

# Six techniques simples pour aider les patients anxieux

*Comment aider ces patients à surmonter leurs angoisses et à en prévenir les récurrences par des moyens simples*

Walter A. Weilenmann<sup>1</sup>, Hanna Egli-Bernd<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médecin-dentiste, cabinet privé, Wetzikon

<sup>2</sup> Psychologue, cabinet de psychothérapie pour enfants et adultes, Wetzikon

Mots clés: patients anxieux, traumatisme psychique par soins dentaires, pédodontie, coopération, psychologie en médecine dentaire

Adresse pour la correspondance:  
Dr méd. dent. Walter Weilenmann  
Zentralstrasse 4  
CH-8623 Wetzikon  
E-mail: w.weilenmann@hispeed.ch

Traduction française de Thomas Vauthier

(Illustrations et bibliographie voir texte allemand, page 699)

## Introduction

Dans leur clientèle, les médecins-dentistes sont confrontés à environ 10 à 50% de patients anxieux. La méthode la plus fréquemment appliquée pour aider de tels patients est probablement celle du «tell – show – do», comme l'ont rapporté CROSSLEY & JOSHI en 2002 pour la Grande-Bretagne. Or, dans bien des cas, cette méthode n'est pas très efficace, même si elle est facile à mettre en pratique et qu'elle n'altère pas l'état de conscience normal du patient (contrairement à la narcose, le protoxyde d'azote et l'hypnose, par exemple). Les origines du «tell – show – do» sont issues de la pédagogie «behavioriste» (comportementaliste) des années 60 du siècle passé. Depuis lors, la psychologie a réussi à déterminer et à mettre en évidence les fonctions de différentes régions du cerveau à l'aide de techniques d'imagerie sophistiquées, telles que l'IRM ou la TEP. L'avènement de ces procédés a entraîné une augmentation considérable des connais-

Le présent travail avait pour but de trouver des modalités thérapeutiques, étayées par des bases scientifiques, qui seraient susceptibles d'aider le médecin-dentiste dans la prévention des traumatismes psychogènes lors des soins dentaires. Force est de constater que les recherches neuro-cérébrales actuelles montrent à ce propos que certaines techniques simples permettent d'intervenir de façon très directe dans les réactions de la peur et de l'anxiété. Il était dès lors tentant d'essayer, chez les patients anxieux, de réduire par ces méthodes la peur, respectivement l'anxiété, avant le traitement et d'en prévenir les récurrences durant le traitement. Ces procédés se sont d'emblée avérés extrêmement efficaces chez les enfants. Nous avons même constaté que des patients anxieux plus âgés réagissent également bien à ces méthodes. Sur un plan général, les techniques présentées dans ce travail sont destinées à élever le traitement en général à un niveau émotionnel plus confortable, ce qui améliore rapidement la coopération du patient, renforce sa confiance vis-à-vis du praticien traitant et le fidélise quant à ses attaches en tant que «client» du cabinet.

sances et a stimulé le développement de nouvelles méthodes psychothérapeutiques très efficaces, en particulier dans le traitement des angoisses et de l'anxiété, parmi lesquelles il convient d'évoquer la thérapie EMDR<sup>1</sup> à titre d'exemple le plus démonstratif (SHAPIRO & SILK 1997).

Dans l'espoir qu'il serait possible d'aider les enfants à surmonter leur peur ou anxiété lors des soins au cabinet dentaire, l'auteur a invité une psychothérapeute pour le superviser et le conseiller à ce propos. La spécialiste lui a dès lors recommandé, d'une part,

<sup>1</sup> La thérapie EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) est une approche psychothérapeutique neuro-émotionnelle de désensibilisation et de retraitement des informations faisant appel à la stimulation sensorielle par des mouvements oculaires, des stimuli auditifs ou cutanés, pour faciliter une résolution rapide des symptômes liés à des événements traumatiques du passé. Cette thérapie trouve ses racines dans la psychanalyse, la thérapie cognitive comportementale, la médecine humaniste, les thérapies systémiques et les thérapies brèves centrées sur la personne.

de proposer aux enfants une boisson sucrée avant le traitement afin d'élever le seuil de la douleur et, d'autre part, de les inciter à parler à leur guise **durant le traitement**, ainsi que de faire de fréquentes pauses pour mieux contrôler leur anxiété. Ces conseils se sont avérés très efficaces dès le départ. Par la suite, l'étude des mécanismes fondamentaux à l'origine de ces conseils a permis à l'auteur de trouver deux autres moyens permettant de réduire les angoisses (un linge humide frais placé sur le front et la présentation d'images simples, voir plus loin). Sur la base de ces expériences, et du fait que l'état d'anxiété a le plus souvent des origines psychogènes, l'auteur propose une démarche thérapeutique douce et le plus possible exempte de stimuli désagréables.

### Considérations physiologiques et psychologiques fondamentales de l'anxiété

L'amygdale cérébelleuse est le «relais» central des émotions dans le cerveau (fig. 1). Elle est connectée de manière réciproque aux centres corticaux et sous-corticaux. Elle reçoit, par exemple, des signaux afférents du tronc cérébral (mouvements), du thalamus (signaux visuels, auditifs, sensibilité) et de l'hippocampe (mémoire non focalisée). En même temps, l'amygdale traite également des signaux provenant du cortex, tels que des souvenirs détaillés et précis ayant trait aux odeurs, aux émotions, aux images, aux sons, aux paroles, etc. Elle évalue ces signaux afférents de manière «hédoniste» et émotionnelle, créant de la sorte une sensation de joie ou de peur, par exemple, en incitant les régions cérébrales voisines à créer des réactions en conséquence dans le corps entier et dans les centres de la mémoire. L'amygdale est également appelée le «centre de l'anxiété et de la peur», et son rôle dans ce contexte a été décrit de manière exhaustive dans la littérature, par exemple dans une publication de LEDOUX (2003).

### Réactions dans l'organisme

L'organisme humain réagit très rapidement aux impulsions provenant de l'amygdale, du fait que la longueur des voies de communication avec les centres végétatifs et moteurs correspond à celle d'un seul neurone (cf. les flèches rouges dans la fig. 1). Ces centres réagissent de la façon suivante (pour ne citer que quelques exemples): le thalamus stimule ou supprime la voie nociceptive (douleurs); l'hypothalamus adapte la respiration, la fréquence cardiaque et la pression artérielle; le nerf trijumeau (V), qui sort au niveau de la protubérance annulaire (ou pont de Varolus), influence les glandes salivaires, ainsi que les mouvements de mastication et de déglutition; le nerf vague (X) se propage du bulbe (*medulla oblongata*) en direction des glandes sudoripares et vers l'estomac; il est responsable de l'état de repos ou des réactions de fuite ou de défense, ainsi que de la réaction primitive consistant à «faire le mort» («Totstellreflex») ou akinésie; l'hypophyse sécrète des hormones de bien-être ou de stress, selon la situation. Toutes ces réactions émanent des structures sous-corticales et sont de ce fait autonomes et indépendantes de la volonté. Si ces réactions, dans des situations périlleuses, assurent souvent la survie, elles sont en revanche fort gênantes lors des soins dentaires. Le patient peut tout au plus essayer de les atténuer ou de les supprimer, tant bien que mal, par la volonté. Toutefois, si le patient souffre trop d'une situation trop traumatisante, il ne reviendra sans doute pas une deuxième fois au cabinet.

### Réactions au niveau de la mémoire

Les effets de l'amygdale au niveau de la mémoire sont tout aussi importants, mais les voies des réactions sont bien plus complexes

et par conséquent un peu plus lentes. La partie consciente de la mémoire se compose d'une part de l'hippocampe, siège d'informations simples et floues, et, d'autre part, du cerveau, qui stocke et gère les souvenirs détaillés et interconnectés en réseau.

Lorsque l'amygdale signale au patient un état émotionnel normal, les souvenirs sont stockés directement dans la mémoire du long terme, en d'autres termes, l'hippocampe et le cerveau «archivent» la séance de façon bien coordonnée, sous forme d'une histoire complète, à laquelle le patient pourra ultérieurement accéder de nouveau à tout moment. Des aspects y relatifs, tels que des images, des sentiments, des émotions, des sensations sensorielles, le moment de l'évènement, l'état subjectif, l'estime de soi et la pondération qualitative en font partie. Ces «données» sont archivées dans les zones compétentes du cerveau et elles sont toutes connectées les unes aux autres. Ainsi, l'hémisphère cérébral droit enregistre plutôt des images, des sentiments, des entités acoustiques et somatiques de la mémoire, alors que l'hémisphère cérébral gauche est surtout responsable de nos pensées intellectuelles et abstraites, de même qu'il est le siège de la parole. Les informations relatives au temps et, par exemple, la maîtrise de soi sont liées aux lobes frontaux du cerveau.

Il en va autrement si un évènement dépasse les capacités cérébrales de «traitement» et de stockage des informations ou si la personne n'arrive pas à absorber un influx massif de sentiments, ou encore que l'amygdale signale une forte peur (facilement reconnaissable chez les enfants par une réaction d'akinésie, par exemple, cf. fig. 1). Dans de telles situations, les hormones de stress bloquent l'hippocampe, ce qui a comme conséquence que des neurones y dégénèrent et que les structures impliquées ne sont pas capables de former une mémoire à long terme. De même, les connexions entre l'hémisphère droit et gauche et vers les lobes frontaux s'en trouvent entravées. Ces phénomènes sont susceptibles d'entraîner surtout des déficits fonctionnels de l'hémisphère gauche, comme une perte temporaire de la parole ou des troubles de la perception rationnelle; pour ces raisons, au lieu d'enregistrer une histoire ordonnée, le cerveau ne stocke que des éléments isolés («fragments») sans liens synaptiques avec les autres régions cérébrales, comme le centre de la parole par exemple. Cet état est considéré comme étant traumatique.

### Conséquences du traumatisme

Lorsque cet état se prolonge pendant un certain temps et que l'enfant éprouve des situations désagréables, des «fragments» ayant une qualité de douleur s'installent. Les fragments sont des éléments de la mémoire qui ne sont pas reliés à d'autres aires neuronales (par exemple, le centre de la parole) à part l'amygdale. La vie durant, ils ne provoquent que des sentiments intenses se manifestant sous forme de «flash-back» ou de cauchemar, voire activés par certains stimuli «gâchette» (triggers). A titre d'exemple du phénomène, on peut évoquer la peur de la seringue. La seringue, que ce soit en tant qu'objet réel, ou seulement prononcé comme parole, déclenche au niveau de la mémoire le souvenir d'un vécu traumatique. Par la suite, l'amygdale fait ressortir dans le présent les sentiments et comportements de l'évènement passé comme si celui-ci se passait ici et maintenant. De ce fait, le sujet peut ressentir des douleurs somatiques même lorsqu'il n'y a aucune cause objective au moment actuel.

Si un enfant tombe dans un état d'akinésie au cabinet dentaire et qu'il est impossible de communiquer avec lui, il y a lieu d'interrompre aussitôt la séance et de confier l'enfant à sa mère ou la personne qui l'accompagne, afin qu'il puisse récupérer et reprendre ses esprits. Il ne faudrait en aucun cas essayer de poursuivre de force le traitement, voire même de procéder à des interven-

tions douloureuses, car le risque de provoquer un traumatisme psychique durable est trop important.

### Aspects ontogénétiques de la psychologie de l'anxiété

Les centres sous-corticaux sont mûrs dès la naissance, l'amygdale le sera quelques mois plus tard. Dès le quatrième mois, même les nourrissons manifestent des réactions de peur plus ou moins prononcées lorsqu'ils sont exposés à des stimuli extérieurs. Ces différences sont causées aussi par des facteurs d'ordre génétique. Ainsi, LESCH et coll. (1996) supposent l'existence de 10 à 15 gènes liés à la peur. Ils en ont identifié le premier chez environ 30% des adultes et ont démontré la susceptibilité plus élevée aux angoisses qui en résulte. Le gène modifie le métabolisme de la sérotonine et, selon HARIRI et coll. (2002), les personnes concernées présentent à l'IRM une activité plus importante de l'amygdale, ainsi que, selon HERMAN et col. (2003), une consommation plus importante d'alcool. Pour ces raisons, force est de constater que bon nombre d'enfants peureux n'y peuvent rien de leur susceptibilité accrue aux traumatismes psychiques. De même, il est un fait que leurs parents ont souvent un comportement particulier en matière d'anxiété ou de peur, comportement que les enfants adoptent par la suite en apprenant.

Dès la troisième année de la vie, l'hippocampe arrive à maturité et permet ainsi de former les premiers souvenirs, encore flous, mais marquants. Jusqu'à la sixième année, l'enfant se trouve dans une phase dite *pré-opératoire*; il continue à percevoir le monde extérieur en grande partie de façon non différenciée, ne pense que de manière partiellement logique, ne sépare pas les éléments importants des informations non importantes, n'obéit pas bien aux instructions, etc. Par rapport aux adultes, il comprend de façon différente la démarche du «tell – show – do», opérationnelle; il la comprend essentiellement sur le plan émotionnel et non en tant que préparation au traitement. L'enfant vit plus facilement les dangers comme des situations mettant en péril son existence (cf. fig. 6) et un traumatisme psychique à cet âge risque de perturber l'ensemble du développement de la personnalité! Ce n'est qu'à partir de l'âge de six à douze ans que la pensée concrète, opérationnelle, se met en place. Toutefois, les enfants jusqu'à l'âge de huit ans régressent facilement vers la phase antérieure. Les signaux de peur sont très puissants à cet âge. Ainsi, un garçon de dix ans, par exemple, d'apparence calme à l'extérieur, peut accuser une fréquence cardiaque de plus de 100 pulsations par minute lorsqu'il est installé sur le fauteuil. Nonobstant cela, il est nettement plus coopératif qu'un enfant plus jeune, et il est capable de se maîtriser lui-même et de supprimer avec succès son anxiété pendant un bref laps de temps.

Dès l'âge de 16 à 18 ans, le cortex arrive à maturité. Les jeunes adultes, lorsqu'ils font partie des patients anxieux, essayent de se contrôler – par exemple avant une extraction de dent de sagesse – par un tonus maximal du système nerveux sympathique. Or, cette situation peut facilement se renverser après l'extraction – en raison de l'épuisement, du soulagement et d'un besoin de récupération –, aboutissant alors à un tonus maximal du nerf vague, donc du système nerveux parasympathique, ce qui entraîne une subite dilatation vasculaire et finalement une syncope vaso-vagale.

Dans les années qui suivent, le développement du cerveau continue pendant l'apprentissage, le travail, les exercices, etc., par la modification permanente des relais synaptiques. Chaque fois que l'on parle d'un souvenir, la mémoire y relative est modifiée. Les fragments sont exclus de ces remaniements, du fait qu'ils ne sont pas accessibles à la parole. Chez les patients anxieux plus âgés, la fréquence cardiaque et la pression artérielle sont moins sujettes à des paroxysmes que chez l'enfant et leurs sentiments

d'angoisse sont moins prononcés, entre autres pour la raison que le taux de sérotonine s'est réduit de moitié à cet âge (METZLER et coll. 1998). En dépit de cela, les signes de l'anxiété sont clairement reconnaissables: réflexe nauséux, sensation d'étouffement, crispation des lèvres et des joues, contraction et durcissement de la langue, perspiration au niveau du front, insomnies avant le prochain rendez-vous de traitement, une certaine logorrhée au début de la séance de traitement, etc.

Alors que le stimulus sucré, présenté ci-après, s'avère en premier lieu bénéfique pour les jeunes patients anxieux, il est étonnant de constater que les autres techniques évoquées par la suite accusent des échos favorables chez pratiquement tous les patients anxieux d'autres classes d'âge, bien que leur angoisse se manifeste chez eux de manière tout à fait différente.

### Réduire l'anxiété

Trois modalités thérapeutiques contre l'anxiété sont actuellement bien comprises du point de vue scientifique. Elles atteignent l'amygdale non pas indirectement via les voies complexes du cerveau (à l'instar, par exemple, du «tell – show – do»), mais directement, en suivant les principes physiologiques, *via* les centres sous-corticaux, reliés par des connexions bien plus simples. Il est évident que la réduction de l'anxiété ne peut être obtenue qu'à condition que l'ambiance générale dans la salle de traitement soit confortable, c'est-à-dire accueillante, calme, empathique et tenant compte des désirs du patient. Passons donc en revue le stimulus sucré, le stimulus par le froid sur le front et la présentation d'une image simple.

#### 1<sup>re</sup> technique: Le stimulus sucré

*Mode d'action:* Le stimulus sucré agit *via* la voie gustative (fig. 2). Il est déclenché dans les bourgeons du goût sur le dos de la langue et se propage par le nerf lingual et le tronc cérébral jusqu'au thalamus (centre gustatif). La prédilection pour le goût sucré est innée (DITSCHERLEIN & LENTZE 1996). Chez le nouveau-né et les enfants âgés entre 8 et 11 ans, un stimulus sucré entraîne une analgésie générale marquée, et l'amygdale réagit après huit secondes déjà, comme l'ont montré O'DOHERTY et coll. (2001) chez des personnes adultes. En outre, la fréquence cardiaque se ralentit quelque peu, de même que le patient se sent mieux et plus courageux (probablement en raison de la libération de bêta-endorphines).

*Mise en pratique:* Le stimulus sucré est le plus efficace chez les enfants (en cas de stress, les adultes n'aiment pas «charger» l'estomac). Les succédanés artificiels du sucré conviennent également fort bien (RAMENGI et coll. 1996), à condition que l'enfant en aime le goût. Il suffit, par exemple, de simplement tendre à l'enfant un verre rempli d'une boisson sucrée et de lui poser la question: «Est-ce que tu aimerais ça?». Il est important de laisser l'enfant boire sans hâte et en toute tranquillité. En général, le petit patient va visiblement se calmer et surmonter son anxiété. Il va s'éveiller, regarder autour de lui et s'installer plus confortablement sur le fauteuil. C'est le moment de faire glisser le fauteuil dans une position plus couchée et de commencer tout doucement le traitement – tout en respectant les règles destinées à prévenir les récurrences de l'anxiété expliquées plus loin.

#### 2<sup>e</sup> technique: Le stimulus par le froid

*Mode d'action:* Le stimulus par le froid atteint le tronc cérébral *via* le nerf frontal et se propage ensuite jusqu'à l'hypothalamus (fig. 3). Un linge froid placé sur le front entraînera alors quatre effets: d'abord, il déclenche immédiatement un réflexe d'éveil provenant du système réticulaire ascendant (SRAA) de la formation réticulaire.

Ensuite, en l'espace de 30 secondes, la pression artérielle augmente de 20 à 40 mm Hg (HANNINEN 1986). Cette réaction est due au mécanisme de thermorégulation du système nerveux sympathique de l'hypothalamus qui tend à «centraliser» le sang circulant pour assurer l'homéostasie thermique (réflexe cutané). Après 60 secondes, la fréquence cardiaque se ralentit de 10 à 20 pulsations par minute. Cet effet bradycardisant ne peut être déclenché que dans les régions du front et des yeux (SCHAGATAY & ANDERSSON 1998). La réaction représente une mesure d'économie d'oxygène qui est assurée par le système nerveux parasympathique, du fait que ce dernier interprète la sensation de froid sur le front comme une situation d'immersion subaquatique. Et finalement, le froid refroidit naturellement le cerveau *via* les veines émissaires (p.ex., veine émissaire pariétale, ZENKER & KUBIK 1996). Ces canaux veineux, faisant communiquer, à travers la calotte crânienne, les sinus crâniens et les veines extracrâniennes, n'ont pas de valvules. Les veines émissaires transportent le sang chaud du cerveau vers le front et, en sens inverse, acheminent le sang refroidi vers le cerveau. Le cerveau dégage de la chaleur du fait que durant l'épisode d'anxiété, les neurones brûlent de grandes quantités de sucre en raison de l'activité de l'amygdale et des centres végétatifs adjacents (l'anxiété constitue un effort cérébral considérable). L'ensemble de ces réactions réduit les sensations d'anxiété: lorsque le patient anxieux entre dans la salle de traitement, il a typiquement une fréquence cardiaque accélérée, une pression artérielle plutôt basse (tendance à la syncope vaso-vagale) et un état d'éveil réduit en raison du stress. Suite aux modifications autonomes évoquées, l'amygdale évalue les nouveaux paramètres circulatoires, les juge favorables et interrompt la libération des hormones de stress.

*Mise en pratique:* Le stimulus par le froid est une méthode idéale avant des interventions chirurgicales chez les patients adultes jeunes et, en association avec une boisson sucrée, chez les enfants anxieux suite à des expériences antérieures traumatisantes chez le médecin ou le médecin-dentiste. Certains patients souhaitent même garder le linge froid sur le front durant toute la durée du traitement. Dans ces cas, il est indispensable de retourner le linge de temps en temps et de le refroidir à nouveau, du fait qu'il a tendance à se réchauffer assez rapidement, ce qui le rend inefficace. Les patients ayant des joues chaudes apprécient un linge froid supplémentaire placé sur la région du menton, des joues et du cou. Il est préférable de préparer le linge froid en dehors du champ visuel du patient et, juste avant de le placer, de lui poser la question: «est-ce que c'est agréable?» ou «est-ce que ça fait du bien?». Dans des cas exceptionnels, le patient sera réticent ou gêné en raison d'un mauvais souvenir de sa jeunesse, ou une patiente va demander, consternée, si le linge froid est placé à titre de préparation à un acte extrêmement pénible. Il suffit alors de calmer brièvement le patient et de reposer la question de savoir si le linge frais ne lui procure pas une sensation agréable. Or, dans la plupart des cas, la réponse sera: «oui, ça fait du bien». Une telle réponse donnera au praticien la certitude qu'il s'agit bien d'un patient éprouvant de l'anxiété, mais dont les paramètres circulatoires se stabiliseront à des valeurs plus normales en l'espace de quelque deux à trois minutes, en même temps que le patient surmontera la crise et maîtrisera mieux les symptômes subjectifs et objectifs de son anxiété. Il convient de noter un autre effet secondaire bienvenu: l'augmentation de la pression artérielle assure un meilleur remplissage de l'alvéole après une extraction et, par conséquent, la formation d'un caillot stable.

### 3<sup>e</sup> technique: Présentation d'une image simple

*Mode d'action:* Après le passage par le chiasma optique, la voie visuelle atteint un centre primaire dans le thalamus et un centre

secondaire dans le cortex visuel (*cf.* fig. 1). Les réflexes primaires (visage angoissé, serpent) sont directement évalués dans l'amygdale sur le plan émotionnel, avant même que l'image ne soit perçue de manière consciente. En revanche, les événements ou les objets techniques (accident de voiture, unit dentaire) ne peuvent générer de l'anxiété qu'après leur interprétation au niveau du cortex. Dans des situations d'anxiété, les stimuli visuels sont plus efficaces que les arguments verbaux, du fait qu'ils déclenchent des processus non verbaux spécifiques relevant de l'imagination spatiale.

*Mise en pratique:* A l'aide d'une image simple, assez grande (une radiographie agrandie projetée sur l'écran installé à côté du fauteuil convient très bien), on peut par exemple montrer au patient que la carie ou l'obturation est très proche de la pulpe («du nerf de la dent») ou que les racines de la dent à extraire sont très courtes, etc. Cette démonstration visuelle est très utile dans les situations dans lesquelles le patient, en raison de son anxiété, refuse l'anesthésie ou l'extraction d'une dent. Scène typique: «Non, non, noon! Je préfère mourir, ça ne me fait rien, mais j'veux pas de piqûre, je ne supporterai jamais!» Ce faisant, en votre qualité de praticien, vous savez pertinemment que, sans anesthésie, le patient ne fera que gémir, de pleurer et de se tortiller sur le fauteuil, et qu'il sera incapable de maîtriser ses mouvements dus aux réflexes défensifs. Au lieu de parlementer à tort et à travers, il est préférable dans de telles situations d'essayer de convaincre le patient à l'aide d'une représentation visuelle qu'il sera plus facilement à même de comprendre.

### Prévenir la récurrence de la crise d'anxiété

Durant le traitement, il convient de veiller à ce que le patient ne retombe pas dans un état d'anxiété. Les trois méthodes suivantes sont préconisées à cet effet: soigner le patient avec le plus de ménagement possible, l'inciter souvent à s'exprimer verbalement et lui accorder des pauses à des intervalles plus fréquents que d'habitude.

### 4<sup>e</sup> technique: Soigner avec ménagement

*Mode d'action:* Les capteurs nociceptifs périphériques transmettent les stimuli algiques déclenchés par des lésions tissulaires vers le thalamus, via les voies afférentes rapides de la douleur (fig. 4). Quelques millisecondes seulement après le stimulus, des neurotransmetteurs excitateurs y apparaissent dans les synapses, par exemple lorsqu'une fibre A-delta du nerf trijumeau est lésée dans la pulpe ou la gencive. Le degré d'intensité de la douleur déclenchée par la lésion est déterminé par les modulateurs de la douleur qui sont situés dans les centres sous-corticaux et corticaux. En cas d'une très forte douleur, ces derniers peuvent même supprimer complètement la sensation de douleur; inversement, ils peuvent parfois déclencher une sensation de douleur intense en cas de lésion imaginaire. Le stimulus sucré est un modulateur sous-cortical de la douleur, alors que le fait d'apercevoir une seringue peut activer un modulateur cortical de la douleur agissant dans le sens opposé. Pour ces raisons, la notion de soigner avec ménagement implique également qu'il faut éviter de confronter le patient anxieux à tous les objets ou actes qu'il ressent – de manière purement subjective – comme désagréables. Sinon, il risque de ressentir des douleurs malgré la meilleure anesthésie possible!

*Mise en pratique:* Si un enfant relativement âgé a peur de l'anesthésie, on peut éventuellement tenter de faire une *anesthésie d'essai* en ayant recours à la méthode du «tell – show – do». Les enfants plus jeunes (âgés de moins de huit ans) sont soumis à

l'influence prédominante de l'hémisphère droit du cerveau et auraient de la peine, en situation de stress, de suivre la logique du «tell – show – do». La procédure de l'anesthésie d'essai se déroulera par exemple de la manière suivante: en plaçant la pointe de la sonde sur le dos de la main de l'enfant, le praticien exerce une pression sourde, de sorte que le petit patient puisse se représenter la douleur de l'injection. On applique ensuite une petite quantité de pâte anesthésiante (p.ex. Solcoseryl® pâte adhésive dentaire, ICN Pharmaceuticals Switzerland AG, Birsfelden, Suisse) dans le repli de la lèvre inférieure et on laisse agir environ une minute. Puis, à condition que le patient soit disposé à continuer, on peut lui faire sentir la pénétration de l'aiguille. Pour ce faire, on place une aiguille fine de 0,3 mm de diamètre sur la zone anesthésiée par la pâte, en choisissant un angle obtus, et on fait doucement glisser la lèvre inférieure par dessus, de sorte que la pointe pénètre à peine de 1 à 2 millimètres dans la muqueuse; puis, on la retire immédiatement et sans injecter. Lors de la prochaine séance, l'enfant aura déjà fait connaissance avec cette façon douce de piquer, ainsi que la sensation d'une région «endormie» qui persiste pendant un certain temps avant la phase de «réveil» subséquente. Averti de la sorte, le petit patient sera probablement plus facilement disposé à se laisser faire lors d'une anesthésie réelle.

Si malgré cela le patient s'obstine à refuser toute anesthésie, il ne reste qu'à travailler de la manière la plus *indolore* possible et en essayant de *ne pas générer d'anxiété*. A cet effet, il convient tout d'abord de renoncer au refroidissement par spray d'eau lors de la préparation. Les rouleaux de coton, la pompe à salive et l'aspiration sont ainsi superflus, il n'y a pas de dégagement de froid dans la cavité buccale et l'enfant peut respirer plus facilement, en raison de l'absence d'eau à l'intérieur de la bouche. Il faut veiller à maintenir un régime des tours aussi bas que possible, de sorte qu'il règne un calme olympien dans la salle de traitement, un calme qui est d'autant facilité par l'absence des bruits habituels du spray d'eau et de l'aspiration. L'assistante sera instruite de limiter des interventions à l'aspiration, par une canule fine, des copeaux et des poussières et à nettoyer brièvement la cavité à l'aide du spray d'air. Lorsque ce dernier n'est pas en service, elle en bouche l'orifice avec le doigt pour en supprimer le bruit. La plupart des patients réagissent très positivement à cette ambiance de silence. Il est possible d'élargir sans douleurs n'importe quelle cavité, à condition d'employer une fraise diamantée et de procéder avec précaution, en veillant à ne toucher que l'émail de la dent (le contrôle visuel est de toute façon facilité par l'absence du spray d'eau). En outre, il faut éviter de léser la gencive. Sur les dents de lait, l'excavation n'occasionne pour ainsi dire pas de douleurs, pour autant que l'ablation de la dentine cariée soit réalisée à l'aide d'une fraise boule bien tranchante ou avec un excavateur manuel. Sur les molaires de lait, il n'est même pas nécessaire d'enlever toute la dentine cariée (RIBEIRO et coll. 1999). Des bords de la cavité composées de dentine non ramollie et un coiffage naturel suffisent – à condition qu'il soit possible d'obturer la cavité de façon étanche par un composite adhésif moderne. Il faudrait renoncer à poser la digue dans les situations dans lesquelles cet accessoire risque de provoquer des douleurs ou une sensation d'anxiété. En tout état de cause, on observe chez la plupart des patients anxieux une nette diminution de la sécrétion de salive et une bouche sèche en raison du stress. A noter que le porte-matrice peut aussi provoquer des douleurs fort désagréables. Il est alors préférable d'avoir recours à une technique moins agressive qui consiste à placer un bout de matrice en acier (environ 4x7 mm) préformé de sorte qu'il puisse s'introduire facilement dans l'espace interproximal et se glisser

le long de la gencive, tout en s'adaptant de façon précise au bord cervical de la cavité. En outre, il est judicieux de raccourcir les coins interdentaires et de veiller à les insérer avec ménagement afin de ne pas traumatiser la gencive. Ces remarques générales mises à part, il va de soi que chaque praticien est libre d'adopter une technique individuelle en fonction de son expérience, de sa façon de travailler et de sa dextérité, de sorte qu'il soit en mesure de soigner ses patients avec un maximum de douceur et de ménagement.

### 5° technique: Inciter le patient à parler

*Mode d'action:* Tout au long de la séance de traitement, il faudrait inciter le plus souvent le patient à prendre la parole, pour les deux raisons suivantes: premièrement, l'expression verbale est le meilleur moyen de contrôler les angoisses. Elle active l'hémisphère cérébral gauche (cf. fig. 5), ce qui réduit l'influence de l'activité électrique de l'hémisphère cérébral droit, siège des sensations d'anxiété au niveau cortical. Et deuxièmement, la parole est le meilleur moyen de diagnostic de l'angoisse. Sous l'effet de l'anxiété, il y a une inhibition des aires de la parole dans l'hémisphère cérébral gauche, raison pour laquelle le patient s'exprime de façon cohérente, hésitante ou saccadée, voire qu'il ne répond plus du tout (cf. fig. 1).

*Mise en pratique:* Quelques secondes à peine après le début du traitement à l'intérieur de la cavité buccale, il faudrait retirer tous les instruments de la bouche du patient et lui poser une brève question (par exemple: «ça va bien?»). Il faut alors observer son mode de répondre. S'il ne donne aucune réponse, on peut lui taper légèrement sur l'épaule, ce qui, le cas échéant, peut l'aider à sortir d'un début de crise d'akinésie déclenchée par l'anxiété. Il est alors peu probable que le patient ait perçu de sensation pénible jusqu'à là, raison pour laquelle il sera généralement d'accord de continuer le traitement. Cinq secondes plus tard, il convient d'interrompre de nouveau et de poser une autre question («est-ce que tu es [est-ce que vous êtes] installé confortablement?») et attendre une réponse de sa part, de préférence par des paroles, ou du moins par un geste ou par un mouvement des yeux. Dix à vingt secondes plus tard, on enchaîne par une nouvelle question («ça se passe toujours bien?») et encore une autre, quelque trente à quarante secondes plus tard. A ce moment, on interrompt le traitement pour faire une petite pause. Si le patient ne réagit pas à l'une des questions précédentes, il faudrait faire une pause plus tôt. Ce genre de questions anodines donnent également au patient la possibilité de communiquer verbalement avec le praticien. Le cas échéant, il peut alors l'informer s'il ressent, sur un plan purement subjectif, comme étant désagréables certaines circonstances accompagnant le traitement qui seraient considérées par d'autres patients comme parfaitement normales (niveau d'eau dans la bouche, rouleaux de coton, bruit de la fraise, etc.). Il n'est pas rare que le patient prenne volontiers en main un miroir de courtoisie pour observer la progression du traitement (ce qui, en retour, devrait motiver le praticien à travailler de façon très consciencieuse et circonspecte, en prenant toutes les précautions nécessaires pour éviter de léser les tissus).

### 6° technique: Faire de fréquentes pauses

*Mode d'action:* Dès que les symptômes d'anxiété s'intensifient, il est temps de faire une pause, afin que le praticien et le patient puissent récupérer un peu. Côté patient, les manifestations typiques suivantes signalent le retour de l'anxiété: yeux fermés, mains crispées, ouverture insuffisante de la bouche, absence de réponses aux questions du praticien. Toutefois, l'angoisse n'est

pas toujours visible de l'extérieur. Il y a des enfants qui donnent l'impression d'être installés tout calmement sur le fauteuil, alors qu'ils sont incapables de piper mot lorsqu'on leur pose une question. Les signaux d'anxiété sont des messages non verbaux qui provoquent du côté du praticien des sensations diffuses, telles qu'une crispation de la région épigastrique, une soudaine hésitation, un sentiment d'incertitude ou de doute, une pointe d'angoisse, etc. Au lieu de les supprimer comme d'habitude, le praticien averti fera bien de prendre au sérieux de tels symptômes et de les considérer comme signalant le moment propice d'observer une petite pause.

*Mise en pratique:* Dans la plupart des cas, le patient veut se mettre en position assise pendant la pause, rincer la bouche, s'étirer, se lever du fauteuil, parler, tousser fortement, etc. Les enfants réclament souvent un autre verre de boisson sucrée. Chez les enfants, la mère joue un rôle important durant les pauses. Elle représente une excellente occasion pour que l'enfant se lève et aille vers la mère pour lui montrer le «trou» dans la dent. L'interaction entre la mère et l'enfant revêt une importance particulière, puisque la mère va féliciter l'enfant et le motiver pour la prochaine étape du traitement («excellent, mon chou, t'as très bien fait, retourne vite chez le docteur [la doctoresse]!») Le praticien peut également profiter de la pause pour motiver le petit patient, en le félicitant de sa bonne coopération jusque-là et en lui expliquant que la prochaine étape du traitement sera assez similaire à la précédente. Ce regard en arrière est une première prise de conscience des événements du passé immédiat et représente de ce fait un précieux processus d'apprentissage sur le chemin de la maîtrise de l'anxiété.

## Exemple

### 1<sup>re</sup> séance: débiter par la méthode du «tell – show – do»

En l'occurrence, il s'agit d'une petite fille âgée de cinq ans et demi qui vient pour la première fois au cabinet dentaire. Elle est assise sur le fauteuil, visiblement crispée et angoissée; elle est agrippée aux mains de sa mère (fig. 6a). Après avoir établi un premier contact par cinq minutes de «tell – show – do», elle a surmonté quelque peu son anxiété; visiblement intriguée, elle joue avec la petite canule d'aspiration (fig. 6b) et l'utilise même pour «passer l'aspirateur» sur son nounours. Elle donne l'impression d'avoir compris que le dentiste ne lui veut pas de mal et que l'aspirateur est un objet parfaitement anodin. «Alors, je vais baisser le fauteuil et on va voir si tu peux aussi nettoyer ton nounours quand tu seras couchée!» Or, pendant que le fauteuil glisse dans une position plus couchée, la petite fille est soudainement prise d'une grande panique – une réaction à laquelle il fallait en principe s'attendre, mais qui est surprenante en l'occurrence par son intensité: la patiente se barricade derrière le bras de sa mère (fig. 6c). Au vu de cette réaction, le praticien enchaîne par une deuxième séance de «tell – show – do», pendant cinq minutes; la patiente se décrispie presque autant que lors de la première séance. Toutefois, au moment même de la deuxième tentative d'abaisser le dossier du fauteuil, la fille se retourne immédiatement pour se retrancher de nouveau derrière le bras protecteur de la mère. Pour détendre la situation, le praticien procède à une troisième séance de cinq minutes de «tell – show – do», suite à quoi la patiente se calme de nouveau. Mais cette fois-ci, à la simple proposition verbale de faire glisser le fauteuil en position couchée, la petite patiente réagit par une crise d'akinésie (fig. 6d). Cette réaction met alors un terme à la séance. Le fait que, malgré la simple approche par le «tell – show – do», la fille en soit presque arrivée au bord d'un traumatisme psychique fait penser

qu'elle est au moins un an trop jeune pour être en mesure de supporter des soins dentaires. Rappelons que les signes extérieurs du risque de traumatisme psychique sont l'absence de réactions aux questions posées, les traits figés du visage et l'akinésie en général.

### 2<sup>e</sup> séance: réduction physiologique de l'anxiété et prévention de la rechute de celle-ci

Six semaines plus tard, la fille revient pour une deuxième tentative de soins; cette fois-ci, elle est accompagnée de son père, qui est un peu plus sévère. Dès le début de la séance, elle se trouve dans un état de crispation angoissée assez marquée, et elle s'agrippe de nouveau à l'une des mains du père (fig. 7a). Le praticien lui-même ressent un rythme cardiaque accéléré en raison de sa propre anxiété (due notamment à la présence de la psychologue – qui assiste à la séance à titre d'observatrice – et du père, plein d'expectative), au point d'en avoir la gorge toute sèche sous l'effet du stress. Il explique alors à la patiente qu'il va boire un verre d'eau pour étancher sa propre soif et lui demande si elle veut aussi boire quelque chose. Presque imperceptiblement, la fille signale son accord, en inclinant la tête, d'un seul mouvement très discret. Sans la moindre hésitation, elle saisit le verre tendu, mais elle boit très lentement, par petites gorgées successives (fig. 7b); entre deux gorgées, elle s'arrête, puis continue à boire sans hâte, jusqu'à ce qu'elle rende finalement le verre vide au praticien, avec un air content. Pour la première fois, elle s'assied spontanément dans une position vraiment confortable sur le fauteuil. C'est un signe que les endorphines font de l'effet. Profitant du moment, le praticien fait immédiatement glisser le fauteuil en position couchée. L'angoisse est bel et bien présente, mais la petite fille ne se défend pas; elle tient les bras détendus le long du corps et entrouvre légèrement la bouche. Après une brève inspection et la première question: «ça va bien?», qui reste pour ainsi dire sans réponse audible, le praticien commence immédiatement à ouvrir la cavité en douceur (fig. 7c). Il veille à travailler sans spray d'eau, à faible régime de tours, les mains légères, sans grosse canule d'aspiration et sans trop écartier la joue, etc. Il interrompt le traitement pour de fréquentes pauses et pour inciter la patiente à exprimer verbalement ses impressions. Après la première pause, qui est une occasion bienvenue pour boire un autre verre de boisson sucrée et pour se faire encourager par le père, la petite patiente est visiblement réconfortée (fig. 7d). Après la deuxième pause, elle observe même attentivement l'assistante qui est en train de mélanger le ciment au verre ionomère (fig. 7e). A la fin de la séance, elle inspecte d'un air très fier sa première obturation. A ce moment, elle donne l'impression d'avoir un an de plus et d'être nettement plus mûre que lors de la première tentative de traitement (fig. 7f). Le traitement des patients anxieux à l'aide des six techniques évoquées se caractérise par de constants changements entre des phases de travail à l'intérieur de la cavité buccale (avec le ménagement qui s'impose) et des phases destinées à surmonter l'angoisse. Lors de la séance de soins décrite ci-dessus, ce rythme aurait pu être représenté schématiquement comme dans le graphique de la fig. 8.

### 3<sup>e</sup> séance: elle n'a presque plus peur!

Lors de la troisième séance, deux mois plus tard, la petite fille était moins anxieuse que le praticien et la mère. Elle demandait d'emblée une boisson sucrée et durant les pauses aussi. Par contre, elle refusait le linge frais sur le front et supportait même sans broncher une brève douleur provoquée de façon non intentionnelle au cours de l'excavation de la carie. A ce moment, elle

donnait aussi parfois des réponses avec un petit sourire sur le visage. La réalisation d'une obturation en composite ne posait plus le moindre problème.

A noter que lors de la deuxième et troisième séance, le praticien a ainsi été en mesure de traiter – sans anesthésie – deux caries occlusales relativement importantes sur des molaires de lait.

## Discussion et conclusions

En dehors du contexte de la médecine dentaire, les techniques présentées pour aider les patients anxieux ont été utilisées très tôt dans l'histoire de l'humanité (sans doute dès l'époque pré-historique), en particulier dans les domaines de l'éducation, de l'entraînement à la lutte ou aux conflits, de la plongée sous-marine, ainsi que dans le domaine de la médecine d'urgence et de la médecine en général. L'avantage majeur de ces méthodes réside dans le fait qu'il s'agit de techniques en grande partie non verbales et qu'il est par conséquent sans autre possible de les employer chez des patients de langue étrangère également. Contrairement à cela, des méthodes comme la relaxation progressive, l'hypnose, le «tell – show – do», etc. nécessitent le recours à un vocabulaire très spécifique. Parmi les autres avantages, il y a lieu d'évoquer l'efficacité, la rapidité des effets et le caractère non médicamenteux de ces techniques.

### Les moyens permettant de réduire l'anxiété

Les trois techniques présentées au début de cette contribution améliorent presque instantanément le status physiologique, de sorte que le patient se sent plus à l'aise, qu'il est davantage mis en confiance et qu'il se sent plus facilement le courage de procéder au traitement.

L'efficacité et la fiabilité de la technique de la boisson sucrée pour surmonter l'angoisse est parfaitement illustrée par le récit concernant la deuxième séance: au début de la séance, et malgré une interruption de six semaines, la petite fille se retrouve directement plongée dans un état d'akinésie, même si elle est moins prononcée que celle qui avait marqué la fin de la première séance (fig. 7a). Une nouvelle tentative de «tell – show – do» pour décrire la situation paraissait peu prometteuse. Toutefois, le fait de lui proposer une boisson sucrée avait comme effet de lever la tétanie due à l'angoisse.

L'efficacité du stimulus sucré est mise à profit depuis de nombreuses années par les professionnels du domaine de la néonatalogie («anesthésie par le sucrose») pour éviter les hurlements occasionnés par des prises de sang (RAMENGI et coll. 1999) ou d'autres actes pénibles. L'apaisement par les stimuli sucrés est également exploité avec succès dans les crèches et les garderies d'enfants (distribution de sucreries en tant que moyen de consolation ou de réconfort chez les enfants nostalgiques de leurs parents, etc.), dans les homes pour personnes âgées ou les EMS (où les pensionnaires sont tranquilisés à l'aide de desserts bien sucrés) et dans le domaine des sports d'endurance de pointe (suppression des douleurs, «runners high»). Dans un tout autre contexte, il convient d'évoquer la tradition de servir un bon dessert sucré à la fin du repas après un ensevelissement (le dessert permet alors en général de dissiper quelque peu l'ambiance de deuil pesant sur les convives).

L'auteur du présent travail se sert du stimulus sucré procuré par une boisson sucrée en se fondant sur l'hypothèse que le symptôme du front chaud est le résultat d'une accélération du métabolisme des glucides au niveau cérébral et que celle-ci risque de provoquer sous peu une légère hypoglycémie. Il se pourrait aussi que le patient anxieux ressente le besoin de

manger des sucreries lorsqu'il est contrarié ou en hypoglycémie en raison d'un stress, ce qui, soit dit en passant est une réaction tout à fait habituelle. Le fait de ne pas offrir au patient angoissé une boisson sucrée serait dès lors une négligence coupable. Si le patient anxieux accepte la boisson, il en ressentira sans doute immédiatement l'effet anxiolytique, bénéfique non seulement pour sa propre personne, mais également pour les autres personnes présentes. Si certains esprits tordus et peu empathiques devaient mettre en question la démarche consistant à calmer le jeu par l'administration de sucre, en brandissant le risque de cariogénicité, il faudrait leur rétorquer sans hésitation que grâce à la boisson sucrée l'enfant a tout de même réussi à surmonter sa peur et que ce fait est en lui-même une raison suffisante pour justifier une telle exception à la règle. A condition, bien entendu, de s'assurer que l'enfant brosse consciencieusement ses dents après chaque repas principal et de bien lui faire comprendre que ce geste exceptionnel ne signifie en aucun cas qu'il lui soit permis de consommer des sucreries à tout moment.

Le linge frais placé sur le front a comme effet de ralentir la fréquence cardiaque, accélérée en raison de l'anxiété, et augmente la pression artérielle; aucune autre méthode destinée à atténuer les effets de l'anxiété ne permet d'obtenir une normalisation aussi rapide et efficace de ces deux paramètres. Dans le domaine de la médecine des urgences, le placement d'un linge frais sur le front est préconisé depuis la nuit des temps comme un geste thérapeutique simple en cas de syncope ou après. A la lumière des connaissances actuelles de la physiologie, le bien-fondé de cette démarche doit toutefois être mis en question, du fait que le pouls est déjà affaibli durant la syncope et que le refroidissement du front provoque toujours une bradycardie. Il paraît dès lors préférable, en cas de syncope, ou après, de ne pas placer le linge froid au niveau du front ou des yeux, mais plus bas, c'est-à-dire au niveau des joues, du menton, du cou, des bras ou des jambes, car dans toutes ces régions, le froid a comme effet de provoquer une tachycardie. En revanche, parmi les remèdes simples de la médecine de famille, le linge frais placé sur le front est un moyen éprouvé pour atténuer l'effet tachycardisant de la fièvre chez les enfants malades. De même, l'immersion du visage dans l'eau froide est un moyen efficace en cas de tachycardie paroxystique et en tant que préparation à la plongée en apnée. Chez les plongeurs en apnée, la fréquence cardiaque peut s'abaisser jusqu'à 30 pulsations par minute, voire moins («mammalian dive reflex»), un phénomène qui, selon les dires des initiés, procure une sensation d'extrême bien-être durant les plongées dans la profondeur des eaux et ce, en dépit de l'apnée!

Une image simple illustrant une obturation profonde ou des racines compactes d'une dent de sagesse permet dans bien des cas de convaincre rapidement et sans ambages les patients anxieux. Par contre, la méthode du «tell – show – do», préconisée chez les enfants âgés de moins de huit ans, associe toujours des illustrations simples et des explications abondantes par des paroles. Force est de constater qu'il est impossible, pour des raisons intrinsèques au développement psychologique, de préparer pleinement les enfants âgés de moins de huit ans aux gestes thérapeutiques réels qui vont suivre. Pour surmonter l'angoisse, il est préférable que ce soit le patient qui parle, plutôt que le praticien soignant. En langage populaire, cet effet est bien résumé par l'expression «une image vaut mille mots». Et les porte-étendards des armées d'antan affichaient des emblèmes simples qui servaient de signe de ralliement ou de secours aux camarades dispersés sur le champ de bataille. De même, les panneaux de signalisation routière sont des symboles succincts et efficaces

permettant de s'orienter très rapidement, même dans des situations de stress.

### Les moyens de prévention des récurrences de l'anxiété

Si l'efficacité des moyens évoqués plus haut rend le patient plus coopératif et, dans une certaine mesure, plus courageux, l'anxiété continue toutefois à être présente de façon latente. Elle a tendance à refaire surface à certains moments, mais le patient est en mesure de la maîtriser, à condition que le traitement se déroule de manière particulièrement douce, qu'il ait la possibilité de s'exprimer entre-deux et qu'il puisse interrompre le traitement pour faire de fréquentes pauses.

Parmi les mesures à prendre pour assurer un traitement en douceur, il convient tout d'abord de renoncer (surtout chez les enfants et les patients souffrant d'un réflexe vomitif prononcé) à un certain nombre d'éléments techniques auxiliaires (par exemple rouleaux de coton, pompe à salive, canule d'aspiration, spray d'eau, digue, écarteur de langue, etc.). Le traitement sans anesthésie signifie également qu'il faut s'efforcer de travailler de la façon la moins douloureuse possible (renoncer aux coins interdentaires ou tout au plus les insérer très légèrement, utiliser de préférence des matrices sectionnelles, posées sans porte-matrice, éviter de trop tirer sur la joue pour l'écarter, poser les doigts le plus légèrement possible pour prendre appui sur le visage, etc.). Certains patients demandent à rester en position assise durant le traitement ou à tourner la tête en permanence sur le côté, de sorte que l'eau s'accumule dans le repli de la joue et ne s'écoule pas vers le palais ou le pharynx. Ces simplifications, ainsi que la plus grande coopération du patient, qui est plus détendu, compensent à quelques choses près l'investissement supplémentaire de temps occasionné en raison du travail plus lent. Dans la plupart des cas, il sera possible d'obtenir des résultats de qualité comparable à celle d'un traitement «normal», sans risque de contamination par la salive (en particulier lorsque le patient a la bouche sèche en raison du stress ou de la nicotine). Des traitements menés à bien avec ménagement sont la meilleure publicité pour le cabinet. Les Italiens vénèrent chaque médecin-dentiste par le terme élogieux des «*mani d'oro*» (des «doigts de fée» que l'on ne ressent pas). Et partout dans le monde, les patients anxieux apprécient le «*doigté*» ou les «*mains particulièrement légères*», par opposition à la «*main lourde*» qui risque dans bien des cas de provoquer des traumatismes psychiques durables.

C'est en parlant que le patient exprime très nettement le degré de son anxiété. En outre, les recherches dans le domaine des réactions affectives ont montré que l'expression verbale est le meilleur moyen de contrôler ses propres émotions. Or, aucune autre méthode préconisée pour la prise en charge des patients anxieux n'a recours à cette démarche. Lors des traitements des patients anxieux, le praticien doit le cas échéant être disposé à satisfaire n'importe quelle demande de la part du patient, même si cela signifie dans le cas extrême d'interrompre le traitement séance tenante! Chacun de nous a vécu les interactions entre la parole et les émotions: par exemple, «il a perdu la parole» en raison d'une grande joie d'une heureuse ou mauvaise surprise, d'une grande frayeur, d'une grosse rage ou colère, etc. En revan-

che, de nombreux patients essayent de surmonter spontanément leur anxiété en devenant logorrhéiques. Et nous connaissons bien les scènes de cinéma dans lesquelles la personne venue en secours tente instamment de faire parler un blessé afin qu'il ne perde pas connaissance.

Le patient profitera des pauses pour rincer la bouche, pour parler, tousser, pour se lever, etc., alors que le praticien soignant aura l'occasion d'apaiser sa propre anxiété, indirecte (due au transfert d'émotions négatives, par exemple par la crispation du patient). Pour les enfants, les pauses sont un moment de répit bienvenu auprès de la mère. Force est toutefois de constater que dans bien des cas, c'est précisément la mère qui – de façon inconsciente – a déclenché par son propre comportement l'anxiété de son enfant à l'égard du traitement dentaire. De même, elle risque, par l'expression sur son visage ou par sa posture de raviver constamment les angoisses du bambin tout au long de la séance de traitement.

Pour ces raisons, il est important, avant le traitement, de bien expliquer aux mères anxieuses que l'équipe soignante mettra tout en œuvre pour soigner l'enfant tout doucement, calmement, lentement et sans douleurs. Il ne faudrait pas faire sortir la mère de la salle de traitement si son absence risque de renforcer l'anxiété de l'enfant. Et finalement la pédagogie nous a appris que la durée d'attention (et donc de coopération) des enfants ne dépasse en règle générale pas deux à trois minutes et que passé ce délai, une pause s'impose.

### Conclusions

Les moyens physiologiques et psychologiques présentés dans cette contribution sont supérieurs à bien d'égards aux méthodes habituellement préconisées pour la prise en charge des patients anxieux. Leur mise en pratique consciencieuse permet d'éviter à coup sûr d'occasionner des traumatismes psychiques sur le plan des soins dentaires et de tenir compte de la maxime suprême régissant les soins médicaux dispensés dans les règles de l'art, à savoir «*primum nil nocere*». Les traitements des patients anxieux imposent souvent des exceptions aux règles si les techniques de travail habituelles sont susceptibles de générer de l'anxiété.

### Remerciements

L'auteur profite de l'occasion pour exprimer sa profonde gratitude à M<sup>me</sup> Hanna Egli-Bernd pour la collaboration aussi intéressante que fructueuse. Elle a montré à la médecine dentaire la voie d'une méthode extrêmement efficace pour une meilleure prise en charge des patients anxieux. Il serait souhaitable que tout praticien connaisse les six techniques simples permettant aux patients de surmonter leur anxiété. L'auteur remercie également le Prof. Christian Bauer, Institut de physiologie de l'Université de Zurich, pour ses confirmations professionnelles et ses explications concernant certains aspects importants du mode d'action des moyens anxiolytiques non médicamenteux et de leurs avantages. Et finalement un grand merci à tous les confrères qui ont contribué par des critiques après des conférences et des réactions favorables provenant de leurs cabinets.