieux. Ces dix dernières années, les consultations ayant un motif de trouble anxieux ont vu leur nombre augmenter considérablement. (40)

Les troubles anxieux sont donc un véritable problème de santé publique dont le coût social, en termes de prise en charge des patients, est significativement élevé. Leur coût médico-social est supérieur à ceux de la dépression et des troubles mentaux tel que la schizophrénie. (37)

1.2.4.1 Les différentes approches des troubles anxieux

Pour Carrobbles et Diez-Chamizo, le concept d'anxiété peut se décliner en quatre perspectives. (4)

La première est clinique et suit les pas de Freud, l'anxiété en tant que signal d'alarme est la réponse interne à un stimulus de menace.

L'approche expérimentale présente l'anxiété comme une réponse instinctive à des situations précises n'étant pas forcément un danger réel. (4) Dès lors, l'organisme trouve la motivation d'orienter, dans un sens donné, le comportement. (41)

L'approche centrée sur la personnalité confronte les notions de trait d'anxiété et d'état d'anxiété. Le premier est la tendance intrinsèque du sujet à percevoir une situation donnée comme potentiellement dangereuse. (16) Le second est une émotion transitoire en réponse à un stimulus caractérisé par une augmentation de l'activité du système nerveux autonome. (42)

Enfin, l'approche comportementale présente l'anxiété comme un ensemble de réponses motrices (comportementales), psychophysiologiques et cognitives. Cela fait écho à la théorie des trois dimensions de l'anxiété. (4)

1.2.4.2 Symptomatologie

L'anxiété peut avoir des manifestations différentes et variées selon la situation ou l'individu même. Certains sujets ne traduisent pas de façon externe leur anxiété, alors que dans d'autres cas, des perturbations voire des inhibitions du comportement surviennent accompagnées d'augmentation de la fréquence cardiaque ou de la transpiration. (4)

En effet, l'évaluation cognitive propre que fait l'individu de l'interaction entre lui et son environnement va conditionner et déterminer les réactions et réponses qu'il va mettre en place face à un stimulus extérieur. (14)

Les troubles anxieux se traduisent par une intensité et une durée supérieures qui ne se terminent pas à la disparition de la cause par rapport à l'angoisse non pathologique. En accord avec la théorie des trois dimensions des troubles anxieux, on retrouve une symptomatologie anxieuse à trois niveaux. (15)

La symptomatologie des troubles anxieux :

- Psychophysiologique : L'anxiété se présente généralement comme une sensation subjective de malaise et de tension interne qui traduisent une expérience émotionnelle désagréable. L'individu est sujet à des pensées de crainte essentiellement vis à vis de l'avenir. Il peut être soumis à une expérience de dépersonnalisation (sensation de perdre son identité) ou de déréalisation (modification du lien avec l'environnement habituel). On retrouve de l'appréhension, de l'impatience, de la tension, de l'irritabilité.

- Cognitive : Au delà d'un certain seuil d'anxiété, les pensées de l'individu sont inhibées et les fonctions cognitives perturbées, il en résulte une perte de la qualité des compétences intellectuelles. Cependant, le lien entre la modification des capacités intellectuelles et l'anxiété est paradoxal. Un trouble anxieux avec son anxiété pathologique excessive inhibe les qualités intellectuelles de son sujet en même temps qu'une intensité anxieuse insuffisante ne mobilise que trop peu ses capacités cognitives. Ainsi, la courbe des performances intellectuelles par rapport à l'anxiété serait en « u inversé », une anxiété positive et modérée serait nécessaire pour motiver l'individu à l'action. (2)

- Motrice comportementale : Les mimiques et le comportement d'un individu atteint de trouble anxieux sont souvent évocateurs. La stupeur psychomotrice (maladresse, pas de réaction, attitude figée) est perceptible malgré les tentatives de détournement du sujet via des attitudes d'agitation voire d'agressivité dites compensatrices et réflexes. (2)

Les tendances à l'action sont la capacité interne ou l'incapacité d'un individu à modifier l'interaction entre lui et son environnement. Ce sont donc la conception et l'activation d'une réaction comportementale en amont de sa réalisation. Dans les troubles anxieux, des tendances à l'action spécifiques sont retrouvées. La tendance à l'action de peur/panique a pour but de motiver le sujet à mobiliser ses capacités. Mais dans les troubles anxieux, elle est activée de façon paroxystique. En parallèle, la tendance à l'action caractéristique des troubles anxieux est l'inhibition tant physique que mentale, l'organisme est entièrement figé. Il en résulte les tendances à l'action de rejet (aversion pour l'objet phobogène) et d'agression. (30)

Cela dans une attitude de protection de la part de l'individu qui répond à la menace et tient à la mettre à distance.

Malgré le caractère spécifique à un individu des troubles anxieux, la multitude d'objets potentiellement phobogènes, il est possible de faire ressortir des traits communs aux troubles anxieux : (43)

- une évaluation inadaptée et excessive quant au caractère menaçant d'un stimulus ;
- une hyper-excitation psychophysiologique, en réaction à cette évaluation erronée, qui entraîne un sentiment de non maîtrise de la situation ;
- des manifestations émotionnelles, cognitives et comportementales en réaction aux capacités de gestion de l'affect dépassé (anxiété d'anticipation) ;
- des traumatismes dans l'enfance ou un parent lui-même atteint de trouble anxieux

Ces procédés mènent à des symptômes spécifiques de l'anxiété pathologique : (37)

- Les troubles aigus d'anxiété : les crises d'angoisse ou attaque de panique,
- L'anxiété phobique avec un comportement d'évitement de l'objet ou de la situation phobogène,
- Les obsessions : permanence de pensées anxiogènes incontrôlables et involontaires à caractère absurde,
- Les compulsions : habitudes excessives et répétées dans un but de gestion de l'anxiété.

De plus, la symptomatologie anxieuse, de par ses dimensions psychophysiologiques, cognitives et comportementales, est diagnostiquée à l'aide de symptômes somatiques qui constituent le motif de consultation des patients atteints de troubles anxieux.

Ces symptômes somatiques se retrouvent à différents niveaux de l'organisme et, malgré leur grande variété, il est possible d'en décrire les grandes lignes. On retrouve une certaine constance de ces manifestations aux niveaux : (2) (44)

- Cardiovasculaire : tachycardie, augmentation de la tension artérielle, douleur pré-cordiales diffuses ;
- Respiratoire : dyspnée, étouffement, pesanteur thoracique, sensation de souffle coupé, hyperventilation (il y a une échelle dans les symptômes en fonction de l'intensité anxieuse) ;
- Digestif : difficultés à la déglutition et à l'alimentation, nausées, douleurs épigastriques et abdominales, diarrhées ;
- Neurologique et musculaire : sensation vertigineuse, céphalées, bourdonnements, tensions musculaires, paresthésies, hyper-vigilance, fatigue, difficultés de concentration et de mémoire ;
- Autres : insomnies notamment difficultés à l'endormissement, polyurie, sueurs, hyperthermie.

Si la symptomatologie évolue sur un mode chronique, elle présente ces symptômes neurovégétatifs ainsi qu'un état d'hypervigilance et d'hyperexcitabilité, des pensées négatives récurrentes et un trouble fréquent du sommeil. (44)

Ces symptômes sont la conséquence d'un hyper-fonctionnement du système nerveux autonome. (37) (42)

1.2.4.3 Mécanisme des troubles anxieux

L'anxiété devient un état pathologique, un trouble anxieux, lorsqu'elle est l'expression émotionnelle démesurée, inadaptée et excessive d'une cause moindre en terme d'intensité qui entraîne des incapacités voire des handicaps dans la vie quotidiennes du sujet (santé, sociale, professionnelle).

Les troubles anxieux sont caractérisés par une anxiété pathologique et un comportement d'évitement de l'objet de la phobie.

Trois processus sont impliqués dans les troubles anxieux :

- L'attaque de panique qui en présence du stimulus anxiogène est l'expression subjective paroxystique de la peur. (26) Elle s'exprime par des changements incontrôlables au niveau physiologique (tachycardie, transpiration), au niveau moteur (secousses musculaires) et au niveau cognitif (déréalisation, dépersonnalisation). (36)
- Le système de vérification, il s'agit d'une stratégie de défense du sujet atteint de trouble anxieux afin d'éviter l'exposition au stimulus anxieux. (30)
Ce comportement de vérification, par exemple dans le cas de phobies spécifiques, au cours d'un rendez-vous dentaire s'assurer de l'absence d'acte thérapeutique ou dès lors de s'y soustraire, demande un état d'alerte constant. Il contribue à maintenir le trouble anxieux chez le sujet et n'a une certaine efficacité qu'à court terme.
- L'intolérance à l'incertitude est un processus cognitif des troubles anxieux qui s'exprime par un besoin d'avoir des garanties qui, dans le cas où il n'est pas contenté, entraîne une incapacité à gérer ces situations imprédictibles. (45)

Cette expérience de l'incertitude est intimement liée à la tendance à l'évitement et toutes deux ont un rôle dans le développement des troubles anxieux. (46)

Par exemple, dans le cas de troubles obsessionnels compulsifs, le sujet ne peut concevoir le caractère nouveau, incertain ou muable/évolutif d'une situation, cela lui est intolérable car potentiellement dangereux. (47)

De plus, les personnes atteintes de troubles anxieux de haut niveau, ont tendance à avoir une vision pessimiste des événements futurs. Cette tendance à l'extrême pessimisme notamment sur leur capacité de gestion des événements a un rôle considérable sur la prédisposition de l'individu face à la situation future. (48)

En effet, les schémas cognitifs d'évaluation des situations associés au processus de mémoire à long terme influencent, chez les personnes atteintes de troubles anxieux, les capacités d'attention et d'interprétation et mènent ces derniers à considérer une situation ultérieure ambiguë comme menaçante donc anxiogène. (49)

Le problème vient de l'interprétation négative, catastrophique que le sujet fait de la situation.

1.2.4.4 Les comorbidités

Les troubles anxieux ont des comorbidités significatives entre eux et avec des troubles mentaux tels que la dépression. (38)

Dans certaines études, les comorbidités des troubles anxieux entre eux se retrouvent dans des proportions de 15 à 35 % des cas.

Dans une étude menée en population clinique par Last et coll. en 1992, un trouble dépressif est associé à un des troubles anxieux dans 25 % à 50 % des cas (selon le type de trouble anxieux) et un trouble du comportement est associé dans 8 % à 27 % des cas à un trouble anxieux dit primaire. (50)

Les troubles anxieux sont liés à des hauts niveaux de comorbidités médicales et psychiatriques. (51)

En effet, l'ensemble des troubles anxieux a une prévalence de comorbidité importante avec les troubles liés à l'usage de l'alcool à cause des effets anxiolytiques et désinhibiteurs de ce dernier.

De plus, il existe une comorbidité entre les troubles anxieux et les troubles bipolaires.

Par ailleurs, le concept de stress a un rapport intime avec les troubles anxieux en les amplifiant. (52)

1.2.4.5 Evolution

Ainsi, les troubles anxieux entraînent de véritables incapacités et doivent être considérés comme un problème de santé publique.

Les troubles anxieux et les comportements d'évitement sévères sont associés à des incapacités importantes respectivement dans la sphère des activités de la vie quotidienne et au niveau des systèmes de cognition et d'interaction sociale. (53)

1.2.5 Construction de la phobie

Les facteurs impliqués dans la genèse des troubles anxieux ne sont pas totalement établis. Les recherches de l'étiologie de ces troubles sont essentiellement axées sur des dimensions biologiques, génétiques et comportementales. (23)

L'anxiété de séparation est un phénomène spécifique de la petite enfance qui pourrait expliquer une partie de la construction des troubles anxieux et dépressifs à l'âge adulte. (54)

A la naissance, l'enfant est en symbiose avec sa mère, elle est pour lui l'élément de satisfaction de ses besoins de base. Entre 8 et 13 mois, il commence à acquérir la notion d'individualité. Il se sépare conceptuellement de sa mère et se heurte au problème que celle-ci peut partir. L'incertitude quant à la satisfaction de ses besoins dans ce cas crée, chez l'enfant, l'anticipation d'une situation menaçante et en réaction, il développe l'anxiété de séparation.

Lorsque l'enfant développe la notion de permanence et qu'il comprend que bien qu'il ne voit pas sa mère celle-ci existe en un autre lieu, la gestion de l'anxiété de séparation est possible. (14)

Transmission des troubles anxieux :

De nombreuses études exposent l'existence forte d'une association entre les phobies, les troubles anxieux du sujet et ceux des parents. Cette association traduit la notion d'agrégation familiale des troubles anxieux. (30) (50)

Cependant, la nature du mode de transmission soit génétique soit environnemental n'est pas clairement déterminée. (23)

Le lien entre les phobies et un gène appelé BDNF a été évoqué dans une étude comparant des sujets atteints de troubles phobiques à des témoins. Ce gène pourrait jouer un rôle dans l'étiologie des troubles anxieux.

De plus, des associations entre phobies et certains génotypes déterminés ont été mises en évidence. (55)

Ainsi, il y aurait une agrégation modérée des troubles anxieux (odds ratio 4-6) et une héritabilité d'environ 30 % à 50 % rapportée dans des études. (56)

Malgré tout, le caractère épigénétique de la transmission de ces troubles est à prendre en compte. Selon les études, les interactions gène-gène et gène-environnement sont impliquées dans la transmission des troubles anxieux.

En effet, les événements traumatisants augmentent la fréquence des troubles anxieux. De même, les événements de la vie quotidienne à connotation négative (conflit intrafamilial, changement brutal...), provoquent des manifestations anxieuses et peuvent être des facteurs de risque des troubles phobiques. (50)

Cependant, ces événements n'expliquent pas à eux-seuls la genèse des troubles anxieux. L'étiologie est multifactorielle et multidimensionnelle ; à ces événements s'ajoutent la personnalité de l'individu, sa construction, son profil psychologique, son milieu socio-économique et familial.

L'attitude des parents vis à vis de la représentation plus ou moins menaçante d'une situation et envers l'enfant (hyper-protection, critiques incessantes) pourrait influencer l'apparition de comportements d'évitement et de troubles anxieux. (50)

1.2.6 Neurobiologie, neuropsychologie des troubles anxieux.

Aspect physiologique et somatique de l'anxiété.

L'approche neuropsychologique des troubles anxieux s'est focalisée essentiellement sur les fonctions cognitives que sont l'attention et la mémoire. L'anxiété pathologique affecterait les fonctions cognitives en augmentant la mobilisation des capacités notamment attentionnelles du sujet sans augmenter la qualité de la réponse. (57)

De plus, elle susciterait l'action du système attentionnel focalisé vers le stimulus de menace. En augmentant l'activation de ce processus attentionnel dit ascendant, l'anxiété déséquilibrerait le rapport dans le sens de celui-ci par rapport au système de contrôle attentionnel dirigé vers le but.

Ce dernier appelé système descendant met en jeu le cortex pré-frontal qui lors de troubles anxieux serait hypo-activé tandis que le système ascendant via l'amygdale serait hyper activé. (30)

Il y aurait donc un déséquilibre de l'axe amygdalo-préfrontal.

Ces structures cérébrales que sont l'amygdale et le thalamus sont des structures neurologiques primitives. La mise en jeu d'une voie courte impliquant le thalamus, l'amygdale et court-circuitant le cortex pré-frontal a un rôle dans l'apprentissage des réponses anxieuses dans le cadre de situations de menace imminente et d'atteinte à la survie.

En parallèle, une voie longue agissant au niveau des aires préfrontales du néocortex met en jeu des processus cognitifs plus complexes et plus lents. (58) Le cortex pré-frontal a un rôle modulateur envers le système amygdalien. Une perturbation des systèmes de ces deux structures se retrouve spécifiquement dans les troubles anxieux chez l'enfant. (59)

Ce déséquilibre a pour conséquence un état d'hypervigilance anxieuse, un trouble des capacités cognitives d'interprétation, d'attention et de mémoire vis à vis du stimulus à mesure que sont répétées les expositions à cette situation source anxiogène. (59)

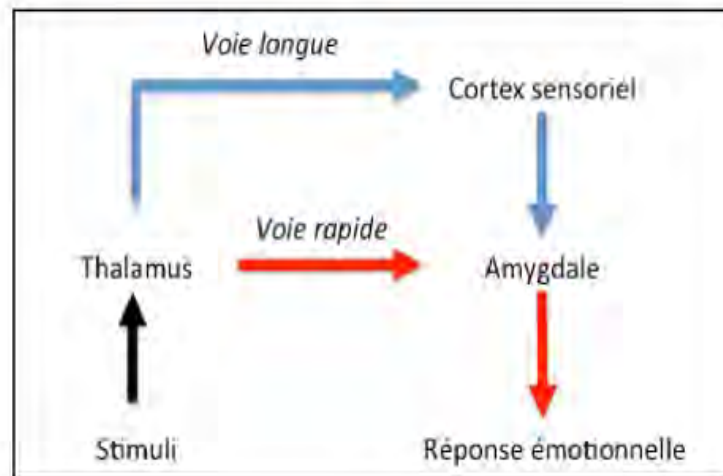


Figure 2 : Les voies de transmission de l'information menaçantes (Ledoux, 1996) (59)

Quant à la mémoire, face à un danger, les informations sont stockées et ultérieurement, il y aurait une « meilleure reconnaissance des informations anxiogènes ».

(30)

En effet, les informations relatives à cette anxiété excessive sont relayées par le système de la mémoire à long terme. Le patient devient de plus en plus enclin à ressentir les événements menaçants et l'activation de l'anxiété devient automatique et plus fréquente.

(49)

Par la suite, les troubles anxieux amorcent la stimulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien. Il en résulte une augmentation de la sécrétion des catécholamines (adrénaline et noradrénaline). L'activation du système nerveux autonome sympathique a pour effet l'augmentation des concentrations de cortisol.

(37)

Il en résulte une hyperventilation et une hypocapnie secondaire amenant un état d'hyper-vigilance et d'activation des fonctions cognitives et adaptatives.

Lors des troubles anxieux, l'axe hypothalamo-hypophyso-adrénergique est perturbé.

(60)

Il y a un problème de neurotransmetteurs notamment avec le système β -adrénergique.

(61)

1.2.7 Phobies spécifiques

1.2.7.1 Classification et définition

Les phobies sont répertoriées dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV et déclinées en sous-sections : (36)

- Sous type animal
- Sous type environnement naturel
- Sous type sang-injection-accident
- Sous type situationnel
- Sous type autre

Anciennement, les phobies spécifiques correspondaient au terme de phobies simples.

La phobie spécifique est un trouble anxieux phobique (avec la phobie sociale) dans lequel l'anxiété est excessive et entraîne un gêne et une souffrance non négligeables avec des conséquences sur la qualité de vie. Le sujet est confronté à une peur intense au regard de l'objet phobogène. (36)

Les patients atteints de phobies spécifiques sont face à des signaux particuliers qui engendrent une réactivation émotionnelle et mènent à un état de souffrance, d'anxiété extrême. (62)

Le patient reconnaît sa peur excessive et évite le stimulus phobogène ou le subit avec grande difficulté. Cet évitement amène une détresse profonde, une sensation d'impuissance et à terme cela interfère sur le comportement du sujet, sa qualité de vie, son quotidien et sa vie sociale. (63)

La phobie spécifique est dépendante de l'âge, du sexe mais aussi de façon importante du milieu socioculturel, des croyances et de l'appartenance au groupe ethnique. (36)

1.2.7.2 Prévalence

La prévalence des phobies spécifiques, avec un taux de plus de 10 % au cours de la vie les place parmi les premiers des troubles psychiatriques. (62)

Selon d'autres études, cette prévalence varie entre 7 % et 11 %. (63)

Le trouble de phobie spécifique serait plus présent chez les femmes, avec un ratio de 2/1. (36) (63)

1.2.7.3 Critères diagnostiques et manifestations

Afin de poser un diagnostic de phobie spécifique, les symptômes anxieux végétatifs doivent être rencontrés ainsi que au moins deux symptômes de l'attaque de panique (palpitations, transpiration ; secousses musculaire ; « souffle coupé » ; sensation d'étranglement ; gêne thoracique ; gêne abdominale ; sensation de vertige ; déréalisation – dépersonnalisation ; peur de perdre le contrôle ; peur de mourir ; paresthésie ; frissons et bouffées de chaleur).

Le diagnostic positif de phobie spécifique est posé selon les critères du DSM IV :

- A. Le sujet est soumis à une *peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique.*
- B. *L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une Attaque de panique liée à la situation ou facilitée par la situation.*
- C. *Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irrationnel de la peur.*
- D. *La (les) situation(s) phobogène(s) est (sont) évitée(s) ou vécue(s) avec une anxiété ou une détresse intense.*
- E. *L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance de la (les) situation(s) redoutée(s) perturbent, de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (ou scolaires) ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.*

Figure 3 : Critères diagnostiques de la F40.2 1300.291 Phobie spécifique (36)

Le diagnostic différentiel s'établit avec la phobie sociale où l'objet phobogène n'est pas le même, avec l'état de stress post-traumatique où l'on retrouve l'évitement d'un stimulus déterminé qui a menacé la vie du sujet et avec des troubles psychiatriques tels la boulimie, l'anorexie, la schizophrénie. (30)

Dans la phobie spécifique, l'anxiété est intense, excessive, incontrôlable ; elle survient immédiatement après exposition au stimulus phobogène ou par anticipation de sa présence jusqu'à mener à des comportements d'évitement, notamment dans les phobies spécifiques situationnelles. Le sujet est soumis à des attaques de panique. (36)

1.2.7.4 Construction

L'explication de la mise en place des phobies spécifiques reposerait en partie sur le courant behavioriste. Ainsi, les notions de « conditionnement classique » et de « conditionnement opérant » permettent d'approcher cette partie des troubles anxieux. (62)

Le phénomène de conditionnement classique correspond aux opérations menant à l'apprentissage d'une réaction spécifique « conditionnée » face à un stimulus, qui dans une situation donnée, est analysé potentiellement dangereux et réalisable pour le sujet. (14)

Le stimulus situationnel est neutre à l'origine (bruits, odeurs, éléments...) et ne déclenche rien. Au contact répété du stimulus inconditionnel qui est l'événement traumatisant puis la menace potentielle liée à la situation, ce stimulus neutre devient stimulus conditionnel. Il correspond de fait à la situation à laquelle est exposé le sujet (le rendez-vous chez le dentiste avec les bruits, odeurs...). (64)

Le stimulus conditionné en vient à déclencher directement la réponse inconditionnée qui devient donc conditionnée.

Ainsi, l'anxiété est développée suite à l'association entre la peur et l'objet initialement neutre. Le stimulus inconditionné et par la suite le stimulus conditionné même vont déclencher de l'anxiété dans les cas de situations renvoyant à l'événement traumatisant. Les deux stimuli (conditionné et inconditionné) sont à l'origine du développement des troubles anxieux. (65)

Le phénomène de conditionnement opérant correspond à l'apprentissage de comportements bénéfiques pour le sujet. En conséquence d'un comportement donné, une réponse désirée ou non se produit et donne lieu à des stimulus, positifs ou négatifs, appelés « renforcement ». Le renforcement positif va favoriser la fréquence d'apparition de ce comportement, alors que le renforcement négatif va augmenter le nombre de comportements d'évitement. Dans les troubles anxieux, les comportements d'évitement, en soustrayant le sujet à la situation désagréable, lui donnent la sensation de réduire son anxiété.

Cependant, il ne traite en rien l'étiologie du trouble phobique. A long terme, le trouble lui même ne peut se résoudre et même une anxiété d'anticipation importante peut se développer en parallèle. (65)

1.2.7.5 Evolution

Les phobies spécifiques sont le plus souvent caractéristiques de l'enfance et de l'adolescence ; mais, on les retrouve chez l'adulte jeune et notamment lors de la 3ème décennie. Lorsque le syndrome apparaît au cours de l'adolescence il y a une augmentation du risque de persistance à l'âge adulte.

Dans ce cas, les rémissions sont peu probables et s'estiment à environ 20 % des sujets. (36)

En durée, la phobie spécifique se développe sur une longue partie de la vie qui dépend de l'exposition à la situation phobogène et des stressors quotidiens. (63)

Les événements traumatiques et l'observation d'autrui dans ces situations, les attaques de panique inattendues sont des facteurs de risque potentiels d'apparition des phobies spécifiques.

II. L'ODONTOPHOBIE

2.1 Historique de la pratique dentaire

La peur des soins dentaires est liée en partie à l'image du dentiste dans notre société. Cette image a évolué au cours de l'histoire de l'odontologie.

Dès l'Antiquité, et bien que la maladie soit considérée comme un châtiment divin, les soins dentaires ont été pris en considération. Toutefois, le patient est passif et subit la maladie, ainsi que les soins empiriques prodigués, sans aucune explication. (66)

Au Moyen-Age, la pratique dentaire est pratiquée par le corps religieux qui utilise les plantes et les prières en tant que thérapeutique.

Les siècles suivants sont caractérisés par l'émergence de diverses communautés se revendiquant aptes à l'exercice de soins dentaires : les barbiers, les chirurgiens-généralistes, certains nomades et transmettant une image négative, de charlatanisme de la profession. (67)

Au XIV ème siècle, ce flou est à son apogée. Sur les places publiques, des colporteurs, les charlatans et leurs opérateurs viennent faire la démonstration de leurs produits et, en parallèle, des extractions de dents publiques sont mises en scène. (68)

La pratique dentaire révèle dès lors les côtés sombres de son histoire.

Cependant, au cours du XVI ème siècle est fondée la première faculté dentaire et à partir de 1609, est crée un examen décernant le titre d'« expert en dents ».

C'est en 1699, que les dentistes acquièrent une place dans le monde médical avec l'Édit royal de Louis XIV. (69)

Au cours du XVIII ème, malgré les écrits sur les connaissances dentaires de Pierre Fauchard, la suppression des écoles dentaires et du statut « d'expert dentiste » en 1791 permet au charlatanisme de prospérer. (67)

Il faut attendre la fin du XIX ème siècle, pour assister à la sédentarisation de la profession et à la création d'un diplôme obligatoire qualifiant. Cette démarche, ainsi que l'invention des techniques (turbines) et les progrès des connaissances pharmacologiques, vont permettre d'entreprendre la revalorisation de la profession dentaire.

2.2 Définition de l'odontophobie

L'odontophobie est communément appelée la « peur du dentiste ». Les termes d'anxiété vis à vis des soins dentaires et de phobie dentaire sont souvent confondus dans la littérature médicale.

La phobie dentaire en tant que phobie spécifique comprend une anxiété lors de la prise en charge bucco-dentaire, un malaise intense ressenti en conséquence et un comportement d'évitement associé à cette situation phobogène. (70)

C'est une phobie unique avec des composantes psychosomatiques et des conséquences sur la santé bucco-dentaire. (71)

L'anxiété associée à cette phobie est hors de proportion quant au danger réel présent dans la situation de rendez-vous ou de soin. Il en résulte un comportement d'évitement et des hauts niveaux d'anxiété, de stress et d'incapacités fonctionnelles.

Par ailleurs, cette anxiété envers les soins dentaires est de plus en plus prise en compte. (70)

2.3 La symbolique de la sphère orale

2.3.1 La bouche

La bouche avec le nez, les oreilles et les yeux (sans oublier les mains) définit les cinq sens qui permettent à l'individu d'interagir avec le monde environnant.

Sa place au sein du visage lui confère une symbolique toute particulière. La bouche est un élément dynamique essentiel du visage. Avec les lèvres et les dents, elle dessine le sourire et permet la parole, véritables interfaces de la relation avec autrui. Le regard d'une personne, sa bouche et son sourire, supports de l'expression, animent l'être par son visage, le définissent et lui donnent son caractère vivant.

La bouche est une zone sensorielle importante où se retrouvent des sensations agréables mais aussi douloureuses. C'est aussi une zone affective, érogène et symbolique qui peut interagir avec la thérapeutique de soin. (72)

En effet, la bouche et ses stimuli gustatifs, le nez et ses stimuli olfactifs sont un carrefour aéro-digestif du corps, véritable territoire sensoriel vital. Ainsi, les voies sensorielles nerveuses, qu'elles soient afférentes ou efférentes, sont nombreuses au sein de la bouche. (72) L'homonculus sensoriel représente les parties du corps proportionnellement à la densité des terminaisons nerveuses associées. Ainsi, chez l'homme la main et la bouche sont disproportionnées car elles correspondent à une projection au niveau de la surface du cortex cérébral plus importante. (73)

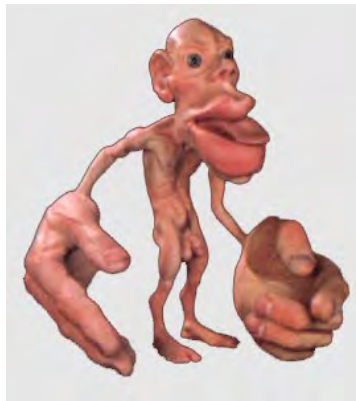


Figure 4 : Homonculus sensoriel

La psychanalyse met en avant le rôle prépondérant de la bouche dans la construction de chaque individu. Le nouveau né interagit avec son environnement dès les premiers instants par le cri témoin de la vie en lui.

De plus, le lien qu'est la bouche entre la mère et l'enfant lors de l'allaitement est une source de satisfaction des besoins primaires. Elle est un moyen de réconfort et joue un rôle dans l'équilibre affectif du nouveau-né. (14)

Sigmund Freud a décrit les stades du développement de l'enfant. Le stade oral permet à l'enfant lors de la fonction physiologique de nutrition d'appréhender les sensations de plein et de vide. (74)

La bouche devient, ainsi, le lieu d'une interaction primitive, zone indéterminée pour le nouveau-né (contenant par sa bouche) par rapport à sa mère (contenu par le sein). (75)

Par la fonction de morsure, la bouche permet à l'enfant de découvrir le monde qui l'entoure et devient un organe d'exploration.(14)

Par la suite, elle reste un fondement de la construction de chacun en ce sens qu'elle est une base de l'interaction sociale par la communication verbale. Elle permet aussi l'échange non-verbal avec autrui par l'expression, le sourire et le rire. Par exemple, par la position des commissures vers l'horizontale ou le haut et vers le bas, elle peut exprimer respectivement l'optimisme, l'ouverture vers autrui ou le mécontentement. (72)

La bouche est une zone érogène en raison des terminaisons nerveuses de la langue et des muqueuses. Elle est le symbole de l'érotisme alimentaire (dégustation et plaisir) et de l'érotisme sexuel comme en témoignent les stéréotypes des lèvres pulpeuses, rouges, synonymes de féminité et de sensualité. (72) Elle peut devenir une zone de plaisir et par les lèvres une forme d'attraction sexuelle.

A l'inverse, elle peut être un lieu de douleurs notamment avec les poussées des premières dents chez l'enfant mais aussi chez l'adulte avec les pathologies dentaires. (14)

Ainsi, la bouche a une dimension symbolique aux multiples facettes : organe sensoriel, organe des fonctions vitales que sont la respiration, la nutrition mais aussi organe d'exploration, de plaisir et de douleur, de construction de chacun. Tous ces rôles lui confèrent une place essentielle de carrefour des sens. (76)

Le praticien doit respecter l'importance de cette entité et appréhender le rapport d'intimité imposé par les soins au sein de la sphère oro-faciale.

2.3.2 Les dents

On leur attribue généralement trois fonctions :

- **Une fonction défensive**

Dans le règne animal, les dents des prédateurs expriment la menace, l'agressivité. Cette fonction tend à s'atténuer chez l'homme. Cependant, les dents à travers la morsure se présentent encore comme une fonction de protection. Elles sont un symbole de puissance, de virilité dévoilant l'animalité présente en chacun. (77) En cas de menace, elles servent à impressionner, cet instinct est ancré en nous.

Dans certaines cultures, la dent se présentait comme un trophée de chasse avec une valeur fétiche. Les guerriers en Afrique conservaient les dents de leur proies et en confectionnaient des colliers pour acquérir leur puissance prédatrice. (78)

Aujourd'hui, cette capacité de défense est une notion abstraite du syndrome « de l'érotisation du non ». Elle s'exprime par le fait de garder les dents extrêmement serrées et manifeste une agressivité d'opposition et le plaisir qui en résulte. Ceci traduit la résistance à l'interaction affective et sexuelle. (79)

- **Une fonction instrumentale**

Les dents permettent les grandes fonctions que sont la mastication et la phonation mais aussi la préhension.

Par ailleurs, elles soutiennent les tissus mous que sont les lèvres et les joues permettant leur dynamisme et la conservation de l'esthétique.

- **Une fonction ornementale**

Les dents sont l'emblème de la jeunesse, « 20 ans et toutes ses dents », de la beauté, du plaisir et de la séduction.

A travers l'histoire (à la Renaissance, dans l'aristocratie vénitienne...), de nombreux rites exaltent la blancheur des dents et leur contraste avec la couleur des lèvres. (78)

De nos jours, le culte de l'apparence et de la beauté donne aux dents un intérêt particulier, elles sont un véritable atout de séduction. La demande esthétique gagne en importance et dicte de plus en plus la pratique en odontologie, à l'image, notamment, des sourires « blancs et alignés ».

Le pouvoir esthétique des dents prend aussi dimension à travers les rites de mutilations qui sont des signes identitaires, des symboles de pouvoir et des moyens de plaisir et de séduction. (72)

Symbole de jeunesse par leur blancheur, par leur usure et leur perte, elles évoquent aussi la vieillesse et la mort.

Mais leur imputrescibilité leur donne un pouvoir d'immortalité, de vie après la mort. (77)

La denture est aussi le symbole de l'unicité de chaque être ; avec l'ADN, elle est un élément nécessaire de la médecine légale dans l'identification des victimes. (76)

Donc, la bouche et les dents forment une partie intime de l'être et doivent être appréhendées avec le plus grand respect et la plus grande sagesse (délicatesse, savoir faire, habileté).

Elles sont les organes nécessaires à la construction et l'évolution de l'être, « la manière même dont un individu soigne l'hygiène et l'esthétique de sa dentition peut être pris comme indice de son degré d'estime de soi ». (72)

Ainsi, la peur du changement, notamment lors des avulsions, peut être source d'anxiété, de culpabilité, de traumatisme pour le patient. Les soins dentaires doivent être réalisés dans une optique de respect de l'intégrité tissulaire afin de respecter l'entité psychophysiologique qu'est le patient. (78)

2.4 La relation patient- praticien

La relation patient-praticien est une relation de soignant-soigné caractérisée par une attente, une espérance des deux cotés : attente de la guérison de la part du patient et de la reconnaissance de la part du praticien. Cette relation doit se construire et se base sur une confiance mutuelle.

Malgré tout, de façon caractéristique, il s'agit d'un échange asymétrique, le patient en souffrance est passif, dépendant, diminué par rapport au praticien qui possède les connaissances. Cette relation se déroule au niveau du corps, entité vivante psychophysiologique.

La relation thérapeutique sera tributaire des appréhensions, de l'anxiété du patient et dépendra de la personnalité, de l'attitude du praticien et également de ses aptitudes scientifiques et techniques. (14)

Cette relation, anciennement basée sur un modèle traditionnel paternaliste où le pouvoir appartenait au praticien face à un patient fragile, peu consulté, est en évolution. La loi Kouchner du 4 mars 2004 donne au patient une place de co-acteur de santé autonome qui bénéficie du droit à l'information. Le but est de tendre vers un véritable partenariat tout en gardant à l'esprit que certaines décisions peuvent être sources de souffrance pour le patient et qu'existe un risque de refus d'un traitement bénéfique notamment dans le cas des phobies dentaires. Le praticien garde la responsabilité de la thérapeutique et prend en charge l'anxiété du patient. (80)

L'anxiété vis à vis des soins dentaires influence la relation patient-praticien également à travers le concept de transfert (l'ensemble des réactions affectives conscientes ou non du patient vers son praticien). Le praticien doit garder une distance émotionnelle dans un cadre professionnel pour un exercice objectif tout en mettant de côté une technicisation excessive et en gardant une approche psychophysiologique (notion de contre-transfert). Le rapport humain dans la relation thérapeutique est une interaction entre l'entité psychique (atteinte de trouble anxieux) qu'est le patient, le contexte médico-thérapeutique et la personnalité du dentiste, sa psychologie et ses motivations. (72)

2.5 Phobie et soins dentaires

2.5.1 Prévalence et épidémiologie

L'odontophobie affecte entre 5 % et 15 % des adultes des pays industrialisés. (81)

Aux États-Unis, ces troubles anxieux représentent la pathologie la plus problématique avec une prévalence de 10 % à 20 % au sein des adultes. (70) (82)

En France, l'anxiété dentaire concernerait 13,5 % de la population mais l'étude repose sur une version française simplifiée du score Corah.

Dans une étude en Inde, la phobie dentaire toucherait 40 % de la population d'étude. (82)

Les différences de prévalence des troubles anxieux fluctuent selon la culture de la population et selon les outils et méthodes employés, notamment les tests de mesure de l'anxiété lors des soins dentaires. (82)

Par ailleurs, une étude sur la prévalence de l'odontophobie, menée aux Pays-Bas, la placerait comme la plus élevée parmi celles d'autres phobies spécifiques (10 au total dont celles des hauteurs, de l'avion et des araignées). Le trouble d'anxiété dentaire représenterait donc l'une des plus répandues des phobies spécifiques. (83)

2.5.2 Sémiologie et Diagnostic

Le diagnostic de l'odontophobie correspond aux critères diagnostiques des phobies spécifiques du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV. (83)

Dans la phobie dentaire, la personne est constamment anxieuse vis à vis du stimulus dentaire. En cas d'exposition, une réaction d'anxiété se développe immédiatement et de façon imprévisible. La qualité de vie est affectée par l'anxiété et la personne est consciente du caractère exagéré et irraisonné de sa peur. De plus, la phobie dentaire est caractérisée par un comportement d'évitement des soins dentaires. (84)

Le patient qui répond aux critères de la phobie dentaire ressent de la détresse et un profond malaise suite à un stimulus spécifiquement lié aux soins dentaires. Ce dernier a un caractère multidimensionnel et développe différentes facettes.

Un élément important du diagnostic est aussi l'attaque de panique. 21,1 % des sujets qui ont eu une attaque de panique sans avoir les critères diagnostiques du trouble de panique même, souffre d'une phobie spécifique. Et, la phobie dentaire serait le trouble anxieux le plus associé avec les attaques de panique. (85)

Bien qu'il soit très complexe d'évaluer la part que prendrait l'attaque de panique dans ce trouble spécifique qu'est l'odontophobie, les patients odontophobiques sont plus sujets à l'apparition, lors de procédures dentaires, de symptômes cardiaques, de transpiration, de malaise, de vertiges, de tremblements, et des paresthésies.

De fait, les symptômes de l'attaque de panique associés à l'anxiété dentaire, le comportement d'évitement des soins et une moindre santé bucco-dentaire avec des conséquences sur la qualité de vie, orientent le diagnostic d'odontophobie. (85)

En 1985, Milgrom a mis en place un système de classification de l'anxiété vis à vis des soins dentaires : le système Seattle. (85)

Ce système présente quatre types de diagnostics basés sur la source de la phobie :

- Le type I correspond à une phobie spécifique d'un stimulus dentaire et un profond rejet des thérapeutiques associées.
- Le type II est lié au caractère paroxystique des réactions somatiques des patients durant la thérapeutique ainsi que l'anxiété envers ces réactions.
- Le type III concerne les patients avec un trouble anxieux généralisé et des symptômes multiphobiques.
- Le type IV renvoie à l'absence de confiance envers le personnel dentaire et une attitude négative envers la sphère dentaire

Cette classification est basée sur l'expérience clinique et a été validée pour sa pertinence psychologique et sa capacité à identifier les sous-types de l'anxiété dentaire. (85)

L'anxiété dentaire est un système complexe avec de nombreuses composantes, plusieurs voies de manifestation. Elle se distingue, par ces caractères, d'autres phobies spécifiques telles que la phobie liée à un animal.

La phobie dentaire est particulièrement hétérogène quant à ses supports. Les comportements d'évitement sont causés par une multitudes de stimulus dentaires différents telles que l'anxiété vis à vis de la douleur potentielle, des instruments (fraise et turbine), des injections anesthésiques, des différentes procédures thérapeutiques telles que les avulsions, les traitements endodontiques, les chirurgies et même par différentes combinaisons de ces étiologies. (86)

2.5.3 Outils et mesures

2.5.3.1 *Les mesures objectives*

Les mesures objectives se basent sur les processus physiologiques universels que sont la fréquence cardiaque, la tension artérielle, l'activité électrodermale.

- L'augmentation de la fréquence cardiaque est souvent considérée comme un indicateur de l'accroissement simultané de l'anxiété. Or certaines études ont constaté un ralentissement de la fréquence cardiaque due à l'action des barorécepteurs qui réagissent, de façon réflexe, à une augmentation initiale de la pression sanguine. Cette bradycardie secondaire est liée à une augmentation de l'attention portée sur le stimulus menaçant. (87)
- L'activité électrodermale dépend des glandes sudoripares exclusivement innervées par le système nerveux sympathique. Il s'agit d'une mesure fiable et de haut niveau de sensibilité, d'un indice clinique précis des changements psychophysiologiques des troubles anxieux avec des variations cognitives et émotionnelles. En effet, contrairement à la fréquence cardiaque qui est liée aux systèmes nerveux sympathique et parasympathique, l'activité électrodermale est la représentation directe et spécifique de l'activité du système nerveux autonome sympathique, retrouvé dans les troubles anxieux. (4)
- La concentration en cortisol dans la salive est une mesure insuffisante pour le moment. L'anxiété seule n'a pas mis en évidence d'augmentation de concentration de ce substrat dans la salive alors que la douleur lors des soins dentaires l'a permis.

Ces mesures sont des moyens efficaces et fiables de détecter l'anxiété lors de soins dentaires ; cependant, elles nécessitent des moyens lourds et coûteux non mis en œuvre au sein des cabinets dentaires. (4)

Cependant, le praticien est à même de détecter les patients souffrant d'odontophobie par la simple observation de sudation excessive, d'élévation du rythme cardiaque, de tension musculaire excessive, d'hyperventilation. (14)

2.5.3.2 Les mesures subjectives

Les mesures subjectives font appel à la coopération du patient et s'inscrivent dans une démarche d'auto-évaluation par l'utilisation de questionnaires.

Les échelles de mesure de l'anxiété vis à vis des soins dentaires sont nombreuses et une liste exhaustive n'aurait que peu d'intérêt.

L'échelle de Corah (Corah Dental Anxiety Scale), échelle d'évaluation développée en 1969 par le psychologue Norman Corah, est la plus largement répandue, dans le monde médical, de nos jours. (88)

Elle se compose de 4 questions de 4 items pour la première et de 5 items pour les suivantes.

Chaque item par ordre croissant correspond respectivement à 1,2,3,4,5 points.

Les scores s'échelonnent donc de 4 à 19 points. Le seuil de 13 points est défini. Les scores égaux ou supérieurs à ce seuil correspondent aux patients phobiques vis à vis des soins dentaires. (83)

Parmi ceux-ci, au delà de 15, la phobie est qualifiée de très sévère.

L'échelle de Corah est ergonomique pour le patient car rapide et compréhensible. Elle établit le caractère phobique ou non du patient, mais, ne s'intéresse pas aux composantes, aux supports et conséquences de la réaction anxieuse.

L'échelle d'anxiété dentaire modifiée MDAS est un questionnaire en 5 questions de 5 items donnant des scores possibles de 5 à 25.

Elle propose une question supplémentaire par rapport au questionnaire de Corah quant aux anesthésiques locaux et leur injection. Elle est valide et fiable et traduite en plusieurs langues. (88)

L'Indice d'anxiété et de peur dentaire IDAF 4C est un questionnaire récent qui prend en considération les quatre composantes (4C) cognitive, émotionnelle, physiologique et comportementale de l'anxiété et de la réponse à la peur. (89)

Le but est de caractériser l'attitude du patient afin d'améliorer la prise en charge de son trouble anxieux. (90)

2.5.4 Étiologies et construction

L'odontophobie est un trouble anxieux spécifique qui se distingue par son caractère pluridimensionnel. La population odontophobique n'est pas homogène quant aux origines de l'anxiété et aux manifestations lors des rendez-vous dentaires.

Certaines causes sont retrouvées de façon récurrente chez les patients. Les plus courantes exprimées par les patients sont :

- le coût des soins dentaires,
- la possible douleur,
- les aiguilles et injections,
- les traitements désagréables.

De plus, l'anxiété dentaire provient des sentiments de non contrôle, de pas savoir ce que va faire le praticien, des sentiments d'embarras ou de honte. (83)

La peur liée à la douleur joue un rôle plus déterminant dans l'odontophobie que dans d'autres phobies (claustrophobie, phobie sociale) et l'élément clé est l'anticipation de la douleur même. (87)

L'ensemble de ces éléments est dépendant des caractéristiques de chaque individu, de ses prédispositions individuelles. Les patients édentés démontrent un taux d'anxiété dentaire inférieur aux patients dentés. (83)

La perception du dentiste par le patient est un élément déterminant afin d'appréhender l'anxiété dentaire et les comportements d'évitement en découlant. En effet, 25 % des sujets d'une étude se sont déclarés concernés par le fait d'avoir un praticien sympathique ou non alors que moins de 4 % annonçait avoir été en conflit avec leur dentiste. (83)

Chez les personnes atteintes de troubles anxieux, les comportements d'évitement en réponse à des stimulus de menace sont la conséquence d'un coping inapproprié, qui, de plus, fonctionne comme un renforcement négatif. (26)

Le coping est selon Lazarus et Folkman (1984) « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. ». (91)

En effet, l'anxiété est associée à l'évaluation émotionnelle, plus ou moins automatique, de stimuli perçus comme menaçants et l'incapacité ressentie à faire face à ces situations négatives.

Le problème vient de la tendance à surestimer la menace, qui serait ainsi à l'origine du trouble anxieux mais favoriserait également son maintien.

Cette tendance à surestimer la valeur négative des événements est liée à un niveau élevé d'intolérance à l'incertitude. (45)

L'expérience de troubles anxieux est une interaction entre le caractère impondérable d'une situation et la perception du sujet qui se focalise sur son caractère menaçant.

Ainsi, malgré la baisse des maladies bucco-dentaires, l'amélioration des techniques et de la formation des professionnels notamment en terme de prise en charge du patient, les procédures de traitement et le comportement du dentiste revêtent une importance majeure dans l'anxiété dentaire. Cependant, le dentiste n'est pas la cause directe de l'anxiété dentaire mais il a la responsabilité de gérer la prise en charge du patient odontophobique.

L'odontophobie peut se développer à toute période de la vie, mais essentiellement dans l'enfance, plus rarement à l'adolescence et quelques fois à l'âge adulte. (92)

Les déterminants des troubles anxieux se déclinent en trois grandes catégories, le conditionnement, l'acquisition par autrui et la transmission de l'information ou de l'apprentissage négatifs. (93)

Par ailleurs, l'anxiété dentaire des parents et notamment de la mère a son importance. (94)

Le conditionnement a pour base de développement une expérience de traitement dentaire traumatique. En effet, les individus avec peu ou pas d'anxiété vis à vis de la prise en charge dentaire sont moins sujets à avoir eu des expériences douloureuses lors des traitements dentaires. (95)

A l'inverse, 87 % des patients atteints de troubles anxieux dentaires attestent avoir subi une expérience dentaire traumatisante. (62)

Dans une autre étude, 61 % des sujets attribuaient le développement de leur trouble anxieux au processus de conditionnement, 18 % à l'acquisition par autrui , 7 % à l'apprentissage négatif et 14 % ne savait pas. (96)

Ainsi, le processus de conditionnement classique se base sur le fait qu'un individu qui expérimente un traitement dentaire désagréable ou douloureux (stimulus inconditionnel) associerait de façon conditionnée le dentiste (stimulus conditionnel) à la douleur puis lors d'un prochain rendez-vous à l'anxiété (réponse devenue conditionnée). De plus, le processus de conditionnement opérant est à considérer. En effet, le patient lors d'une visite traumatisante reçoit des stimulus anxieux en conséquence, il va donc acquérir un système de renforcement négatif : afin de réduire l'anxiété produite, il va adopter un comportement d'évitement des soins dentaires. (71)

L'acquisition par autrui notamment par les parents, correspond à l'observation du comportement phobique de l'autre lors d'un rendez-vous dentaire. Cette tendance au trouble anxieux et au comportement d'évitement est indirectement transmise à la descendance. (71)

La phobie dentaire acquise par voie indirecte serait moins sévère que par le processus de conditionnement. (96)

La transmission indirecte par l'information négative passe par le langage verbal et les témoignages d'autrui sur des expériences douloureuses, les lectures notamment de jeunesse, le monde du cinéma, et mène à l'apprentissage de l'anxiété dentaire.

Par ailleurs, les prédispositions individuelles telles que les biais cognitifs ou de la mémoire par rapport à l'anxiété dentaire, les vulnérabilités génétiques interagissant avec les autres étiologies, les fragilités psychologiques et émotionnelles sont des facteurs de risques vis à vis de l'odontophobie. (71)

2.5.5 Conséquences sur la vie quotidienne

Lors des soins dentaires, les patients sont soumis à des situations, des traitements plus ou moins invasifs et liés à la douleur et l'anxiété. Ainsi, une étude a montré que 5 % des personnes évitent totalement les soins dentaires et 20 % à 30 % consultent uniquement en cas de douleurs ou d'inconfort extrême. (97)

Les pathologies dentaires sont plus sévères chez les patients atteints de troubles anxieux.

Il a été prouvé que l'anxiété vis à vis des soins dentaires est responsable d'une santé bucco-dentaire altérée avec une hygiène défectueuse, des édentements plus nombreux et étendus nécessitant des traitements plus lourds. (98)

De même, ces patients accumulent les pathologies notamment chroniques avant de chercher un traitement et consultent donc moins. (94)

La qualité de vie et la santé physique de ces personnes s'en trouvent détériorées. Les comportements d'évitement ou de refus de soins, la faible compliance des patients odontophobiques nécessitent le recours à des techniques plus complexes, plus chronophages, plus chères telles que la sédation durant le traitement (protoxyde d'azote), l'hypnose, la musicothérapie mais aussi les soins d'urgences. Elles représentent une problématique de santé publique en termes de coût et de temps. (70)

La phobie dentaire est un élément à prendre compte pour le praticien car elle entraîne un suivi des rendez-vous irrégulier et difficile (évitement, annulation) ainsi que des traitements stressants et difficiles à réaliser. (98)

Ainsi, le patient odontophobique, par le non recours au soin consulte pour des pathologies plus conséquentes nécessitant des soins plus complexes, plus longs en termes de technique et de suivi et de fait plus anxiogènes.

III. QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PATIENTS

3.1 Objectifs et cadre de recherche

L'objectif principal était d'élaborer et d'utiliser un questionnaire pour mesurer la proportion de patients présentant un trouble d'anxiété spécifique vis à vis des soins dentaires et caractériser cette phobie. Ce questionnaire était destiné aux patients adultes du CHU de TOULOUSE et fut proposé dans la salle d'attente.

De plus, il s'agissait de déterminer les conséquences de la phobie dentaire sur la qualité de vie des patients et notamment les conséquences sur les soins bucco-dentaires et la santé bucco-dentaire même.

Le questionnaire était constitué d'une première partie utilisant le Score de Corah (validé) et permettant de déterminer si le patient était phobique vis à vis des soins dentaires (score $\geq$ à 13) ou non (score $<$ à 13). (83)

La deuxième partie permettait de recueillir des informations sur les supports de l'anxiété afin de décrire les objets ou situations phobogènes et de mieux appréhender l'odontophobie.

Enfin, les questions de la troisième partie avaient pour but de cerner les conséquences de la phobie sur la qualité de vie, la santé bucco-dentaire et le recours aux soins.

Le but, à terme, consistait à mieux approcher la notion d'anxiété, à affiner les connaissances quant à ses conséquences sur le quotidien du patient et sur sa santé bucco-dentaire pour en améliorer la prise en charge.

3.2 Matériel et méthodes

3.2.1. Population cible

Le travail mené correspond à une étude observationnelle analytique transversale bicentrique.

La période de distribution s'est étalée du 1^{er} janvier 2015 au 31 mars 2015 dans les centres de soin de Rangueil et de l'Hôtel-Dieu du CHU de Toulouse.

Critères d'éligibilité - Les patients peuvent être inclus dans l'enquête s'ils étaient :

- âgés de plus de 18 ans,
- patients du CHU TOULOUSE RANGUEIL ou TOULOUSE HOTEL DIEU,
- en cours de suivi ou consultant les urgences odontologiques,
- recrutés dans la salle d'attente,
- compétents en lecture du français.

Les critères de non-inclusion étaient un âge inférieur à 18 ans ou une maîtrise insuffisante en lecture du français.

Les patients étaient informés des buts de l'enquête et du cadre de participation à une thèse qui garantit l'anonymat et la confidentialité des réponses.

Les questionnaires étaient distribués à tous les patients en salle d'attente qui étaient ensuite confiés à des étudiants en odontologie affectés aux urgences ou assurant les soins dans le cadre d'un parcours. Les questionnaires étaient restitués une fois remplis au secrétariat dans une urne prévue à cet effet.

3.2.2. Présentation du questionnaire

Réflexion et élaboration

Le questionnaire est joint en annexe 1 et se décline en trois parties :

- Partie I : questionnaire validé de Corah.

Le but était de mesurer le degré d'anxiété et de déterminer si le patient était ou non phobique. Il comportait 1 question avec 4 items de réponses donnant respectivement de 1 à 4 points et 3 questions avec 5 items mesurés de 1 à 5 points

La question 1 concernait le ressenti à l'idée d'un rendez-vous chez le dentiste le lendemain.

La question 2 portait sur le ressenti en salle d'attente.

La question 3 déterminait l'état du patient lors de la préparation des instruments nécessaires aux soins.

La question 4 évaluait l'état du patient lors de la préparation des instruments pour un détartrage.

L'ensemble des réponses permettait d'obtenir un score compris entre 4 et 19.

Si le score était inférieur à 13, le patient n'était pas phobique ; si le score était égal ou supérieur à 13, le patient était phobique. (99)

- Partie II - sources de l'anxiété
 - (a) sensibilité aux bruits et odeurs
 - (b) sensibilité au matériel médical
 - (c) (d) (e) réactions avant et après une anesthésie
 - (f) contrôle des actes du praticien et (g) besoin d'explications
 - (h) importance de l'attitude du praticien et (i) importance de l'environnement

- Partie III – Conséquences de l'anxiété

Le but était d'appréhender et de mesurer, pour des patients présentant des troubles anxieux :

- . les conséquences sur la qualité de vie et le quotidien,
- . le recours aux soins et sur la qualité de la santé bucco-dentaire,
- . les réactions des patients et leur vision de leur comportement quant à la phobie.

Les questions devaient permettre une évaluation par le patient des conséquences de la phobie sur :

- (a) le recours à des bilans bucco-dentaires réguliers,
- (b) la prise en charge de la douleur (réaction d'évitement des soins),
- (c) (d) la suite et l'aboutissement des soins, après disparition de la douleur,
- (e) ses propres réactions,
- (f) sa santé bucco-dentaire,
- (g) les conséquences sur sa vie personnelle,
- (h) les difficultés à faire soigner son enfant.

3.2.3. Recueil des données

Le questionnaire était lu et complété par le patient en salle d'attente. La réalisation se voulait rapide et, en général, demandait entre 5 et 10 minutes.

Il m'était remis en mains propres ou au secrétariat.

Les réponses ont été traitées grâce au logiciel Excel®.

Les réponses positives ont été codées 1 et les négatives codées 0. Les différents items ont été codés au sein de la question et en respectant l'échelle de « Pas du tout » =1 à « Tout à fait » = 5.

Certaines valeurs ont été calculées puis regroupées selon le calcul du score Corah et de l'IRS (Indice de Recours aux soins). Une nouvelle base de données a été élaborée pour permettre une analyse statistique.

Le but était de rechercher les corrélations entre les différentes parties et de trouver les éventuelles relations entre les troubles anxieux et les attitudes du patient vis à vis des soins ainsi que les données personnelles du patient.

3.2.4. Tests statistiques employés

Un test statistique sert à vérifier la validité d'une hypothèse ou à l'invalidier.

Le risque α est l'erreur de première espèce, il s'agit du risque accepté de conclure à une différence significative qui n'existe pas en réalité et qui peut être due au hasard. Le seuil de signification α communément admis est de 5%.

Ainsi, on rejette l'hypothèse nulle H_0 au niveau de signification nominal $\alpha = 0,05$ si et seulement si la p-value (p), degré de signification et résultat du test statistique, est inférieure à α . (100)

Les tests utilisés sont des tests sur la position et la dispersion pour deux échantillons indépendants.

- **Le test exact de Fischer** : il s'agit d'un test paramétrique de comparaison de deux variances dont le but est de montrer une égalité sur certains paramètres.

Ce test est applicable pour les petits échantillons car il a la caractéristique de se baser sur un tableau de contingence à quatre cases. Il détermine si la configuration du tableau est une situation extrême par rapport aux situations possibles compte tenu des distributions marginales.

Une valeur de p inférieure à α montre une dépendance des variables. Cette dépendance correspond à un lien d'association entre variables dont il faut caractériser le sens.

Le test exact de Fisher permet de calculer (dans l'hypothèse d'équivalence entre les deux groupes) la probabilité exacte d'obtenir, entre ces deux groupes, un écart dans la répartition des deux variables qualitatives, supérieur ou égal à celui observé.

- **Le test de Mann Whitney -Wilcoxon** : c'est un test non paramétrique, non apparié qui utilise des variables quantitatives.

Ce test permet d'étudier deux échantillons indépendants de petites tailles. Il teste l'hypothèse nulle qui avance que les paramètres de dispersion des variables des deux échantillons sont identiquement positionnés ou comparables. (100)

Il utilise les variables d'observation des deux échantillons une fois qu'elles sont rangées et hiérarchisées par ordre croissant.

3.3 Résultats

3.3.1 Statistiques descriptives

100 questionnaires dont 11 incomplets ont été recueillis. Les fichiers correspondant traités sous Excel® sont en annexes.

4 questionnaires incomplets ont été comptabilisés pour le score de Corah et la proportion de patients phobiques, puis ont été mis de côté par la suite car trop peu de données avaient été renseignées pour les autres parties.

L'analyse des patients anxieux vis à vis des soins dentaires via le score de Corah se base donc sur 100 questionnaires.

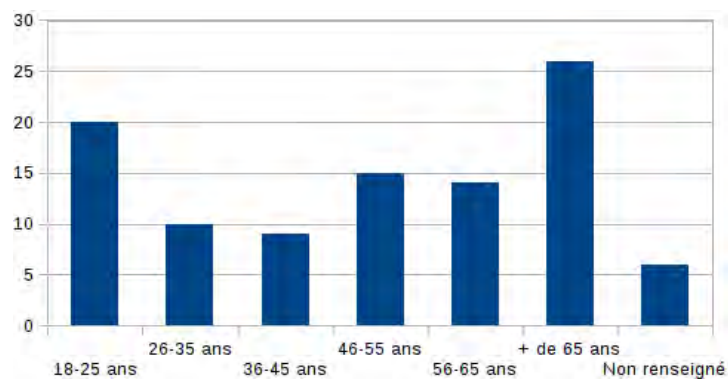
Quant à l'analyse des données de la troisième partie sur les conséquences, elle comprend 96 questionnaires exploitables.

Certains questionnaires ont donc été traités malgré certaines données non renseignées. Selon l'item, l'analyse est basée sur un nombre variable de questionnaires utilisables. Par exemple, 6 questionnaires n'ont pas la donnée renseignée quant au sexe.

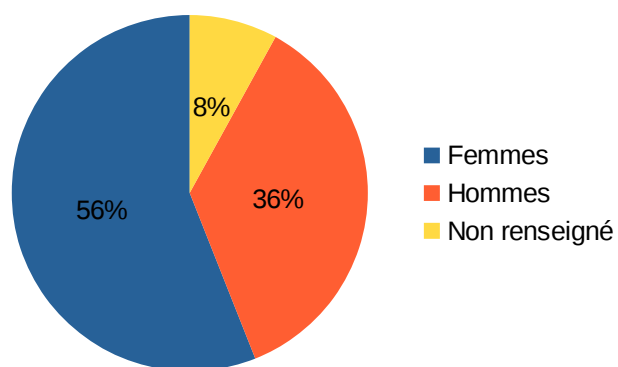
Les calculs de pourcentages, d'effectifs et les diagrammes ont été traités avec le logiciel Excel®.

Description de la population générale

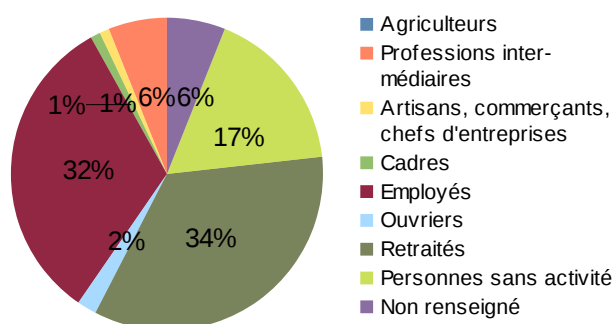
- Selon l'âge



- Selon le sexe

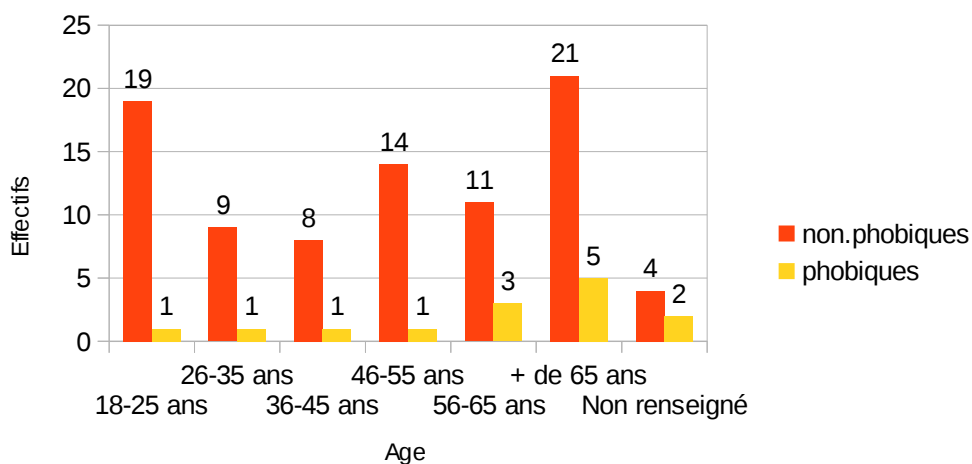


- Selon la catégorie professionnelle

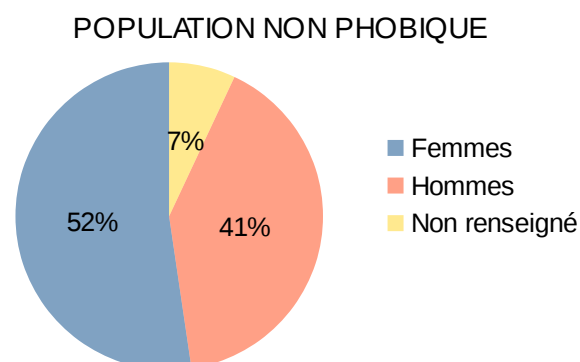
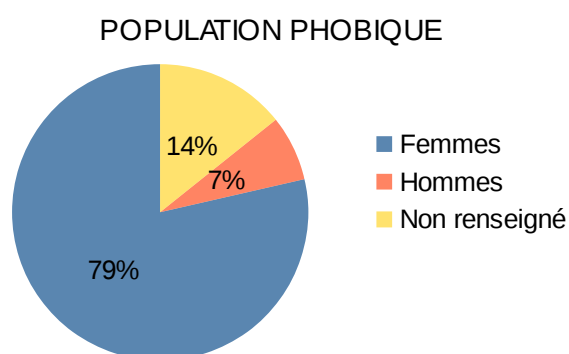


Description de la population phobique et de la population non phobique

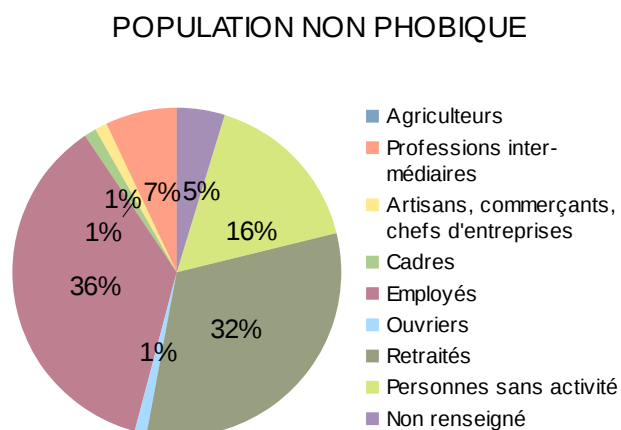
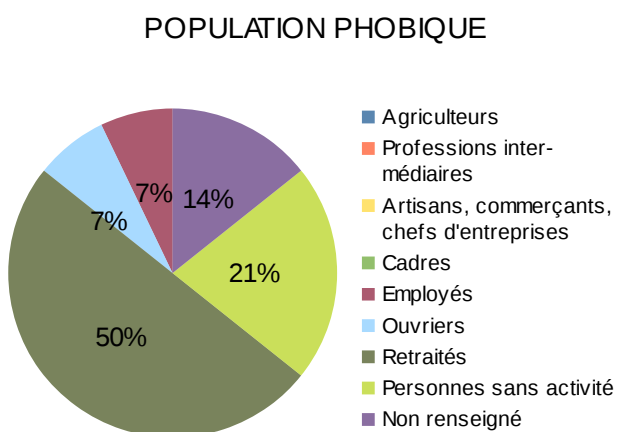
- Selon l'âge (effectifs)



- Selon le sexe (% relatifs)



- Selon la catégorie professionnelle (% relatifs)



3.3.2 Corrélations

Le traitement des données et l'ensemble des calculs statistiques ont été effectués avec le logiciel R® à partir du site BiostaTGV.

Analyse de la présence d'anxiété vis à vis des soins dentaires

14 % (n = 14) de patients sont atteints d'odontophobie (score Corah = ou > 13).

9 % (n = 9) sont atteints d'odontophobie sévère (score Corah = ou > 15), ce qui représente, au sein de la population odontophobique, 64 % des patients.

Analyse du sex-ratio

H₀ : La proportion d'hommes et de femmes dans la population phobique est la même que dans la population non phobique.

	Population phobique n = 14	Population non phobique n = 86
Femmes	11	45
Hommes	1	35
Test exact de Fisher	p = 0,025 OR = 8,41 IC _{95 %} [1,12 ; 377,9]	

Le test statistique est **significatif** (p=0,025), l'hypothèse nulle est rejetée.

On peut donc conclure que le sex-ratio est différent entre les deux populations.

La phobie dentaire est liée au genre, elle est plus représentée au sein du groupe des femmes que dans celui des hommes.

Analyse de la seconde partie du questionnaire

Item 9.1 : Sensibilité aux bruits et/ou aux odeurs

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86	Population générale n = 100
= ou > 4	5	26	31
< ou = 3	8	58	66
Non renseigné	1	2	3
Test exact de Fisher	p = 0,75 OR = 1,4 IC _{95 %} [0,32 ; 5,38]		

Le résultat est *non significatif*.

32 % seulement des patients en général sont sensibles aux bruits et odeurs.

Item 9.2 : Angoisse liée à la vue du matériel médical

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86	Population générale n = 100
= ou > 4	6	5	11
< ou = 3	7	79	86
Non renseigné	1	2	3
Test exact de Fisher	p = 0,00057 OR = 12,9 IC _{95 %} [2,58 ; 69,83]		

Le test statistique est **significatif** : les patients phobiques ressentent plus d'angoisse à la vue du matériel que les non phobiques.

11,3 % des personnes de la population totale de l'échantillon sont sensibles à la vue du matériel médical.

42,9 % des patients phobiques sont angoissés lorsqu'ils sont confrontés au matériel médical.

Item 9.3 : Sentiment de panique au moment de l'anesthésie

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86	Population générale n = 100
= ou > 4	6	8	14
< ou = 3	7	76	83
Non renseigné	1	2	3
Test exact de Fisher	p = 0,0029 OR = 7,86 IC _{95 %} [1,74 ; 36,04]		

Le test statistique est **significatif** : les patients phobiques sont plus paniqués par la perspective d'une anesthésie que la population générale de l'échantillon.

Seulement 14,4 % des personnes de la population de l'échantillon est paniquée lors de l'anesthésie ; alors que 42,9 % des patients phobiques le sont.

Item 9.4 : Anxiété vis à vis des sensations après l'anesthésie

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86	Population générale n = 100
= ou > 4	5	6	11
< ou = 3	8	77	86
Non renseigné	1	3	4
Test exact de Fisher	p = 0,006 OR = 7,74 IC _{95 %} [1,52; 36,26]		

Le test statistique est **significatif** : après l'anesthésie, les patients phobiques sont plus anxieux vis à vis des sensations que les non phobiques.

11,5 % des personnes de la population de l'échantillon sont rendues anxieuses par les sensations post-anesthésie ; alors que 38,5 % des patients phobiques le sont.

Item 9.5 : Peur vis à vis du soin malgré l'anesthésie

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86	Population générale n = 100
= ou > 4	6	7	13
< ou = 3	7	76	83
Non renseigné	1	3	4
Test exact de Fisher	p = 0,0019 OR = 8,94 IC _{95 %} [1,93; 42,71]		

Le test statistique est **significatif** : les patients phobiques, malgré l'anesthésie ont plus peur des soins, significativement, que les non phobiques.

13,5 % des personnes de la population de l'échantillon ont peur des soins malgré l'anesthésie et 46,2 % des patients phobiques sont anxieux vis à vis des soins une fois l'anesthésie pratiquée.

Item 9.6 : Possibilité d'arrêter le geste du praticien s'avère rassurant

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86	Population générale n = 100
= ou > 4	7	40	47
< ou = 3	6	43	49
Non renseigné	1	3	4
Test exact de Fisher	p = 0,77 OR = 1,25 IC _{95 %} [0,33; 4,93]		

Le test statistique est *non significatif* : les deux groupes sont comparables quant au fait d'être rassurés par la possibilité d'arrêter le geste du dentiste.

49 % des personnes de la population de l'échantillon sont rassurées par le fait de pouvoir lever la main ; 53,8 % des patients phobiques le sont.

Item 9.7 : Besoin d'explications au long du soin

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86	Population générale n = 100
= ou > 4	5	44	49
< ou = 3	8	39	47
Non renseigné	1	3	4
Test exact de Fisher	p = 0,38 OR = 0,56 IC _{95 %} [0,13; 2,12]		

Le test statistique est *non significatif* : les deux populations sont comparables quant au besoin d'explications tout au long du soin.

51 % des personnes de la population de l'échantillon affirment avoir besoin d'informations au long des soins et 38,5 % des patients phobiques.

Item 9.8 : Sensibilité à l'attitude du praticien

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86	Population générale n = 100
= ou > 4	11	68	79
< ou = 3	2	15	17
Non renseigné	1	3	4
Test exact de Fisher	p = 1 OR = 1,21 IC _{95 %} [0,23; 12,37]		

Le test statistique est *non significatif* : les deux populations sont comparables et sont toutes les deux sensibles à l'attitude du praticien

82,3 % des personnes de la population de l'échantillon sont sensibles à l'attitude du praticien.

Item 9.9 : Sensibilité à l'aménagement du cabinet

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86	Population générale n = 100
= ou > 4	1	38	39
< ou = 3	12	45	57
Non renseigné	1	3	4
Test exact de Fisher	p = 0,013 OR = 0,10 IC _{95 %} [0,0023; 0,74]		

Le test statistique est **significatif** : les patients phobiques sont moins sensibles à l'aménagement du cabinet que les non phobiques.

40,6 % des personnes de la population de l'échantillon sont sensibles à l'aménagement du cabinet alors que 7,7 % seulement des patients phobiques le sont.

Analyse de la troisième partie du questionnaire

Indice de recours aux soins

L'indice de recours aux soins (IRS) a été calculé en additionnant les scores des réponses de l'ensemble des huit items de la troisième partie. Selon l'échelle de « pas du tout » à « tout à fait », les points ont été attribués respectivement de 1 à 5. Les scores s'échelonnent de 8 à 40 points.

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86
Effectif	13	81
Mann-Whitney Wilcoxon	p = 1,997 x 10 ⁻⁵	

L'indice de recours aux soins est significativement plus élevé chez les patients phobiques que chez les non phobiques.

L'anxiété chez les personnes phobiques a des conséquences sur leur comportement en général envers les soins dentaires.

Ils n'ont pas le même rapport aux soins dentaires que les patients non phobiques.

Pour l'ensemble des tests statistiques suivants, à chaque item renseigné par le patient, une valeur de 1 à 5 a été attribuée correspondant respectivement à l'échelle du questionnaire de « pas du tout » à « tout à fait ».

Item 10.1 : La peur empêche de réaliser des bilans bucco-dentaires réguliers

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86
Effectif	13	84
Mann-Whitney Wilcoxon	p = 1,91 x 10 ⁻⁶	

Les patients odontophobiques réalisent significativement moins régulièrement des bilans bucco-dentaires que les non phobiques.

Item 10.2 : Refus de consulter malgré des douleurs quotidiennes

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86
Effectif	13	83
Mann-Whitney Wilcoxon	p = 0,126	

Le test statistique est *non significatif* : on ne peut pas conclure de différence quant à l'accès aux soins dentaires en cas de douleur.

Les deux populations sont comparables en terme de consultation en urgence pour cause de douleur.

Item 10.3 : Après traitement de la douleur, fin des consultations même si le soin n'est pas terminé

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86
Effectif	13	83
Mann-Whitney Wilcoxon	p = 0,114	

Le test statistique est *non significatif*. Les deux populations sont similaires en terme de suivi de soins après gestion première de la douleur.

Item 10.4 : Refus de soin malgré la conscience de sa nécessité

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86
Effectif	13	84
Mann-Whitney Wilcoxon	p = 0,732	

Le test statistique est *non significatif* : on ne peut pas conclure de différence entre les deux groupes.

Ainsi, les patients phobiques et les non phobiques sont comparables quant à l'acceptation des soins qu'ils savent nécessaires.

Item 10.5 : Sentiment de culpabilité et de honte vis à vis de la peur du dentiste

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86
Effectif	13	83
Mann-Whitney Wilcoxon	p = 1,556 x 10 ⁻⁶	

Le test statistique est **significatif**.

Les patients phobiques sont plus exposés aux sentiments de culpabilité et de honte quant à leurs réactions notamment physiologiques (panique, transpiration, nausées).

Item 10.6 : Conséquences sur la santé bucco-dentaire de la peur du dentiste

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86
Effectif	13	83
Mann-Whitney Wilcoxon	p = 6,99 x 10 ⁻⁴	

Le test statistique est **significatif**.

Les patients odontophobiques, de par leur anxiété, connaissent des conséquences plus néfastes sur leur santé bucco-dentaire que les non phobiques.

Item 10.7 : Conséquences de la peur du dentiste sur la vie socio-professionnelle

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86
Effectif	13	83
Mann-Whitney Wilcoxon	p = 4,333 x 10 ⁻⁵	

Le test statistique est **significatif**.

Les conséquences sur la vie quotidienne sont importantes chez les patients odontophobiques.

Item 10.8 : La peur empêche de faire soigner l'enfant du patient

	Patients phobiques n = 14	Patients non phobiques n = 86
Effectif	13	82
Mann-Whitney Wilcoxon	p = 0,063	

Le test statistique est *non significatif*.

Les patients odontophobiques font autant soigner leurs enfants que les patients non phobiques.

Tableau de synthèse des tests statistiques de la troisième partie

Numéro de l'item	Résultat Mann-Whitney Wilcoxon	Test significatif Rejet de H_0
IRS « Indice de Recours aux soins »	$p = 1,997 \times 10^{-5}$	oui
10.1 « Votre peur du dentiste vous empêche de réaliser des bilans bucco-dentaires réguliers. »	$p = 1,911 \times 10^{-6}$	oui
10.2 « Il vous arrive malgré la présence de douleurs quotidiennes de ne pas consulter un dentiste. »	$p = 0,126$	non
10.3 « Une fois les douleurs traitées, vous avez tendance à ne plus consulter même si le soin n'est pas terminé. »	$p = 0,114$	non
10.4 « Il vous arrive de refuser un soin même si vous savez qu'il est nécessaire. »	$p = 0,732$	non
10.5 « Votre peur du dentiste vous culpabilise, vous avez honte de vos réactions (panique, transpiration, nausées).	$p = 1,556 \times 10^{-6}$	oui
10.6 « Votre peur du dentiste a des conséquences sur votre santé bucco-dentaire (caries, dents absentes, mobiles, déchaussées, difficultés à manger, digérer). »	$p = 6,99 \times 10^{-4}$	oui
10.7 « Votre peur du dentiste a des conséquences sur votre vie (professionnelle, sociale, difficulté à sourire, ...).»	$p = 4,333 \times 10^{-5}$	oui
10.8 « Votre peur du dentiste vous empêche de faire soigner votre enfant. »	$p = 0,063$	non

3.4 Discussion

Lors de ce travail de thèse, les questionnaires ont été remplis en salle d'attente du CHU. La distribution était systématique et sans connaissance du motif de consultation (urgences, suivi de soins après prise en charge de l'urgence, suivi de plan de traitement).

Les questionnaires ont été distribués : soit par le secrétariat, soit par les étudiants de la régulation, soit par mes soins.

Ce mode de distribution n'a pas recruté des patients venus consulter uniquement en urgence mais pour différentes raisons et n'a donc pas généré de biais de sélection de patients phobiques.

De plus, le fait d'être distribué par les stagiaires au cours des soins aurait pu orienter, de façon inconsciente, par la connaissance de la personnalité des patients, le choix de la distribution aux patients les plus anxieux.

Les biais de sélection ont aussi été évités quant au motif de consultation, à l'anxiété même vis à vis de la sphère dentaire. Le critère de sélection relatif à la compréhension et la lecture du français fut imposé par l'incapacité de certains patients à remplir le questionnaire.

L'inclusion n'a pas pris en compte le sexe des sujets. La population générale de l'échantillon comprenait 36 hommes (soit 39,1 % de l'effectif) et 56 femmes (soit 60,9 % de l'effectif). 8 sujets n'ont pas renseigné la donnée relative au sexe.

L'inclusion des sujets s'est effectuée au fur et à mesure de l'entrée et de l'enregistrement au niveau du service de soin d'odontologie. Cependant, les femmes étaient plus représentées que les hommes au sein de l'échantillon. Il serait intéressant de vérifier dans d'autres études effectuées en CHU si cette proportion est maintenue.

Les observations effectuées quant à la catégorie socio-professionnelle (CSP) et la catégorie d'âge des populations de l'échantillon ne permettaient pas d'être analysées de façon pertinente. En effet, la taille de l'échantillon n'a pas mené à assez de données. Toutes les catégories socio-professionnelles n'étaient pas représentées, ni les catégories d'âge. Le peu de matière d'analyse statistique ne fut pas exploitable en tant que caractérisation par la CSP ou l'âge.

La sous-catégorie des retraités représentait 50 % de l'effectif de la population phobique et 32 % de celui de la non-phobique. Les ouvriers représentaient 36 % de l'effectif des non-phobiques. Ainsi, les retraités et les ouvriers étaient sur-représentés au sein de l'échantillon alors que certaines CSP n'étaient pas présentes. Des réserves sont donc à émettre quant à ces résultats. Il serait probablement nécessaire d'augmenter la taille de l'échantillon pour pouvoir étudier les corrélations entre la CSP, l'âge et l'odontophobie.

Les patients remplissaient donc le questionnaire en salle d'attente et pouvaient demander parfois des explications. Parfois, ils n'ont pas pu demander de renseignement complémentaire, ce qui explique peut-être les données manquantes. Cependant, le fait d'être en totale autonomie lors du remplissage du questionnaire et l'assurance de l'anonymat des réponses a permis un contenu des réponses plus libre, moins orienté et influencé que si chaque étudiant avait fait remplir le questionnaire au fauteuil.

La première partie du questionnaire, relative à la situation du patient, s'est avérée inexploitable en termes de statistiques. En effet, trop peu de personnes consultant au centre de soins ont un dentiste traitant. De plus, dans les réponses positives à la question « Avez-vous un dentiste traitant ? » certaines se référaient à un dentiste libéral mais d'autres au centre de soin même. Cela a été décelé grâce aux commentaires écrits laissés par certains patients. L'ambiguïté de cette question rendit donc son exploitation impossible.

De la même manière, la « Date de la dernière consultation chez un dentiste » a été renseignée de façon inconstante. Nombreuses ont été les réponses correspondant à la dernière consultation au centre de soin du CHU. Les données relatives à la date de la dernière consultation n'ont donc pas permis de dépister une corrélation entre la phobie dentaire et le suivi des soins.

Par ailleurs, il aurait été pertinent de recueillir le motif de consultation de chaque sujet, afin de l'exploiter et de le mettre en relation avec la présence ou l'absence d'odontophobie.

Enfin, la question sur le « changement de dentiste » n'était pas représentative car elle présentait la même ambiguïté entre praticien libéral et consultation au centre de soin du CHU que la question relative au dentiste traitant.

Ainsi, la partie des questionnaires sur la situation du patient n'a pas été exploitée par manque de précision dans les informations qu'elle apportait. Elle peut être améliorée en demandant le motif de consultation, le dernier-rendez vous de soins, et en faisant la distinction entre pratique libérale et pratique hospitalo-universitaire.

Partie 1 : Proportion patients phobiques

Les résultats des questionnaires ont montré une proportion de 14 % de patients phobiques. Parmi ceux-ci, 64 % étaient qualifiés de très sévères avec un score Corah supérieur ou égal à 15.

Au sein de la littérature scientifique, la prévalence de l'odontophobie varie selon les études, les populations et les pays. En effet, selon les facteurs ethnologiques, le niveau d'anxiété dentaire varie entre 4 et 20 % mais la plupart des études ont des valeurs avoisinant les 10%. (84)

La valeur obtenue grâce aux questionnaires dans cette étude peut s'expliquer par le fait qu'ils ont été diffusés au sein de deux centres hospitalo-universitaires, l'Hôtel-Dieu Saint Jacques et Ranguel. En effet, la population rencontrée en milieu hospitalier peut présenter des pathologies au caractère plus marqué qu'en milieu libéral. Les praticiens libéraux ont peut-être plus tendance à adresser à l'hôpital leurs patients odontophobiques en cas de difficultés de prise en charge et de gestion de l'anxiété. L'hôpital a des moyens plus développés comme le MEOPA ou notamment les techniques de sédation modérée voire profonde, qui de plus, nécessitent une surveillance médicale adaptée.

De plus, dans le cadre des consultations pour patients à besoins spécifiques, la prévalence de l'odontophobie est importante et le recours à l'inhalation du MEOPA fréquente. Il en va de même lors des consultations de pédodontie.

Ainsi, serait-il intéressant d'étendre les diffusions des questionnaires au sein des consultations spécifiques en plus des urgences et des soins généraux même si la réalisation et notamment le recueil des données seraient plus complexes. De plus, distribuer les questionnaires de façon multicentrique pourrait être pertinente dans le but de comparer la prévalence odontophobique, les conséquences et les causes de l'anxiété dentaire entre le milieu hospitalier et les cabinets libéraux.

Par ailleurs, au sein de l'analyse statistique, le sex ratio de la population phobique s'est avéré différent de celui des non-phobiques. En effet, les femmes avaient significativement plus tendance à être anxieuses vis à vis des soins dentaires que les hommes. 12,0 % des sujets de l'échantillon étaient des femmes phobiques alors que 1,1 % représentait les hommes phobiques.

La littérature scientifique présente dans de nombreuses études la même observation.

En effet, une étude norvégienne comparant l'évolution entre 1997 et 2007 de la phobie dentaire a confronté la prévalence selon le sexe et présente les taux respectivement de 11,5 % d'hommes contre 23 % de femmes en 1997 et respectivement 11,3 % et 19,8 % en 2007. (101)

Les femmes présentent des niveaux plus élevés de phobie dentaire mais consultent plus souvent les dentistes paradoxalement. (84)

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les hommes ont plus de difficultés à admettre leur phobie notamment à cause de l'image de la société (l'homme fier et courageux). (102)

Partie 2 : Origine et support de l'anxiété

Les résultats statistiques par les tests exacts de Fisher ont mené à la conclusion que les patients phobiques n'étaient pas plus sensibles aux bruits et/ou aux odeurs que les patients non phobiques. Cependant, les patients phobiques étaient plus angoissés à la vue du matériel médical que ne l'étaient les patients non phobiques.

Cela peut avoir des répercussions sur la prise en charge des patients odontophobiques : la préparation du matériel de soins peut se faire après avoir reçu le patient, fait l'anamnèse, décidé le déroulement des soins et donné les explications.

Par ailleurs, les patients phobiques ont démontré de façon significative être plus enclins au sentiment de panique lors de l'anesthésie. Le déroulement de l'anesthésie est un temps marquant dans l'approche et la gestion des patients phobiques. Le questionnaire n'a pas mentionné le matériel même de l'anesthésie. Le patient anxieux est plus sensible au matériel médical, l'aiguille elle-même appartient à ce matériel mais pourrait faire l'objet d'un item spécifique, car les soins dentaires sont souvent liés inconsciemment à la « pensée de la piqûre ».

Le point intéressant est qu'au delà de l'anesthésie en tant qu'acte, les patients odontophobiques sont anxieux vis à vis des sensations qu'elle provoque et surtout ont peur, malgré l'acte d'anesthésie réalisé, du soin lui-même. Cette première anxiété extrême pourrait être caractérisée par le manque de contrôle de la sensation anesthésique. La transmission d'information est essentielle quant à la durée de la sensation, la description physiologique et les effets réels de l'anesthésie.

L'anxiété vis à vis de l'acte thérapeutique peut s'expliquer aussi par le manque de contrôle sur le soin, le besoin d'information et les idées par rapport au caractère désagréable voire douloureux du soin. L'anesthésie ne diminue pas l'anxiété quant au soin dentaire même. Au niveau de la pratique clinique, cela signifie qu'une fois l'anesthésie effectuée et efficace, elle ne suffit pas pour se lancer dans la thérapeutique directement. L'acte thérapeutique est une source anxiogène pour le patient, même si le praticien est en mesure d'assurer que le ressenti douloureux ne peut exister.

Il est essentiel de considérer le soin dans sa globalité, de donner des explications, de continuer à rassurer le patient et ce tout au long du soin. Il est important de garder à l'esprit que, malgré l'absence de stimulations douloureuses, le patient est toujours anxieux quant aux étapes du soin, au caractère potentiellement douloureux et au manque de contrôle.

La douleur joue un rôle important dans l'approche de la phobie dentaire et aurait pu faire l'objet d'un item afin d'être caractérisée.

Le patient odontophobique doit être rassuré à chaque partie de la thérapeutique.

Les patients phobiques et non-phobiques des soins dentaires étaient comparables quant au fait d'être rassurés par la possibilité d'arrêter le geste du dentiste en levant la main, aux besoins d'explications tout au long du soin et à l'importance de l'attitude du praticien. En effet, 51 % de la population générale affirmait avoir besoin des informations tout au long du soin et 82,3 % de la population était sensible à l'attitude du praticien notamment sa sympathie (« sourire »), son empathie (« attention ») et son discours (« mots employés »). L'importance de la personnalité du praticien doit orienter la clinique. Outre la prouesse technique que nécessite l'acte de soin, il est essentiel que le praticien ait une approche plus large de son patient et qu'il mette à contribution ses compétences de communication, de compréhension, d'empathie et de psychologie.

Enfin, les patients odontophobiques seraient moins sensibles que les patients non-odontophobiques à l'aménagement du cabinet (décoration, musique...).

Les comparaisons de cette partie sont nombreuses, ce qui représente un risque de biais de comparaisons multiples. Il convient alors d'ajuster le risque α en fonction du nombre de comparaisons effectuées selon la méthode de Bonferroni : $\alpha' = \alpha/9 = 0,0056$. Après ajustement du risque α et donc du seuil de significativité de p , les comparaisons relatives aux items reliant anesthésie et sensations relatives puis phobie et aménagement du cabinet dentaire ne montrent pas d'association statistiquement significative mais une forte tendance tout de même. Cela peut être le fait d'une absence réelle d'association mais il est plus probable que cela soit lié à un manque de puissance.

Partie 3 : Conséquences de l'anxiété sur le comportements et les soins

La troisième partie avait pour objectif d'appréhender l'impact de l'odontophobie sur la qualité de vie des patients.

Les patients odontophobiques ont une tendance significative à réaliser des bilans bucco-dentaires moins régulièrement que les patients non phobiques. Cela signifie que le suivi de ces patients est plus difficile à mettre en place et que la démarche personnelle et l'implication nécessitent d'être encouragées fortement.

Par ailleurs, paradoxalement, les patients odontophobiques ne consultent pas moins que les non-phobiques en cas de douleur. De plus, lorsque le soin n'est pas terminé, ils n'assurent pas moins le suivi que les patients non-phobiques. Enfin, ils acceptent tout autant un soin qu'ils savent nécessaire que la population non atteinte par l'anxiété dentaire. Le dentiste peut donc faire appel, dans une certaine mesure, au pragmatisme d'un patient odontophobique.

Ainsi, le comportement d'évitement s'applique essentiellement au bilan bucco-dentaire et inhibe une démarche spontanée vers la consultation. Le patient va éviter la prise de rendez-vous, va annuler la consultation, trouver un moyen de s'y soustraire sous l'effet de son odontophobie, par le système de pensées négatives, de conditionnement et de renforcement négatif. Cependant, lorsqu'il doit faire face à la douleur, il va accepter le soin. La douleur l'emporte sur l'anxiété des soins dentaires.

De fait, cela signifie que les patients phobiques ont plus recours aux soins d'urgences et consultent pour des traitements plus lourds, complexes et plus coûteux à cause du stade avancé de leur pathologie. Il serait intéressant de voir, puisque les centres d'urgences sont plus sollicités par les patients phobiques, si l'utilisation de moyens spécifiques de sédation est plus importante en urgence que dans les circuits de soins de suivi.

Cependant, les patients phobiques sont plus touchés que les non-phobiques par les sentiments de culpabilité et de honte envers leurs réactions somatiques, émotionnelles et physiologiques (panique, transpiration, nausées).

Cela représente un facteur favorisant un comportement d'évitement et donc empêchant l'accès aux soins dentaires

De plus, l'analyse statistique des questionnaires a montré que l'odontophobie a des conséquences sur la santé bucco-dentaire et la qualité de vie des patients atteints. Ainsi, les patients odontophobiques ont-ils des états de santé bucco-dentaires plus altérés en termes de caries, de dents mobiles ou absentes, d'atteintes parodontales et ceci a un impact sur la capacité masticatoire et digestive et donc la santé générale.

Les conditions bucco-dentaires détériorées des patients odontophobiques ont des conséquences professionnelles (difficulté à passer des entretiens, à exercer des professions où le contact et l'image sont primordiaux) et sociales (« difficulté à sourire »).

Le patient odontophobe rentre ainsi dans un cercle vicieux. L'anxiété des soins dentaires l'amène à ne pas consulter afin de réaliser des bilans, des soins à des stades peu avancés et à mettre en place des stratégies d'évitement des soins. Ce phénomène d'évitement est accentué par les sentiments de honte et de culpabilité liés à ses réactions. La santé bucco-dentaire se détériore, les pathologies avancent en stade et le patient a besoin de soins plus complexes donc plus anxiogènes et continue à ne pas consulter. De plus, son état bucco-dentaire peut être un facteur aggravant ses sentiments de honte et de culpabilité.

Ceci peut prendre fin lors de l'apparition de douleurs amenant le patient à consulter.

La prise en charge des patients odontophobiques demande donc une action en amont, à des stades peu avancés en termes de pathologies et ne nécessitant pas de thérapeutiques trop lourdes. La complexité réside au niveau de la prévention et de la prise en charge précoce de ces patients. La détection rapide de ces patients et la mise en place de suivis réguliers sont aussi nécessaires que difficiles à mettre en place. Le praticien doit jouer un rôle d'information, de motivation, afin que, quel que soit le stade d'atteinte de la santé bucco-dentaire, un plan de traitement thérapeutique et de suivi puisse se mettre en place.

Enfin, bien que l'anxiété dentaire des parents soit un facteur de risque de son apparition chez l'enfant, l'odontophobie n'empêche pas les patients de faire consulter leurs enfants.

3.5 Confrontation avec la littérature

L'odontophobie est relativement présente à travers le monde. Les études dans différents pays avec diverses méthodes et échelles présentent des prévalences d'amplitudes différentes.

En Islande, une étude rapporte une proportion de 10 % de patients odontophobiques dans la population adulte. Des valeurs similaires se retrouvent en Allemagne avec 11 % de phobie dentaire, en France où 13,5 % de la population est concernée et en Bulgarie avec 11,7 %. (71) (99) Des données moyennes de l'anxiété dentaire sont décrites au Danemark, à Singapour et en Australie avec respectivement 15 %, 17,1 % et 16,1 %. (71)

Enfin, au Brésil, en Chine et au Japon, les taux d'odontophobie atteignent 21,8 %, 30 % et 42,1 %. (71) (103)

Les données recueillies dans les questionnaires n'ont pas permis d'apporter de conclusions relatives à la catégorie socio-professionnelle et à l'âge.

Des études ont montré que les plus jeunes ont plus d'anxiété vis à vis des soins dentaires que les personnes plus âgées. Les 20-30 ans exprimeraient le plus haut niveau d'odontophobie. (84) Alors que d'autres études ont trouvé une prévalence plus élevée d'odontophobie chez les adultes d'âge moyen. (98) Une étude australienne a rapporté une plus haute incidence de la phobie dentaire entre 40 ans et 64 ans.

Des études ont montré une corrélation de l'odontophobie avec l'âge et avec le niveau socio-économique. (84) Les faibles revenus socio-économiques ont généralement un plus haut degré d'anxiété dentaire que les niveaux socio-économiques élevés. (71)

Les supports de l'anxiété des soins dentaires retrouvés dans la littérature correspondent à des expériences douloureuses pendant le rendez-vous (cela concernait 67 % des sujets d'une étude allemande), à la phobie des aiguilles (35%), au fait que l'un des parents est odontophobique (15%). (84)

La phobie dentaire causée par les extractions, le manque de contrôle, le caractère imprédictible de la situation ont des prévalences de 57,5 %, 56,1 % et 51,2 % chez les patients odontophobiques. (97)

Un patient sur trois attribue son anxiété des soins dentaires à la phobie de l'aiguille lors de l'anesthésie. (84) La phobie dentaire et le sous-type de phobie spécifique sang-injection-accident sont souvent associés. 57 % des sujets odontophobiques pourraient être classés dans ce sous-type, notamment par rapport à la phobie des injections. (97)

Les patients de l'étude ont aussi fait ressortir les doléances pour les futurs rendez-vous : besoin d'informations, empathie du praticien, traitement sans douleur, besoin d'être rassuré, calmé et relaxé, importance de la discussion. (84)

Dans la littérature, la phobie dentaire est souvent liée à une faible compliance de la part des patients. De nombreuses études démontrent que les patients odontophobes ont beaucoup plus tendance à éviter, annuler leur rendez-vous et à consulter moins. (70) (98) Ces comportements d'évitement rendent la thérapeutique dentaire difficile et stressante pour le praticien. (83)

De plus, ils ont des conséquences sur la qualité bucco-dentaire des patients (dents absentes, hygiène orale) et la qualité de vie en général, au niveau social et professionnel. La détérioration de la santé bucco-dentaire nécessite des traitements plus lourds et en même temps amène chez ces patients un sentiment de honte qui augmente leur comportement d'évitement, ainsi la situation continue à se compliquer. (71) (98)

Enfin, les besoins particuliers de sédation, de traitements spécifiques et une importante utilisation des soins d'urgences ont des conséquences de santé publique. (70)

IV. PRISE EN CHARGE DE L'ANXIÉTÉ DENTAIRE

4.1 Thérapeutiques pharmacologiques des troubles anxieux

Les techniques pharmacologiques ont pour but de permettre l'accès aux soins dentaires pour le patient phobique afin de pouvoir réaliser des suivis réguliers et d'entreprendre des plans de traitements optimaux.

Le recours aux substances pharmacologiques telles que les benzodiazépines, l'inhalation de protoxyde d'azote voire les associations sédatives ont pour but de provoquer une sédation dite consciente et se présente comme une alternative à l'anesthésie générale.

4.1.1 La sédation consciente

La sédation consciente consiste en l'administration d'une ou plusieurs substances menant à un état de dépression du système nerveux central et permettant la mise en place d'un traitement chez le patient atteint de trouble anxieux.

Durant la procédure, le patient est capable de comprendre et de répondre à une commande verbale, ses fonctions ventilatoires et cardiovasculaires ne sont pas perturbées, seules ses capacités cognitives et motrices peuvent être affectées. (104)

Les objectifs de la sédation sont de diminuer l'anxiété du patient améliorant le contrôle de son comportement, son confort, sa compliance et permettant la réalisation des soins dentaires (diagnostiques et thérapeutiques) dans de meilleures conditions. (105)

Le composé de sédation idéal devrait entraîner un état de sédation consciente, être anxiolytique et provoquer une légère amnésie ainsi qu'un relâchement musculaire. Son temps d'action devrait être adapté au soin et l'induction-élimination rapides. (106)

Le praticien est responsable de l'administration des substances et doit être prêt à gérer les complications susceptibles de survenir en ayant à portée de main le matériel de réanimation nécessaire.

Il doit être capable d'identifier les facteurs de risque, de complications et les contre-indications : allergie à une substance, maladie systémique sévère notamment cardio-vasculaire, respiratoire et neuromusculaire.

Les substances (107)

- Antihistaminiques : l'hydroxyzine a un temps d'induction d'environ 30 min.
- Hypnotiques : les barbituriques
- Antidépresseurs : les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine ont une action progressive
- Benzodiazépines : elles ont des effets sédatifs et anxiolytiques et ont la capacité d'engendrer une légère amnésie. Elles ont peu d'influence sur les fonctions cardiovasculaire et respiratoire et sont sûres d'utilisation grâce à l'existence d'un antagoniste. On retrouve le *diazépam* et le *midazolam* (réservé à l'usage hospitalier).
- Le MEOPA: il s'agit d'un gaz incolore et indolore de mélange équimolaire « oxygène-protoxyde d'azote » administré par inhalation. L'induction est de 2 à 3 minutes et le pic d'action se trouve à 3-5 minutes après le début de l'administration. La rapidité d'élimination est assurée par la voie pulmonaire et est complète en 5 minutes. Les effets produits sont une sédation contrôlable par le niveau de substance inhalé et une analgésie.

Les règles de prescription (37)

Les associations d'une benzodiazépine et d'un antidépresseur sont possible, deux benzodiazépines ne doivent pas être prescrites en même temps. Les benzodiazépines doivent être débutées avec la dose la plus faible et la posologie peut être augmentée progressivement tout en assurant une réévaluation régulière.

4.1.2 La sédation profonde et l'anesthésie générale

Selon la traduction automatique contrôlée du MeSH, la sédation profonde est une « *dépression causée par médicament de la conscience pendant laquelle les patients ne peuvent pas être facilement réveillés, mais peuvent répondre suite à des stimulations pénibles et répétées. Le patient peut voir sa capacité de ventilation autonome diminuée.* » (traduit de l'American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines). (108)

Elle n'est utilisable qu'en milieu hospitalier sous surveillance d'un médecin en anesthésie-réanimation car elle nécessite une réanimation avancée.

La sédation profonde allie l'utilisation de sédatifs et d'anesthésiques. (82)
Elle est obtenue par l'administration par voie orale d'une association de psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques et neuroleptiques) ou par voie intra-veineuse de substances anesthésiques (*propofol*). (109)

4.1.3 Les solutions alternatives

4.1.3.1. *La phytothérapie*

La phytothérapie est basée sur l'utilisation de plantes médicinales. Chaque individu avec sa pathologie et ses symptômes représente un cas clinique global unique. Le recours aux remèdes végétaux peut être bénéfique et complémentaire d'un traitement médical voire présenter un caractère curatif.

Les plantes, avec leurs principes actifs respectifs ainsi que leur utilisation en synergie, représentent donc de nombreux éléments différents de prescription qui nécessitent des compétences professionnelles de la part du chirurgien-dentiste quant au risque d'interaction avec les traitements médicamenteux. (110)

Les plantes telles que l'aubépine, le coquelicot, la guimauve, la menthe, le millepertuis, le pavot, la valériane et la verveine ont des capacités sédatives. (110)

4.1.3.2. *L'homéopathie*

L'homéopathie est une méthode thérapeutique, fondée par Samuel Hahnemann en 1796 et basée sur les principes de similitude, d'infinitésimal et d'individualisation.

La loi des similitudes avance qu'une substance administrée à forte dose chez un sujet sain va produire des symptômes et des troubles, alors qu'elle les guérira à doses diluées successivement chez un sujet malade. Cela rejoint le principe de dilution infinitésimale. (111)

Enfin, le principe d'individualisation est la nécessaire prise en charge globale du patient avec les signes pathognomoniques de sa maladie, ses symptômes subjectifs et sa psychologie qui va mener pour un même diagnostic à un traitement spécifique à l'individu.

L'homéopathie prend en considération l'ensemble des symptômes pour le choix du traitement et nécessite une certaine réceptivité de la part du malade. (111)

L'homéopathie, dans la pratique dentaire, permet une réduction momentanée de l'anxiété et agit sur le court terme afin de permettre la réalisation de soins dans de meilleures conditions. Elle est utilisée en parallèle des thérapeutiques psychologiques car elle ne supprime pas le trouble anxieux.

La prescription homéopathique lors de soins dentaires s'effectue en tant que prémédication sédatrice.

Le *Gelsemium sempervirens* est indiqué lors d'anxiété dentaire accompagnée d'insomnies, de céphalées et de névralgies.

- 9CH : 9 granules en une prise ou 3 granules le matin et 3 le soir pendant les sept jours précédant le rendez-vous et le jour même.
- 15CH : en cas de nouveaux patients avec troubles anxieux, une dose en une seule prise délivrée au fauteuil, patienter avant de débiter les soins. (112)

L'*Aconit* 5CH est utilisé lors d'attaque de panique notamment à la vue du matériel. Il peut être prescrit avant la consultation ou directement au fauteuil. Il est utilisé en parallèle du traitement de fond *Sulfur*. (113)

- *Aconit* 5CH : 2 granules deux fois par jour
- *Sulfur* 7CH : 2 granules trois fois par semaine

L'*Ignatia* est indiqué en prémédication dans le cadre d'anxiété vis à vis des soins dentaires avec symptômes de « boule dans la gorge ».

- *Ignatia* 7CH : 2 granules le matin pendant la durée des soins

Le *Moschus* est utilisé chez les personnes difficiles à soigner, qui refusent les soins par anxiété quant à la douleur.

- *Moschus* 5 + 15 CH : 2 granules le matin pendant une semaine avant la consultation et jusqu'à l'arrêt des soins. (113)

4.1.3.3. L'aromathérapie

Les essences et huiles essentielles sont des composés complexes aux propriétés thérapeutiques variées, obtenus par distillation à la vapeur d'eau. Contenant les principes volatiles des extraits de végétaux, ils sont les fondements de l'aromathérapie. (110)

Avant un rendez-vous dentaire, le patient atteint de trouble anxieux peut verser 1 goutte de chaque huile essentielle que sont le laurier noble, la marjolaine coquilles, le ravintsara sur un comprimé neutre à avaler 3 fois par jour, les jours qui précèdent le rendez-vous et 30 minutes avant la consultation. (114)

De plus, une étude, menée par Lehrner et coll. en 2005, a mis en évidence une diminution de l'état d'anxiété associée à l'utilisation d'un diffuseur électrique d'huiles essentielles d'orange et de lavande dans une salle d'attente d'un cabinet dentaire. L'exposition à ces deux huiles essentielles entraîne aussi un état de calme augmenté et des pensées plus positives chez les patients en attente de soins dentaires.

Cette diminution de l'anxiété vis à vis des soins dentaires est plus importante qu'avec la diffusion de musique. (115)

Cependant, elle n'a lieu que lors de l'exposition. Les huiles essentielles ont un effet immédiat et ne modifient pas les pensées futures quant à la sphère dentaire. (116)

4.2 Thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies cognitivo-comportementales font partie des traitements de psychothérapies. Elles se déroulent en un nombre limité de séances organisées par le thérapeute et s'effectuent en groupe ou individuellement.

Elles se basent sur la théorie d'acquisition de constructions pathologiques par l'apprentissage conditionné négatif de processus cognitifs, émotionnels et comportementaux et ont pour but de modifier ces schémas.

Pour les troubles anxieux, 10 à 25 séances hebdomadaires pendant environ 6 mois fondent la thérapie. (58)

La caractéristique des thérapies cognitives et comportementales est que le thérapeute enseigne au patient les éléments nécessaires pour la gestion de ses symptômes et de ses comportements tout en prenant en compte la perception du patient quant à sa pathologie.

L'objectif est que le patient s'implique personnellement et que par une collaboration avec son thérapeute, il parvienne à gérer sa pathologie de façon autonome. (117)

Le contre conditionnement dans la technique de désensibilisation systématique est la première méthode, basée sur la théorie du conditionnement classique. (118)

Le principe d'exposition a pour but de diminuer l'intensité des réponses de l'individu qu'elles soient motrices, émotionnelles ou cognitives et de supprimer les comportements d'évitement.

L'élément fondateur de cette technique est un processus physiologique qui mène à un phénomène d'habituation après exposition répétée et prolongée au stimulus anxiogène. La technique se réalise soit par une exposition en situation réelle *in vivo*, soit se base sur la représentation imaginaire. (58)

A terme, l'acquisition, par conditionnement, de nouvelles perceptions et réponses motrices est accompagné d'une réduction des réponses neuro-végétatives. (118)

La deuxième méthode s'appuie sur le conditionnement opérant et est retrouvée fréquemment dans les thérapies cognitivo-comportementales.

L'utilisation du renforcement positif a pour but d'augmenter la probabilité d'apparition de la nouvelle réponse acquise par le patient face à la source anxiogène. À la suite de cette nouvelle attitude, le renforcement positif sous forme verbale ou matérielle est mis en place et doit motiver l'avancée comportementale, cognitive et émotionnelle du patient. (118)

4.3 Moyens de gestion pour une consultation d'un patient odontophobique

Le domaine de la psychothérapie est en grande partie, de nos jours, représentée par le courant des thérapies cognitivo-comportementales, cependant des alternatives dans le soin psychologique permettent une prise en charge multiple.

4.3.1. Hypnose

L'hypnose, du grec « *hypnoûn* », qui signifie s'endormir, est un « état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion ». (119)
Cet état de passivité est provoqué par un professionnel.

L'hypnothérapie a été validée par la science grâce à l'imagerie médicale et cérébrale.

La première étape est dite « entretien », cela permet la mise en place d'une relation collaboratrice, d'une discussion d'explications au patient et de connaissance des expériences vécues. (120)

Par le discours du patient, le thérapeute met en relation un élément cité par le patient, une difficulté et va baser son récit hypnotique sur cette problématique par un travail d'analogie. Cette métaphore hypnotique, thérapeutique présente la situation du patient et ouvre les perspectives d'un changement, d'une amélioration. (121)

Le processus hypnotique est débutée par une induction basée le plus souvent une relaxation induite par suggestion. (122)

Cependant, le patient reste dans un état de conscience particulière, il conserve sa liberté de choix et l'étape d'induction ne peut se faire sans son accord. La relation de confiance est donc indispensable. A la fin, il n'y a pas d'amnésie, le patient garde un souvenir de l'expérience hypnotique. (123)

Trois grands principes constituent le contexte hypnotique : l'absorption, la dissociation et la suggestibilité.

L'absorption est l'implication opérée par le sujet dans l'expérience imaginaire ou la concentration sur un objet. La dissociation est « la séparation mentale de comportements » qui habituellement se correspondent. Elle peut entraîner un ressenti de perte de contrôle des mouvements et un différentiel des perceptions quant aux parties du corps.

Enfin, la suggestibilité est la capacité du sujet à prendre part aux directives du professionnel pratiquant l'hypnose. (122)

L'hypnose repose sur la modification orientée des perceptions, des ressentis notamment physiques, des pensées et des comportements. (120)

4.3.2. Relaxation

La relaxation est la « *méthode visant à obtenir une détente physique et mentale par le contrôle conscient du tonus physique et mental afin d'apaiser les tensions internes et de consolider l'équilibre mental du sujet* ». (124)

Les deux principales techniques sont le training autogène de Schultz et la relaxation progressive de Jacobson. Elle s'applique dans un contexte d'immobilisation du corps, c'est à dire essentiellement en position couchée. (125)

- La relaxation selon Schultz passe par l'enseignement par un thérapeute d'une technique de concentration mentale qui permet une décontraction musculaire vers un état d'apaisement. Cet entraînement nécessite une méthode d'autohypnose et l'implication individuelle et autonome du sujet.
- La relaxation selon Jacobson revêt un caractère physiologique. Elle débute par une phase d'apprentissage de prise de conscience de la tension musculaire.

Le patient par la contraction et la décontraction successives de son avant bras fait l'expérience des variations graduelles de la tension musculaire. Le but est d'amener, en diminuant l'amplitude de ces variations, le patient à saisir la tension musculaire en situation de repos dite « résiduelle ». (14)

La relaxation est accessible et praticable par tous les patients, elle est un moyen de diminuer l'anxiété et de préparer le patient afin d'optimiser la thérapeutique et le confort du patient mais aussi de son praticien.

4.3.3. Psychologie et psychanalyse

La psychothérapie d'inspiration analytique peut à travers l'étude et la compréhension des troubles psychologiques mener à une prise en charge des troubles psychiques.

La méthode de référence est basée sur le discours du patient et nécessite une relation mutuelle de confiance, une position de neutralité du thérapeute.

Le thérapeute écoute, interprète et analyse dans ce que raconte le patient des significations inconscientes afin de comprendre le trouble pour le guérir. Cette approche revêt une dimension essentiellement intellectuelle.

Les thérapies cognitivo-comportementales appartiennent aussi à la psychothérapie mais s'inscrivent dans une démarche de validation scientifique. (126)

CONCLUSION

La construction d'un questionnaire et l'analyse statistique des résultats ont permis de mettre en évidence quelques éléments d'appréhension de l'odontophobie au CHU de TOULOUSE en termes de :

- prévalence : 14 % de la population au premier trimestre en 2015,
- sexe : sex ratio en faveur des femmes,
- supports de l'anxiété : l'anesthésie, notamment.

Il a également permis de confirmer quelques caractéristiques qui en découlent.

En particulier, l'odontophobie est un facteur de risque pour la santé bucco-dentaire et la qualité de vie professionnelle et sociale des patients.

La problématique repose sur la prise en charge de ces patients, à court terme, pour les thérapeutiques, notamment d'urgence ; et, à long terme, pour les réhabilitations globales et les suivis thérapeutiques nécessaires au succès des soins.

Quelques axes de réflexion peuvent être envisagés pour permettre de poursuivre la recherche de méthodes permettant d'offrir à ces patients les meilleurs soins possibles.

En amont, l'enseignement de connaissances théoriques et de stratégies de prise en charge des patients odontophobiques pourrait être développé afin d'améliorer les conditions cliniques lors des traitements de ces patients.

Sur le terrain, permettre en même temps que le recueil des données administratives et personnelles, de mettre en évidence la présence d'odontophobie. L'utilisation de questionnaires pourrait être plus répandue au sein des salles d'attente des centres de soins et des cabinets dentaires.

Ceci permettrait de détecter systématiquement les patients atteints de troubles anxieux envers les soins dentaires, d'adapter plus rapidement et avec plus de précision la prise en charge globale du patient et de faciliter la relation patient-soignant.

La création d'une échelle associant la détection des patients atteints d'anxiété vis à vis des soins dentaires à l'attitude thérapeutique appropriée, permettrait d'adapter efficacement la prise en charge, en donnant au chirurgien-dentiste des éléments de réponses rapidement accessibles et facilement applicables.

Vu le directeur de Thèse
Op

Vu le président du jury.
h.
1^{er} Juin 2015

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de salle d'attente

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des réponses

Annexe 1 : Questionnaire de salle d'attente

L'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ VIS À VIS DES SOINS DENTAIRES

Étudiante en sixième année d'odontologie, je réalise, dans le cadre de ma thèse, une étude sur la prise en charge de l'anxiété du patient.

*Vous m'aideriez en acceptant de répondre, de façon anonyme, aux questions ci-dessous.
Je vous en remercie par avance.*

Situation du patient :

- Avez-vous un dentiste traitant ? ☐ Oui ☐ Non
- Quelle est la date de votre dernière consultation chez un dentiste (hors urgence) ?(mois/année)
- Avez-vous changé de dentiste en 2014? ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, pourquoi ?

1. IDENTIFICATION DE L'EXISTENCE DE L'ANXIÉTÉ (Questionnaire de Corah)

Ne cochez qu'une seule réponse par question

Question N°1: Si vous deviez aller chez le dentiste demain, comment vous sentiriez vous ?

- ☐ Je penserai que cela va être une expérience assez agréable.
- ☐ Cela me serait indifférent.
- ☐ J'aurai peur que cela soit désagréable et douloureux.
- ☐ J'aurai terriblement peur de ce que le dentiste pourra faire.

Question N°2 : Chez le dentiste, lorsque vous attendez votre tour pour passer sur le fauteuil, comment vous sentez-vous ?

- ☐ Détendu(e)
- ☐ Un peu mal à l'aise
- ☐ Tendu(e)
- ☐ Angoissé(e)
- ☐ Je suis tellement anxieux(se) qu'il est possible que je transpire et même que j'aie envie de vomir.

Question N°3 : Lorsque vous êtes installé(e) dans le fauteuil, pendant que le (la) dentiste prépare la fraise avec laquelle il s'apprête à soigner vos dents, comment vous sentez-vous ?

- ☐ Détendu(e)
- ☐ Un peu mal à l'aise
- ☐ Tendu(e)
- ☐ Angoissé(e)
- ☐ Je suis tellement anxieux(se) qu'il est possible que je transpire et même que j'aie envie de vomir.

Question N°4- : Lorsque vous êtes assis(e) dans le fauteuil pour un nettoyage de vos dents, pendant que le (la) dentiste prépare les instruments qu'il va utiliser pour racler vos dents à côté des gencives, comment vous sentez-vous ?

- ☐ Détendu(e)
- ☐ Pas tout à fait à l'aise
- ☐ Tendu(e)
- ☐ Angoissé(e)
- ☐ Je suis tellement anxieux(se) qu'il est possible que je transpire et même que j'aie envie de vomir.

Souhaitez-vous ajouter un commentaire ou apporter une précision ?

.....
.....

2. ORIGINE ET SUPPORT DE L'ANXIÉTÉ					
Quel est votre degré d'accord avec les affirmations suivantes ?	Pas du tout	Un peu	Ni d'accord/ni en désaccord	Beaucoup	Tout à fait
(a) Vous êtes sensible aux bruits et/ou aux odeurs.	☐	☐	☐	☐	☐
(b) La vue du matériel médical vous angoisse.	☐	☐	☐	☐	☐
(c) Lors de l'anesthésie, vous vous sentez paniqué(e).	☐	☐	☐	☐	☐
(d) Après l'anesthésie, les sensations vous rendent anxieux(se).	☐	☐	☐	☐	☐
(e) Malgré l'anesthésie, vous avez peur du soin.	☐	☐	☐	☐	☐
(f) Le fait de lever la main pour arrêter le geste du praticien vous rassure.	☐	☐	☐	☐	☐
(g) Vous avez besoin d'explications au long du soin.	☐	☐	☐	☐	☐
(h) Vous êtes sensible à l'attitude du praticien (sourire, attention, mots employés).	☐	☐	☐	☐	☐
(i) Vous êtes sensible à l'aménagement du cabinet (décoration, musique, ...)	☐	☐	☐	☐	☐

3. INFLUENCE DE L'ANXIÉTÉ SUR LE COMPORTEMENT ET LES SOINS					
Quel est votre degré d'accord avec les affirmations suivantes ?	Pas du tout	Un peu	Ni d'accord/ni en désaccord	Beaucoup	Tout à fait
(a) Votre peur du dentiste vous empêche de réaliser des bilans bucco-dentaires réguliers.	☐	☐	☐	☐	☐
(b) Il vous arrive malgré la présence de douleurs quotidiennes de ne pas consulter un dentiste.	☐	☐	☐	☐	☐
(c) Une fois les douleurs traitées, vous avez tendance à ne plus consulter même si le soin n'est pas terminé.	☐	☐	☐	☐	☐
(d) Il vous arrive de refuser un soin même si vous savez qu'il est nécessaire.	☐	☐	☐	☐	☐
(e) Votre peur du dentiste vous culpabilise, vous avez honte de vos réactions (panique, transpiration, nausées).	☐	☐	☐	☐	☐
(f) Votre peur du dentiste a des conséquences sur votre santé bucco-dentaire (caries, dents absentes, mobiles, déchaussées, difficultés à manger, digérer).	☐	☐	☐	☐	☐
(g) Votre peur du dentiste a des conséquences sur votre vie (professionnelle, sociale, difficulté à sourire, ...).	☐	☐	☐	☐	☐
(h) Votre peur du dentiste vous empêche de faire soigner votre enfant.	☐	☐	☐	☐	☐

Etes-vous ? ☐ Un homme ☐ Une femme	Quel âge avez-vous ? ☐ 18-25 ans ☐ 26-35 ans ☐ 36-45 ans ☐ 46-55 ans ☐ 56-65 ans ☐ Plus de 65 ans	Votre situation professionnelle ? ☐ Agriculteurs ☐ Professions intermédiaires ☐ Artisans, commerçants, chefs d'entreprise ☐ Cadres ☐ Employés ☐ Ouvriers ☐ Retraités ☐ Personnes sans activité
--	--	--

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des réponses

ENQUETE SUR LA PHOBIE DENTAIRE REALISEE AU CHU DE TOULOUSE - 1ER TRIMESTRE 2015 – RECUEIL DES DONNEES																																
Identifiant	Q0	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Photo	Q9.1	Q9.2	Q9.3	Q9.4	Q9.5	Q9.6	Q9.7	Q9.8	Q9.9	Q10.1	Q10.2	Q10.3	Q10.4	Q10.5	Q10.6	Q10.7	Q10.8	Score III	Q11	Q12	Q13	
17	1	0	-	1	-	4	5	5	19	-	4	4	2	4	4	1	5	4	2	5	5	5	5	5	5	5	1	36	2	3	5	
22	1	1	62013	0	-	4	5	5	19	-	1	1	2	2	2	1	5	4	1	1	1	1	1	4	1	1	1	11	2	6	7	
59	1	1	12012	0	-	4	5	5	19	-	2	5	4	2	5	4	2	4	3	2	1	1	1	5	1	1	1	13	1	6	7	
64	1	0	12013	0	-	4	5	5	19	Traumatisme lors extraction	2	4	4	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	38	2	2	8	
86	1	0	82011	1	Très payant a l'hopital	3	5	5	18	-	4	4	4	1	1	4	4	4	1	4	1	4	1	1	1	1	3	16	2	5	7	
62	1	1	-	1	Avis implantaire	3	4	5	4	16	-	4	2	2	1	2	1	2	2	2	4	2	2	1	4	4	4	25	-	6	7	
45	1	1	12015	1	Honoraires élevés	3	4	4	4	15	-	2	5	5	4	4	4	2	5	2	4	2	1	1	1	4	1	18	2	5	7	
46	1	0	12012	0	-	3	4	4	4	15	-	2	5	4	4	4	4	2	5	1	2	2	1	1	1	2	1	12	2	6	7	
78	1	1	-	1	Autre que extraire	3	4	4	4	15	-	2	1	2	1	3	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	12	2	4	8	
Souls très douloureux par le passé																																
4	1	0	122014	1	Pas satisfaite	3	3	4	3	13	4	2	4	4	5	4	2	4	1	1	1	3	1	1	1	1	1	10	2	1	8	
38	1	1	92014	-	-	3	2	4	4	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	
39	1	1	72013	1	Déménagement	3	3	4	3	13	-	2	1	2	2	2	2	4	3	1	2	2	1	2	3	3	1	15	2	-	-	-
77	1	0	-	0	-	3	4	4	2	13	-	4	2	2	2	2	2	5	5	2	2	2	1	1	1	2	2	1	12	2	5	6
87	1	0	12014	1	Déménagement	3	4	3	3	13	-	2	2	2	3	3	4	3	4	3	2	2	1	1	2	2	2	1	13	2	6	7
désagréables et colteux																																
2	1	0	122014	1	Devis colteux	3	3	3	3	12	5	4	2	1	4	4	2	2	4	4	4	1	2	2	4	2	1	20	2	3	8	
24	1	0	années	0	-	3	3	3	3	12	-	5	5	5	4	4	4	5	4	-	4	4	4	1	4	4	-	1	4	8		
11	1	1	2002	1	Retraite dentiste	3	3	2	3	11	-	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2	6	7	
13	1	0	-	1	-	1	4	3	3	11	-	5	1	2	1	2	2	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2	6	7	
27	1	0	années	1	-	4	2	2	3	11	-	1	4	5	4	4	1	4	4	4	4	3	1	1	5	4	1	23	1	2	8	
29	1	0	-	1	-	2	3	3	3	11	-	4	1	3	2	1	5	2	1	5	3	1	1	1	1	1	1	14	2	6	7	
49	1	0	122014	0	-	3	4	2	2	11	-	1	2	2	1	2	2	4	2	1	2	2	1	2	1	2	2	14	1	1	8	
68	1	1	12015	0	-	3	3	3	2	11	-	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	1	1	1	1	1	1	8	1	4	5	
Importance que la vérité pour le																																
5	1	0	-	0	-	3	2	3	2	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	
douleurs et mobilités sans soin proposé																																
19	1	1	82014	1	Dentiste indisponible et non sympathique	3	1	3	3	10	4	3	4	1	2	2	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	-	2	6	7	
71	1	0	12013	1	-	2	2	3	3	10	-	4	2	1	1	1	2	4	4	1	1	2	2	1	2	2	1	12	2	5	5	
83	1	1	112014	0	-	2	3	3	2	10	-	2	2	3	1	3	3	2	4	4	1	1	1	1	1	1	1	8	2	1	5	
95	1	0	12013	0	-	4	2	2	2	10	-	2	1	2	2	2	5	5	5	4	3	3	3	2	3	2	5	1	22	1	5	5
9	1	0	-	0	-	3	2	2	2	9	-	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	2	5	
10	1	0	-	0	-	4	1	2	2	9	-	4	3	2	1	4	4	2	2	1	4	5	3	5	2	2	4	3	28	2	1	5
2 se-maines																																
15	1	0	maînes	0	-	3	2	2	2	9	-	2	2	2	1	1	2	5	5	5	1	3	1	1	1	1	1	10	1	1	5	

31	1	0	72014	0	-	-	1	2	3	3	9	-	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	11	1	1	6	
36	1	0	2012	0	-	-	2	4	2	1	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
37	1	0	-	0	-	-	3	2	2	2	9	-	5	1	1	1	1	1	3	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	-	-	
43	1	0	12013	1	Déménagement	3	1	2	3	9	-	2	1	1	1	1	1	5	2	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2	6	7
44	1	0	22010	0	-	-	3	2	2	2	9	-	4	2	2	2	2	2	2	4	1	2	2	1	1	2	2	1	1	12	2	6	7
63	1	1	72014	1	Importance durée d'attente	3	2	2	2	9	-	4	3	4	4	2	5	5	5	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2	6	7
74	1	0	62014	0	-	-	2	2	2	3	9	-	4	2	2	2	2	1	2	2	3	2	4	1	1	2	3	3	19	1	2	2	
76	1	0	-	1	-	-	3	2	2	2	9	-	2	1	1	1	1	5	5	5	5	1	1	1	5	1	1	1	12	1	4	3	
93	1	0	12015	0	-	-	3	2	2	2	9	-	2	1	2	1	2	2	5	5	2	1	2	1	1	1	1	1	10	1	4	5	
20	1	0	112014	0	-	-	2	2	2	2	8	-	1	2	2	2	1	4	4	1	1	4	4	1	1	1	1	1	17	1	6	7	
21	1	1	102014	0	-	-	2	2	2	2	8	-	2	2	1	1	1	4	2	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2	4	5
70	1	0	-	0	-	-	3	2	2	1	8	-	1	2	1	1	1	4	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	8	2	5	7	
72	1	1	62014	0	-	-	3	1	2	2	8	-	5	2	5	5	1	4	5	5	3	1	2	1	1	1	1	1	1	9	2	4	5
91	1	1	12013	0	-	-	2	1	2	3	8	-	2	2	1	2	3	2	5	4	3	1	5	2	1	1	1	1	2	14	2	6	7
94	1	0	22015	0	-	-	2	2	2	2	8	-	5	1	1	1	1	5	5	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	5	8
99	1	1	42015	0	-	-	3	1	2	2	8	-	2	2	4	-	2	2	2	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2	5	2
1	1	1	22015	0	-	-	2	1	2	2	7	-	4	1	1	1	2	4	4	5	4	1	2	2	1	1	2	2	1	12	2	2	8
3	1	1	102014	0	-	-	2	1	2	2	7	-	4	1	1	1	2	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	-	6	7
25	1	0	-	1	problème	2	1	2	2	7	-	2	1	2	1	1	4	2	4	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	9	1	6	7
33	1	0	-	0	-	-	2	1	2	2	7	-	1	1	1	1	2	4	4	5	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2	1	5
35	1	0	2009	0	-	-	1	2	2	2	7	-	2	1	1	2	2	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	3	5
53	1	1	12014	0	-	-	2	1	2	2	7	-	2	1	2	2	2	2	2	4	4	1	2	1	1	1	2	1	1	10	1	6	7
54	1	0	-	0	-	-	4	1	1	1	7	-	1	1	1	1	1	2	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	5	5
56	1	1	82012	0	-	-	2	2	1	2	7	-	4	1	2	1	2	2	2	5	5	1	1	1	1	2	1	1	1	9	2	1	5
61	1	1	122014	0	-	-	2	1	2	2	7	-	2	1	1	1	2	4	5	5	5	1	2	1	1	1	1	1	1	9	2	4	5
73	1	1	122014	0	-	-	2	1	2	2	7	-	2	2	2	2	2	5	4	4	5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2	3	5
79	1	0	112014	0	-	-	2	1	2	2	7	-	2	1	2	1	1	3	5	5	4	1	2	4	1	1	1	1	1	12	2	2	5
89	1	0	102014	0	-	-	4	1	1	1	7	-	4	1	2	2	1	5	5	4	4	3	2	2	2	2	1	1	14	2	3	8	
Merci équipe																																	
Incertitude sur																																	
degré douleur et																																	
durée																																	
90	1	0	32015	1	retraite	2	1	2	2	7	-	4	2	2	3	2	5	5	5	3	1	1	2	1	1	1	1	1	9	2	1	2	
98	1	0	12015	0	-	-	2	1	2	2	7	-	1	1	2	2	2	5	2	5	2	1	1	1	1	1	1	1	8	2	5	7	
12	1	0	92014	1	déménagement	2	1	1	2	6	-	1	1	1	1	1	2	3	4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	9	2	3	5
28	1	0	102014	0	-	-	2	1	2	1	6	-	2	1	2	1	2	5	5	5	3	1	2	2	1	1	1	1	1	10	1	5	2
40	1	0	2014	0	-	-	2	2	1	1	6	-	2	1	1	1	1	4	3	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2	1	étu- diant
41	1	0	112014	0	-	-	2	1	1	2	6	-	2	1	3	1	1	2	4	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	12	-	6	7
51	1	1	32014	0	-	-	2	1	2	1	6	-	2	1	2	1	1	3	3	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2	1	8
69	1	1	12015	0	-	-	2	1	1	2	6	-	2	2	2	1	1	3	4	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2	3	5

81	1	0	22014	0	-	2	1	1	2	6	-	3	1	1	1	2	5	3	3	3	1	2	1	1	1	1	1	1	9	2	1	5
82	1	1	12015	0	-	1	1	2	2	6	-	2	1	1	1	1	3	5	5	5	1	3	1	1	1	1	1	1	10	2	1	5
6	1	1	2013	1	essai de l'école dentaire	2	1	1	1	5	-	1	1	1	1	1	5	2	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2	6	7
7	1	1	2012	1	compétences douteuses	2	1	1	1	5	détendu puisque sans dent	3	1	3	1	2	3	1	4	2	1	1	5	3	3	3	1	20	1	6	7	
8	1	1	22015	0	-	2	1	1	1	5	-	2	1	1	1	1	5	2	5	2	1	1	1	1	1	1	1	8	2	4	7	
14	1	1	82014	0	-	2	1	1	1	5	-	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	5	
16	1	0	22015	0	-	2	1	1	1	5	état détendu découle du nombre de séances	5	2	2	2	2	3	2	4	2	1	1	1	1	2	1	1	9	1	6	7	
18	1	1	12015	0	-	2	1	1	1	5	musique douce et parfum	2	1	1	4	2	1	2	2	4	2	1	1	1	1	2	2	1	10	1	6	7
30	1	1	112014	0	-	2	1	1	1	5	-	2	1	1	1	1	2	5	5	4	1	1	1	1	1	1	1	8	1	4	5	
32	1	1	2014	0	-	2	1	1	1	5	-	3	1	2	2	1	5	4	5	5	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	5	
34	1	0	10 ans	0	-	2	1	1	1	5	-	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	12	1	2	8	
47	1	0	-	0	-	2	1	1	1	5	-	2	1	3	2	2	4	2	5	1	1	1	2	1	1	1	1	9	1	6	7	
48	1	0	12000	0	-	2	1	1	1	5	-	1	1	1	1	1	2	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	8	2	4	8	
50	1	0	122014	0	-	2	1	1	1	5	-	5	1	1	1	1	3	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2	4	5	
52	1	0	-	1	retraite	2	1	1	1	5	-	2	1	1	1	1	2	4	5	4	1	1	1	1	1	1	1	8	1	4	4	
55	1	1	102012	0	-	2	1	1	1	5	-	2	3	1	1	1	5	2	5	4	1	2	1	1	1	1	1	9	1	1	5	
57	1	1	112013	1	prix élevé	2	1	1	1	5	-	2	1	1	2	1	5	2	5	5	1	1	1	1	1	1	1	8	2	4	7	
58	1	0	12015	0	-	2	1	1	1	5	-	1	2	2	2	2	2	5	4	1	1	3	2	1	1	1	1	11	1	5	7	
60	1	1	-	0	-	2	1	1	1	5	-	2	3	1	1	1	2	2	1	2	3	1	1	1	1	1	3	1	12	2	6	7
65	1	0	-	0	-	2	1	1	1	5	-	1	1	1	1	1	5	5	4	2	1	1	2	1	1	1	1	9	2	4	5	
66	1	1	122014	0	-	2	1	1	1	5	-	4	1	1	1	1	3	5	4	4	1	2	1	1	1	1	1	9	1	2	8	
67	1	1	12014	0	-	2	1	1	1	5	-	4	1	1	1	1	4	3	4	3	1	2	2	1	1	1	1	10	2	3	5	
75	1	0	62014	0	-	2	1	1	1	5	-	2	2	1	1	1	5	5	4	4	1	3	1	1	1	1	1	10	2	2	5	
84	1	1	52014	0	-	2	1	1	1	5	-	2	1	2	2	1	2	1	5	5	1	1	1	1	1	1	1	8	2	1	8	
85	1	1	62014	0	Suivi H3 depuis 2 ans	2	1	1	1	5	-	5	1	3	3	3	3	5	5	5	1	2	1	1	1	1	3	11	2	1	5	
88	1	0	12015	0	-	2	1	1	1	5	-	2	1	1	1	1	4	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	2	5	7	
92	1	0	12010	0	-	2	1	1	1	5	-	4	4	2	2	1	1	4	4	3	1	1	3	1	1	1	1	10	2	3	8	
96	1	0	32014	0	-	2	1	1	1	5	-	2	1	1	1	1	-	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	6	7	
100	1	1	122014	0	-	2	1	1	1	5	-	2	2	1	1	1	2	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	8	1	5	2	
23	1	1	4 ans	1	Déménagement	1	1	1	1	4	-	4	2	2	2	4	2	5	5	5	1	2	1	1	1	1	1	9	2	2	2	
26	1	0	-	1	Hôtel Dieu	1	1	1	1	4	Remerciement équipe	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	1	6	7		
42	1	0	12012	0	-	1	1	1	1	4	-	1	1	1	1	-	1	2	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
80	1	1	92014	0	-	1	1	1	1	4	-	1	1	1	1	1	5	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	8	
97	1	0	42014	0	-	1	1	1	1	4	-	2	1	1	1	1	1	3	5	3	4	1	1	1	1	1	1	8	1	1	5	

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Synthèse de la partie terminologie

Figure 2 : Les voies de transmissions de l'information menaçantes (59)

Figure 3 : Critères diagnostiques de la F40.2 1300.291 Phobie spécifique (36)

Figure 4 : Homonculus sensoriel

BIBLIOGRAPHIE

1. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):21-7.
2. Besançon, Guy. Manuel de psychopathologie [Internet]. Dunod; 1993 [cité 23 avr 2015]. 243 p. Disponible sur: <http://www.decitre.fr/livres/manuel-de-psychopathologie-9782100014521.html>
3. Porritt J, Marshman Z, Rodd HD. Understanding children's dental anxiety and psychological approaches to its reduction: *Children's dental anxiety and psychological approaches*. *Int J Paediatr Dent.* novembre 2012;22(6):397-405.
4. Guinot Jimeno F, Yuste Bielsa S, Cuadros Fernández C, Lorente Rodríguez AI, Mercadé Bellido M. Objective and subjective measures for assessing anxiety in paediatric dental patients. *Eur J Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent.* décembre 2011;12(4):239-44.
5. Darwin C. The Expression of the Emotions in Man and Animals. Oxford University Press; 1998. 514 p.
6. André C. Psychologie de la peur: craintes, angoisses et phobies. Odile Jacob; 2004. 372 p.
7. Faye K, Heng LH, Collomp R, Peroux E. Hypertension et stress. *J Mal Vasc.* 20 mars 2008;28(1):4-8.
8. Selye H. Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Can Med Assoc J.* 3 juill 1976;115(1):53-6.
9. Fink G. Stress Science: Neuroendocrinology. Academic Press; 2010. 812 p.
10. Sillamy N. Dictionnaire usuel de psychologie. Paris: Bordas; 1983.
11. Chemama R, Vandermersch B. Dictionnaire de la psychanalyse. Paris: Larousse; 2009. 602 p.
12. Le Trésor de la langue française informatisé. Panique [Internet]. [cité 16 avr 2015]. Disponible sur: <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=3994135890;>
13. Lang PJ. Experimental studies of fear reduction. *J Dent Res.* déc 1966;45(6):1618-9.
14. Bourassa M. Dentisterie comportementale: manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire. Montréal, Canada, France: Éd. du Méridien : Maclean Hunter Santé; 1998. 421 p.

15. Bourne EJ. Manuel du phobique et de l'anxieux. Editions Eyrolles; 2011. 442 p.
16. Spielberger CD. Anxiety and Behavior. Academic Press; 2013. 431 p.
17. Rayen R, Muthu M, Rao C, Sivakumar N. Evaluation of physiological and behavioral measures in relation to dental anxiety during sequential dental visits in children. Indian J Dent Res. 2006;17(1):27.
18. Berrios G. Anxiety disorders: a conceptual history. J Affect Disord. 1999;56(2):83-94.
19. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev Mal Estar E Subjetividade. mars 2003;3(1):10-59.
20. Littré E. Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire. J.B. Baillière; 1865. 1810 p.
21. Endler NS, Kocovski NL. State and trait anxiety revisited. J Anxiety Disord. 2001;15(3):231-45.
22. Bound F. Anxiety. The Lancet. avr 2004;363(9418):1407.
23. Barker LJ. Preventing anxiety disorders in youth : Universal school-based intervention. [Vancouver]: The university of British Columbia; 2008.
24. Silverman WK, Treffers PDA. Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, Assessment, and Intervention. Cambridge University Press; 2001. 418 p.
25. Freud S. Inhibition, symptôme et angoisse. Éditions Payot; 2014. 122 p.
26. Barlow DH. Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. Guilford Press; 2004. 724 p.
27. Israel JA, Yaffe K. Emotions. In: Daroff MJAB, éditeur. Encyclopedia of the Neurological Sciences [Internet]. New York: Elsevier Science; 2003 [cité 23 avr 2015]. p. 134-8. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B0122268709002884>
28. Ekman P, Oster H. Facial Expressions of Emotion. Annu Rev Psychol. 1979;30(1):527-54.
29. Zajonc RB, Murphy ST, Inglehart M. Feeling and facial efference: Implications of the vascular theory of emotion. Psychol Rev. 1989;96(3):395-416.
30. Boulenger J-P, Lépine J-P, éditeurs. Les troubles anxieux. Paris, France: Médecine sciences publications-Lavoisier, impr. 2014; 2014. xvi+326 p.
31. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Cognition [Internet]. [cité 15 mai 2015]. Disponible sur: <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=cognition>

32. Matsumoto D. The role of facial response in the experience of emotion: More methodological problems and a meta-analysis. *J Pers Soc Psychol.* 1987;52(4):769-74.
33. Frances A, Miele GM, Widiger TA, Pincus HA, Manning D, Davis WW. The classification of panic disorders: From Freud to DSM-IV. *J Psychiatr Res.* 1993;27, Supplement 1:3-10.
34. World Health Organization. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF. International classification of functioning, disability and health : ICF [Internet]. 2001 [cité 7 avr 2015]; Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42418>
35. Cabut S. Psychiatrie : DSM-5, le manuel qui rend fou. *Le Monde.fr* [Internet]. 13 mai 2013 [cité 24 avr 2015]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html
36. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: texte révisé. Elsevier Masson; 2004.
37. Boulenger J-P. De l'anxiété normale aux troubles anxieux [Internet]. 2007 2008 [cité 18 avr 2015]; Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes. Disponible sur: http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_2/MID/Ressources_locales/Psy/MID_PSY_Item_41_191_266_anxiete_troubles_anxieux.pdf
38. Moore SA, Welch SS, Michonski J, Poquiz J, Osborne TL, Sayrs J, et al. Psychometric evaluation of the Overall Anxiety Severity And Impairment Scale (OASIS) in individuals seeking outpatient specialty treatment for anxiety-related disorders. *J Affect Disord.* avril 2015;175:463-70.
39. Hendriks SM, Spijker J, Licht CMM, Beekman ATF, Penninx BWJH. Two-year course of anxiety disorders: different across disorders or dimensions? *Acta Psychiatr Scand.* septembre 2013;128(3):212-21.
40. Sullivan G, Craske MG, Sherbourne C, Edlund MJ, Rose RD, Golinelli D, et al. Design of the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) study: innovations in collaborative care for anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry.* septembre 2007;29(5):379-87.
41. Spence KW, Taylor JA. The relation of conditioned response strength to anxiety in normal, neurotic, and psychotic subjects. *J Exp Psychol.* avr 1953;45(4):265-72.
42. Ayer WA, Domoto PK, Gale EN, Joy ED, Melamed BG. Overcoming dental fear: strategies for its prevention and management. *J Am Dent Assoc* 1939. juillet 1983;107(1):18-27.
43. Varma D. Hypnose et troubles anxieux. Editions L'Harmattan; 2010. 172 p.

44. Hardy-Baylé M-C, Hardy P. Enseignement de la psychiatrie. Wolters Kluwer France; 2003. 324 p.
45. Reuman L, Jacoby RJ, Fabricant LE, Herring B, Abramowitz JS. Uncertainty as an anxiety cue at high and low levels of threat. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. juin 2015;47:111-9.
46. Gentes EL, Ruscio AM. A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev*. août 2011;31(6):923-33.
47. Frost R, Steketee G. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. juill 1997;35(7):667-81.
48. Eysenck MW, Derakshan N. Cognitive biases for future negative events as a function of trait anxiety and social desirability. *Personal Individ Differ*. mai 1997;22(5):597-605.
49. Franklin ZC, Smith NC, Holmes PS. Anxiety symptom interpretation and performance expectations in high-anxious, low-anxious, defensive high-anxious and repressor individuals. *Personal Individ Differ*. avril 2015;77:27-32.
50. Bailly D, Bouvard M, Casadebaig F, Corcos M, Fombonne E, Gorwood P, et al. Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. 2003 [cité 9 avr 2015]. Disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1334>
51. Campbell-Sills L, Norman SB, Craske MG, Sullivan G, Lang AJ, Chavira DA, et al. Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *J Affect Disord*. janvier 2009;112(1-3):92-101.
52. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. mars 1995;33(3):335-43.
53. Hendriks SM, Spijker J, Licht CMM, Beekman ATF, Hardeveld F, de Graaf R, et al. Disability in anxiety disorders. *J Affect Disord*. septembre 2014;166:227-33.
54. Blandin N, Parquet PJ, Bailly D. L'angoisse de séparation : au fil des théories. *Encéphale*. 1994;20(2):121-9.
55. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry*. 1 octobre 2001;158(10):1568-78.
56. Shimada-Sugimoto M, Otowa T, Hettema JM. Genetics of anxiety disorders: Genetic epidemiological and molecular studies in humans. *Psychiatry Clin Neurosci*. 12 mars 2015;
57. Eysenck MW, Derakshan N, Santos R, Calvo MG. Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emot Wash DC*. mai 2007;7(2):336-53.

58. Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. Médecine. 1 décembre 2006;2(10):451-5.
59. Zech E, Timary P de, Billieux J, Jacques H. Articulations clinique-recherche: Autour de la psychopathologie et de la psychiatrie. Presses universitaires de Louvain; 2013. 102 p.
60. Kanegane K, Penha SS, Munhoz CD, Rocha RG. Dental anxiety and salivary cortisol levels before urgent dental care. J Oral Sci. décembre 2009;51(4):515-20.
61. Braestrup C, Nielsen M. Anxiety : Neurotransmitters and CNS disease. The Lancet. 6 novembre 1982;2(8306):1030-4.
62. De Jongh A, Ten Broeke E. Treatment of Specific Phobias With EMDR: Conceptualization and Strategies for the Selection of Appropriate Memories. J EMDR Pract Res. 1 juillet 2007;1(1):46-56.
63. Daroff Jr. RB. Anxiety Disorders, Overview. In: Daroff MJAB, éditeur. Encyclopedia of the Neurological Sciences [Internet]. New York: Academic Press; 2003 [cité 23 avr 2015]. p. 242-7. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B0122268709009564>
64. Brillon P, Marchand A, Stephenson R. Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique. Santé Ment Au Qué. 1996;21(1):129.
65. Vera L. Les thérapies comportementales et cognitives chez l'enfant et l'adolescent: modèles théoriques. 2014 [cité 23 mai 2015]; Disponible sur: http://secure-ecsd.elsevier.com/fr/Ban_Produits/Vera/Vera_Chap.pdf
66. Lefébure C. Une histoire de l'art dentaire. Éditions Privat; 2001.
67. Lecomte O, Tristana D. Les praticiens des armées dans l'histoire de l'art dentaire. Médecine Armées. 2010;38(5):469-76.
68. Baron P. Dentistes et théâtre. Société Fr Hist Art Dent. 2006;16.
69. Vidal F. Regards sur l'histoire de l'art dentaire, de l'époque romaine à nos jours. [cité 24 mai 2015]; Disponible sur: <http://www.academiedentaire.fr/actualites/rubrique/etudes-des-commissions>
70. Potter CM, Kinner DG, Tellez M, Ismail AI, Heimberg RG. Clinical implications of panic symptoms in dental phobia. J Anxiety Disord. octobre 2014;28(7):724-30.
71. Carter AE. Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. World J Clin Cases. 2014;2(11):642.
72. Pasini W, Haynal A, Ferrero F, Abraham G, Cimasoni G. Manuel de psychologie odontologique. Paris, France; 1992. ix+166 p.
73. Ganong W. Physiologie médicale. De Boeck Supérieur; 2005. 868 p.
74. Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. Editions Flammarion; 2011. 140 p.

75. Spitz R. La cavité primitive. *Rev Fr Psychanal.* 1959;23(2).
76. Amzalag A. Codes de la relation dentiste-patient. Elsevier Masson; 2007.
77. Garnier S. Homéopathie et anxiété en odontologie pédiatrique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2003.
78. Didelot A. Principaux aspects psychanalytiques et symboliques de la dent [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Université Henri Poincaré; 2011.
79. Pasini W. La qualité des sentiments. Payot; 1992.
80. Arreto CD, Brunet-Canonne A, Fioretti F. Consulter en odontologie: la relation praticien patient. Rueil-Malmaison, France: Éd. CdP; 2006. 127 p.
81. Farhad Mollashahi N. Adult dental patients with avoidance behaviours. *Int J High Risk Behav Addict.* mars 2015;4(1):e23547.
82. Quenneville I. Adaptation québécoise-française et validation de l'index of dental anxiety and fear (échelle de peur et d'anxiété des traitements dentaires). [Québec]: Université Laval; 2013.
83. Armfield JM. The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. *Aust Dent J.* décembre 2010;55(4):368-77.
84. Enkling N, Marwinski G, Jöhren P. Dental anxiety in a representative sample of residents of a large German city. *Clin Oral Investig.* mars 2006;10(1):84-91.
85. Locker D, Liddell A, Shapiro D. Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study. *Behav Res Ther.* janvier 1999;37(1):25-37.
86. De Jongh A, Oosterink FMD, Kieffer JM, Hoogstraten J, Aartman IHA. The Structure of Common Fears: Comparing Three Different Models. *Am J Psychol.* 21 juin 2011;124(2):141-9.
87. Bradley MM, Silakowski T, Lang PJ. Fear of pain and defensive activation. *Pain.* juillet 2008;137(1):156-63.
88. Bahammam MA, Hassan MH. Validity and reliability of an Arabic version of the modified dental anxiety scale in Saudi adults. *Saudi Med J.* 9 novembre 2014;35(11):1384-9.
89. Armfield JM. Development and psychometric evaluation of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+). *Psychol Assess.* juin 2010;22(2):279-87.
90. Armfield J. Australian population norms for the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C). *Aust Dent J.* 1 mars 2011;56(1):16-22.
91. Paulhan I. Le concept de coping. *Année Psychol.* 1992;92(4):545-57.
92. Lauth H. Dental Phobia. *Br J Psychiatry.* 1 août 1971;119(549):151-8.

93. Rachman S. The determinants and treatment of simple phobias. *Adv Behav Res Ther.* 1990;12(1):1-30.
94. Townend E, Dimigen G, Fung D. A clinical study of child dental anxiety. *Behav Res Ther.* janvier 2000;38(1):31-46.
95. Davey GCL. Dental phobias and anxieties: Evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear. *Behav Res Ther.* janvier 1989;27(1):51-8.
96. Öst L-G, Hugdahl K. Acquisition of blood and dental phobia and anxiety response patterns in clinical patients. *Behav Res Ther.* janvier 1985;23(1):27-34.
97. De Jongh A, Bongaarts G, Vermeule I, Visser K, De Vos P, Makkes P. Blood-injury-injection phobia and dental phobia. *Behav Res Ther.* octobre 1998;36(10):971-82.
98. Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ. Are people with dental fear under-represented in oral epidemiological surveys? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* juin 2009;44(6):495-500.
99. Kirova DG, Atanasov DT, Lalabonova CK, Janevska S. Dental anxiety in adults in Bulgaria. *Folia Med (Plovdiv).* juin 2010;52(2):49-56.
100. Monbet V. Tests statistiques Notes de cours [Internet]. 2009 [cité 23 mai 2015]; Université de Rennes 1. Disponible sur: http://perso.univ-rennes1.fr/valerie.monbet/doc/cours/Cours_Tests_2009.pdf
101. Astrøm AN, Skaret E, Haugejorden O. Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway: time trends from 1997 to 2007. *BMC Oral Health.* 2011;11:10.
102. Pierce KA, Kirkpatrick DR. Do men lie on fear surveys? *Behav Res Ther.* juill 1992;30(4):415-8.
103. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Dental anxiety in an emergency dental service. *Rev Saúde Pública.* décembre 2003;37(6):786-92.
104. Standing Dental Advisory Committee. Conscious sedation in the provision of dental care : report of an Expert Group on Sedation for Dentistry. London: Departement of Health; 2003.
105. Authier L, Daigle J-P, Haig M, Leroux R-P, Paquin C, Prigent E, et al. Utilisation de la sédation-analgésie: lignes directrices du Collège des médecins du Québec. Montréal: Collège des médecins du Québec; 2009.
106. Folayan MO, Faponle A, Lamikanra A. A review of the pharmacological approach to the management of dental anxiety in children. *Int J Paediatr Dent.* 2002;12(5):347-54.
107. Al-Zahrani AM. Effect of combining nitrous oxide with oral midazolam on the sedation of young dental patients. 2007 [cité 5 mai 2015]; Disponible sur: <http://repository.ksu.edu.sa/jspui/handle/123456789/8814>

108. CISMeF Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française. Sédation profonde [Internet]. [cité 8 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.chu-rouen.fr/page/sedation-profonde>
109. Berthet A. Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant. Quintessence International; 2006. 125 p.
110. Lamendin H, Tramini P. Plantes médicinales bucco-dentaires du Languedoc-Roussillon. [cité 9 mai 2015]; Disponible sur: http://www.pdfarchive.info/pdf/L/La/Lamendin_Henri_-_Tramini_Paul_-_Plantes_medicinales_bucco-dentaires_du_Languedoc-Roussillon.pdf
111. Buhaj I. Homéopathie, aromathérapie et odontologie chirurgicale péri-opératoire [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2014 [cité 16 mai 2015]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00978882/document>
112. Boukhobza F. Stress au cabinet dentaire. juill 2014 [cité 16 mai 2015];(18). Disponible sur: http://www.dental-tribune.com/printarchive/download/document/29148/file/4717b894d460feda106ad125aaa2c782_18-18.pdf
113. Léger J. L'homéopathie dentaire, en dix remèdes et plus– [Internet]. Le Courrier du livre; 1991 [cité 16 mai 2015]. Disponible sur: http://docteurjeanleger.free.fr/homeopathie_dentaire.pdf
114. Festy D, Thibault D. Ma bible des huiles essentielles. édition de luxe. Paris: LEDUC.S; 2014. 552 p.
115. Lehrner J, Marwinski G, Lehr S, Jhren P, Deecke L. Ambient odors of orange and lavender reduce anxiety and improve mood in a dental office. *Physiol Behav.* septembre 2005;86(1-2):92-5.
116. Kritsidima M, Newton T, Asimakopoulou K. The effects of lavender scent on dental patient anxiety levels: a cluster randomised-controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol.* février 2010;38(1):83-7.
117. Fontaine O, Fontaine P. Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive. Retz; 2011. 675 p.
118. Mirabel-Sarron C, Vera L. L'entretien en thérapie comportementale et cognitive - 4e éd. Dunod; 2014. 250 p.
119. Larousse - Dictionnaire de français. Hypnose [Internet]. [cité 25 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hypnose/41134>
120. Wehbe J, Safar Y. Hypnose et kinésithérapie. *Kinésithérapie Rev* [Internet]. [cité 18 mai 2015]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012315000832>
121. Bioy A, Keller P-H. Hypnose clinique et principe d'analogie: Fondements d'une pratique psychothérapeutique. De Boeck Supérieur; 2009. 220 p.

122. Vanhaudenhuyse A, Boveroux P, Boly M, Schnakers C, Bruno M-A, Kirsch M, et al. Hypnose et perception de la douleur. *Rev Médicale Liège*. 2008;63(5-6).
123. Bioy A, Crocq L, Bachelart M. Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. novembre 2013;171(9):658-61.
124. Larousse - Dictionnaire de français. Relaxation [Internet]. [cité 25 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relaxation/67859>
125. Nubukpo P, Peugnet C. Renaissance de la relaxation dans le dispositif des psychothérapies. Penta. Paris: Editions L'Harmattan; 2013.
126. Meyer C, Boch-Jacobsen M, Cottraux J, Pleux D, Van Rillaer J. Les thérapies cognitivo-comportementales : la psychologie scientifique au service de l'humain. *Le livre noir de la psychanalyse*. Paris: Les Arènes; 2005. p. 725-53.

ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ VIS À VIS DES SOINS DENTAIRES AU CHU DE TOULOUSE EN 2015

RÉSUMÉ

L'odontophobie est un problème largement répandu au sein de la population. Pour les patients concernés, les difficultés à consulter, voire les comportements d'évitement, ont de multiples conséquences sur la santé buccodentaire et la qualité de vie.

La prise en charge de l'anxiété dentaire nécessite des compétences particulières de la part des praticiens pour assurer une thérapeutique et un suivi adaptés.

Le travail de recherche s'est basé sur les processus physio-somatiques, comportementaux, cognitifs et émotionnels qui caractérisent les troubles anxieux.

L'élaboration d'un questionnaire, puis, le recueil des données au sein du CHU sur la prévalence de l'odontophobie, ses supports et ses conséquences, ainsi que leur analyse statistique ont permis d'apporter quelques éléments pour caractériser et appréhender cette phobie.

TITRE EN ANGLAIS : Evaluation of anxiety regarding dental care in 2015 at the CHU at Toulouse

RÉSUMÉ EN ANGLAIS

The fear of dentists is a widespread problem within the population. For those patients concerned, the difficulties of consulting and indeed avoidance behaviour, have multiples consequences on oral health and quality of life.

Handling dental anxiety necessitates particular skills by the practitioner to ensure care that is suitable and therapeutic.

The research was based on the physio-somatic, behavioral, cognitive and emotional processes that characterize anxiety disorders.

The development of a questionnaire and data collection within the CHU on the prevalence of odontophobia, its supports and its consequences, as well as their statistical analysis brings to light some elements that allow us to characterize and understand this phobia.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS CLÉS : Anxiété dentaire, odontophobie, prévalence hospitalière, questionnaire patient.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Marie GURGEL-GEORGELIN