



**HAL**  
open science

# Handicap mental et odontologie : l'anxiété au coeur du soin dentaire

Alix Corral

## ► To cite this version:

Alix Corral. Handicap mental et odontologie : l'anxiété au coeur du soin dentaire. Médecine humaine et pathologie. 2025. <dumas-05448225>

**HAL Id: dumas-05448225**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05448225v1>**

Submitted on 8 Jan 2026

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 - Attribution - Non-commercial use - ShareAlike - International License

**UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER**

**U.F.R. D'ODONTOLOGIE**

**2025**

**THÈSE**

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

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 2 octobre 2025

Par

**Alix CORRAL**

**Handicap mental et Odontologie : l'anxiété au cœur du soin dentaire**

**JURY**

<u>Monsieur le Professeur</u>	Jean VALCARCEL	Président
Madame le Professeur	Estelle MOULIS	Assesseur
Madame le Docteur	Virginie LACHICHE	Assesseur
Monsieur le Docteur	Nicolas BLANC-SYLVESTRE	Assesseur

**UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER**

**U.F.R. D'ODONTOLOGIE**

**2025**

**THÈSE**

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

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 2 octobre 2025

Par

**Alix CORRAL**

**Handicap mental et Odontologie : l'anxiété au cœur du soin dentaire**

**JURY**

<u>Monsieur le Professeur</u>	<u>Jean VALCARCEL</u>	<u>Président</u>
Madame le Professeur	Estelle MOULIS	Assesseur
Madame le Docteur	Virginie LACHICHE	Assesseur
Monsieur le Docteur	Nicolas BLANC-SYLVESTRE	Assesseur



**ACADÉMIE DE MONTPELLIER**  
**UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER**  
**FACULTÉ D'ODONTOLOGIE**

LE PRÉSIDENT DE  
L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Pr. Philippe AUGE

LE DOYEN DE LA FACULTÉ

Pr. Jean-Cédric DURAND

LES VICE-DOYENS

Pr. Stéphane BARTHELEMI

Pr. Michel FAGES

Pr. Valérie ORTI

LE DIRECTEUR ADMINISTRATIF

M. Karim MEKHNECHE

---

L'Université de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

**LISTE DES ENSEIGNANTS  
DE LA FACULTE D'ODONTOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER**

(1<sup>er</sup> avril 2025)

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**56<sup>EME</sup> SECTION : DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION**

**56-01**

Odontologie Pédiatrique

**JOSEPH Clara  
MOULIS Estelle**

Orthopédie-Dento-Faciale

**BARTHELEMI Stéphane**

**56-02**

Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé,  
Odontologie Légale

**VALCARCEL Jean**

**57<sup>EME</sup> SECTION : CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE**

**57-01**

Chirurgie Orale

Parodontologie

**ORTI Valérie**

Biologie Orale

**COLLART-DUTILLEUL Pierre-Yves  
CUISINIER Frédéric**

**58<sup>EME</sup> SECTION : REHABILITATION ORALE**

**58-01**

Dentisterie Restauratrice, Endodontie

**LEVALLOIS Bernard  
PANAYOTOV Ivan**

Prothèses

**DURAND Jean-Cédric  
FAGES Michel  
MONTAL Sylvie**

Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**64<sup>EME</sup> SECTION : BIOCHIMIE**

**HIRTZ Christophe**

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**56<sup>EME</sup> SECTION : DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION**

**56-01**

Odontologie Pédiatrique

**CHABADEL Olivier**

Orthopédie Dento-Faciale

**DELSOL Laurent**

**56-02**

Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé,  
Odontologie Légale

**GIRAUDEAU Nicolas  
INQUIMBERT Camille**

**57<sup>EME</sup> SECTION : CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE**

**57-01**

Chirurgie Orale

**FAUROUX Marie-Alix  
FAVRE de THIERRENS Carle**

Parodontologie

**VIGNON Margaux**

**58<sup>EME</sup> SECTION : REHABILITATION ORALE**

**58-01**

Dentisterie Restauratrice, Endodontie

**HAZEL Jean-Christophe  
PELISSIER Bruno  
ROMIEU Olivier  
SLIMANI Amel**

Prothèses

**CARAYON Delphine  
JOULLIE Karine  
PICART Bruno  
POURREYRON Laurence**

Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux

**EGEA Jean-Christophe  
FRANÇOIS Cindy**

**CHEFS DE CLINIQUE DES UNIVERSITES - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

**56<sup>EME</sup> SECTION : DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION**

**56-01**

Odontologie Pédiatrique

**JUSSELME Clémentine  
PADOVANI Mathieu**

Orthopédie Dento-Faciale

**DARTOIS Valérie  
HERTEAU Clémence**

**56-02**

Prévention, Epidémiologie, Économie de la Santé  
*Odontologie Légale*

**SABOURIN Céline**

**57<sup>EME</sup> SECTION : CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE**

**57-01**

Chirurgie Orale

**AUBAC Hugues**

Parodontologie

**BENSAIDANI Typhaine  
BLANC-SYLVESTRE Nicolas  
GIGNOUX Caroline**

Biologie Orale

**GARRABE Sarah  
SABATIER Lionel**

**58<sup>EME</sup> SECTION : REHABILITATION ORALE**

**58-01**

Dentisterie Restauratrice, Endodontie

**BELREPAYRE Lisa  
BOSSOUF Abid  
CANIONI Antoine  
DOMERGUE Marion  
RAMPEREZ Julie**

Prothèses

**BENHAMOU Gabriel  
LEVALLOIS Guillaume  
TRABOULSI Hussein**

Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux

**BERGOIN Camille**

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

**56<sup>EME</sup> SECTION : DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION**

**56-01**

Orthopédie Dento-Faciale

**CANAL Pierre**

**57<sup>EME</sup> SECTION : CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE**

**57-01**

Parodontologie

**GIBERT Philippe**

**58<sup>EME</sup> SECTION : REHABILITATION ORALE**

**58-01**

Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux

**DEVILLE de PERIERE Dominique**

**PROFESSEURS AGRÉGÉS SECOND DEGRÉ**

Anglais

**COMTE Marie-Pierre**

Biochimie, Génie biologique

**CHOFFEL Fabienne**

Mathématiques, Informatique

**BOUTIN François**

**ATER**

**87<sup>ème</sup> SECTION : SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES**

**COPPENS Salomé**

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES**

**56-01**

Orthopédie Dento-Faciale

**THEVENET Hélène**

**58<sup>EME</sup> SECTION : REHABILITATION ORALE**

**58-01**

Prothèses

**BOITELET Valérie**

## PRESTATION DE SERMENT

"En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples,  
Dans le respect de l'esprit du Serment d'HIPPOCRATE,  
Médecin Grec né en 460 avant Jésus Christ dans l'île de Cos,  
Père de la Médecine et des Sciences Médicales, Auteur du Corpus Hippocraticum,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité  
Dans l'exercice de la Médecine Bucco-Dentaire,  
Conformément aux règles prescrites par le Code de Déontologie  
Et de la Santé Publique,  
Dictant les Lois de l'éthique, de la morale et de la dignité de la personne humaine.

Admis dans l'intimité des maisons, des familles et des personnes,  
Mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe,  
Ma langue taira les secrets qui me seront confiés  
Et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
Je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque."

## Remerciements

### **A Monsieur le Professeur Jean VALCARCEL,**

Je vous remercie du fond du cœur, votre bienveillance, votre soutien et votre confiance m'ont portée tout au long de mes études et encore plus spécialement aujourd'hui. Spécialiste passionné et investi dans la prise en charge des patients en situation de handicap, vous m'avez transmis une vision profondément humaine de notre métier.

Je n'imaginai pas faire cette thèse sans vous, tant votre accompagnement et vos encouragements ont été précieux.

Merci d'avoir été un guide et une inspiration durant ces années décisives.

### **A Madame le Professeur Estelle MOULIS,**

Je souhaite vous remercier sincèrement, pour la qualité de votre enseignement, aussi bien théorique que pratique. Votre pédagogie avec vos étudiants et votre savoir-faire auprès des patients (parfois mis à rude épreuve par ceux-ci) en clinique ont été une source d'admiration et d'inspiration tout au long de mes études. C'est un honneur de vous avoir à mes côtés dans ce jury.

### **A Madame le Docteur Virginie LACHICHE,**

Je vous suis très reconnaissante, pour votre disponibilité, votre bienveillance et votre écoute tout au long de mes études. Vous avez toujours su transmettre votre savoir avec clarté et enthousiasme, mais aussi à créer une relation humaine précieuse. J'ai énormément appris grâce à vous, dans une ambiance faite à la fois de sérieux et de rires partagés. Ce fut un réel plaisir de vous avoir comme enseignante et de pouvoir compter sur votre présence.

### **A Monsieur le Docteur Nicolas BLANC-SYLVESTRE,**

Je souhaite vous adresser mes remerciements, pour votre bienveillance et l'énergie positive que vous apportez au service de parodontologie. Votre approche chaleureuse et votre écoute font de vous un enseignant apprécié de tous, capable d'instaurer une atmosphère conviviale et stimulante. Pour beaucoup d'entre nous, vous êtes un peu « l'enseignant-copain », toujours disponible pour expliquer, accompagner et partager votre immense savoir, et c'est un réel plaisir d'avoir croisé votre chemin durant mes études.

# Handicap Mental et odontologie : L'anxiété au cœur du soin dentaire

## Table des matières

<b>Introduction :</b>	<b>11</b>
<b>Partie 1 : Compréhension de l'anxiété dentaire et du handicap mental</b>	<b>13</b>
<b>I. L'anxiété dentaire :</b>	<b>13</b>
A. Définition, typologie de l'anxiété et spécificité dans le contexte dentaire.	13
B. Facteurs de risque spécifiques à l'environnement dentaire.	15
C. Conséquences de l'anxiété non traitée sur la santé bucco-dentaire.	17
<b>II. Le handicap mental :</b>	<b>18</b>
A. Définitions et classifications des handicaps mentaux.	18
B. Caractéristiques spécifiques des différents handicaps mentaux.	20
C. Impact du handicap mental sur la perception de la douleur et la gestion de l'anxiété.	22
<b>III. Interaction entre anxiété dentaire et handicap mental :</b>	<b>23</b>
A. Vulnérabilité accrue des personnes handicapées mentales face à l'anxiété dentaire.	23
B. Difficultés de communication et d'expression de l'anxiété.	25
<b>IV. Méthodes d'évaluation de l'anxiété :</b>	<b>30</b>
A. Échelles d'évaluation standardisées.	30
B. Outils d'évaluation adaptés aux personnes en situation de handicap mental	33
<b>Partie 2 : Stratégies d'intervention et de prise en charge</b>	<b>38</b>
<b>I. Approches non pharmacologiques :</b>	<b>38</b>
A. Techniques de relaxation et de gestion du stress.	38
B. Thérapies cognitivo-comportementales adaptées.	44
C. Utilisation de supports visuels et de communication alternative.	46
D. Thérapie par le jeu.	50
E. Zoothérapie.	52
F. Adaptations sensorielles de l'environnement (SADE)	55
<b>II. Approches pharmacologiques :</b>	<b>56</b>
A. Sédation consciente	58
B. Anesthésie générale	63
C. Importance de la collaboration interdisciplinaire.	66
<b>Partie 3 : Formation et sensibilisation</b>	<b>67</b>
<b>I. Formation des professionnels de santé dentaire.</b>	<b>67</b>
A. Une formation encore insuffisante	67
B. Contenus et objectifs de la formation spécialisée	67
C. Vers une évolution des pratiques	68
<b>II. Sensibilisation et rôles des familles et des aidants.</b>	<b>69</b>
A. Médiateurs de la communication	69
B. Préparation en amont des soins	69
<b>III. Développement de supports d'information adaptés.</b>	<b>70</b>

A.	Les caractéristiques d'un support adapté _____	70
B.	Exemples de supports existants _____	71
C.	Intégration dans la pratique dentaire _____	73
<b>Partie 4 : Recommandations pour la pratique clinique :</b> _____		<b>73</b>
I.	Importance de l'approche personnalisée et centrée sur le patient. _____	73
II.	Élaboration de protocoles de prise en charge spécifiques. _____	74
III.	Rôle des réseaux de soutien et des associations. _____	77
<b>Conclusion</b> _____		<b>79</b>
<b>Bibliographie</b> _____		<b>81</b>
<b>Tables des illustrations</b> _____		<b>86</b>

## Introduction :

L'anxiété occupe une place centrale dans l'expérience de soin dentaire.

Elle influe à la fois sur la relation thérapeutique, la qualité des actes, l'observance des recommandations et, in fine, sur la santé bucco-dentaire à court et à long terme. Chez les personnes en situation de handicap mental, qu'il s'agisse d'une déficience intellectuelle isolée, de troubles du neurodéveloppement (dont les TSA) ou de tableaux associés, cette anxiété est souvent majorée par des facteurs cognitifs, sensoriels, communicationnels et contextuels.

Le cabinet dentaire, par son environnement technique et ses stimuli (bruits, lumières, odeurs, contact), peut alors devenir un espace hautement stressant, source d'évitement, de soins interrompus ou d'escalade vers des stratégies invasives.

C'est dans ce contexte que s'inscrivent les travaux de cette thèse intitulée : « ***Handicap mental et odontologie : l'anxiété au cœur du soin dentaire*** ».

La santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap mental reste marquée par des difficultés d'accès aux soins et des besoins souvent non couverts.

Dans ce contexte, l'anxiété dentaire pèse particulièrement sur la coopération, le diagnostic et l'approche thérapeutique.

Les raisons sont multiples : une compréhension limitée du déroulé des soins, des hypersensibilités sensorielles (bruit, lumière, odeurs, contact), des mauvaises expériences passées, une rupture des routines, des barrières de communication et la dépendance aux aidants.

À cela s'ajoutent des limites organisationnelles côté soignants : un temps clinique plus long, le peu de formation spécifique, le peu de filières de recours et de coordination inégale selon les régions, et surtout entre professionnels, l'implication de la famille et celle des structures médico-sociales.

Le résultat ponctuel ou cumulé de tout ou partie de ces contextes engendre une réactivité anxieuse plus ou moins élevée et des soins plus ou moins difficiles à mener.

Face à ces raisons, la réglementation évolue pour mettre des adaptations et permettre une mise en adéquation des enjeux médicaux cliniques avec les approches éthiques et sociétales respectueuses du contexte du handicap.

La loi française du 11 février 2005 garantit le droit à la compensation (c'est-à-dire que « la personne handicapée a le droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de déficience, son âge ou son mode de vie » (1)) et à l'accessibilité (2)

**Le décret du 30 juin 2025 consacre la Communication Alternative et Améliorée (CAA) assure aux personnes handicapées** mentalement de se faire entendre, d'exprimer leurs choix quand ils le peuvent et leurs volontés (3). En odontologie, cela ne se résume pas à l'accessibilité des locaux avec des rampes d'accès.

Il faut aussi une accessibilité sensorielle (adapter lumière/bruit/odeurs), communicationnelle (langage simple, gestes adaptés, supports visuels/Communication Améliorée et Alternative) et relationnelle (repères stables, présence de l'aidant).

L'objectif est de prévenir l'évitement, réduire le recours inutile à l'anesthésie générale et améliorer la qualité de vie, pour le patient comme pour l'équipe soignante.

Comment reconnaître, évaluer et prendre en charge l'anxiété chez le patient en situation de handicap mental avant, pendant et après l'acte dentaire ?

Quelles stratégies non pharmacologiques sont réellement transposables au fauteuil ? Quand et comment articuler ces approches avec les options pharmacologiques (sédation consciente, anesthésie générale) dans un parcours coordonné ?

Enfin, quels leviers de formation, de sensibilisation et d'outillage (supports visuels, communication alternative, protocoles) permettent d'ancrer ces pratiques dans la routine des cabinets et des structures universitaires ?

Telles sont les interrogations que nous allons devoir aborder.

## Partie 1 : Compréhension de l'anxiété dentaire et du handicap mental

### I. L'anxiété dentaire :

#### A. Définition, typologie de l'anxiété et spécificité dans le contexte dentaire.

##### 1. Définitions générales

Les **troubles anxieux** correspondent à une anxiété forte, durable et disproportionnée au regard du danger réel, susceptible de perturber le fonctionnement quotidien (définition INSERM) (4). Ils se traduisent par des pensées menaçantes, une hypervigilance et des manifestations somato-végétatives (tension, tachycardie, sudation), souvent difficiles à maîtriser, et qui peuvent persister sans prise en charge.

La prévalence mondiale est estimée autour de 4 % de la population (OMS) (5).

L'**anxiété** est une réaction normale de préparation au danger, qui devient pathologique lorsqu'elle survient sans raison suffisante, s'avère incontrôlable, ou altère le fonctionnement quotidien (6). Elle peut s'exprimer sous différentes formes : anxiété généralisée, phobies spécifiques, trouble panique, ou tableaux apparentés (p. ex. TOC), avec des intensités variables.

L'**angoisse** renvoie à une anticipation de danger au retentissement plus marqué que l'anxiété ordinaire, souvent sans cause clairement identifiable, et pouvant s'accompagner de crises d'angoisse (palpitations, oppression thoracique, dyspnée) (7).

La **peur** est une émotion adaptée face à un danger réel ou perçu.

Au cabinet dentaire, elle conduit fréquemment à des stratégies d'évitement (annulations, reports, recours exclusifs à l'urgence) susceptibles d'aggraver l'état bucco-dentaire.

## 2. Typologie clinique en odontologie

En pratique, on distingue :

- ⇒ **Anxiété dentaire** (réaction de stress anticipatoire et au fauteuil),
- ⇒ **Phobie spécifique des soins dentaires** (stomatophobie),
- ⇒ **Trouble panique** (crises aiguës possibles en salle d'attente/au fauteuil),
- ⇒ **Anxiété généralisée** (terrain anxieux diffus majorant les soins).

Le cadre dentaire concentre des déclencheurs sensoriels (bruit de la turbine, éclairage du scialytique, odeurs/goûts, contact intra-oral), des émotions (peur de la douleur, de l'aiguille, de l'étouffement, du manque de contrôle), ainsi que des facteurs de contexte de vie ou liés au vécu (souvenirs négatifs, rupture de routine, faible prévisibilité).

## 3. Stomatophobie

D'après le Larousse (8), la phobie, du grec *phobos* est « *une crainte angoissante et injustifiée d'une situation, d'un objet ou de l'accomplissement d'une action* ».

Dans le domaine médical et psychologique, les phobies sont des troubles anxieux caractérisés par une peur marquée, durable et embarrassante, se concentrant sur un objet spécifique ou une catégorie de situation clairement définie. Le plus souvent, l'angoisse éprouvée est incontrôlable et dépasse toujours la menace réelle.(9)

Dans notre pratique, nous sommes confrontés à un type de phobie spécifique : la stomatophobie ou « la phobie du dentiste » qui est assez fréquente. Selon une étude effectuée par le Docteur Markus Schulte (10) elle est positionnée en quatrième position après la claustrophobie.

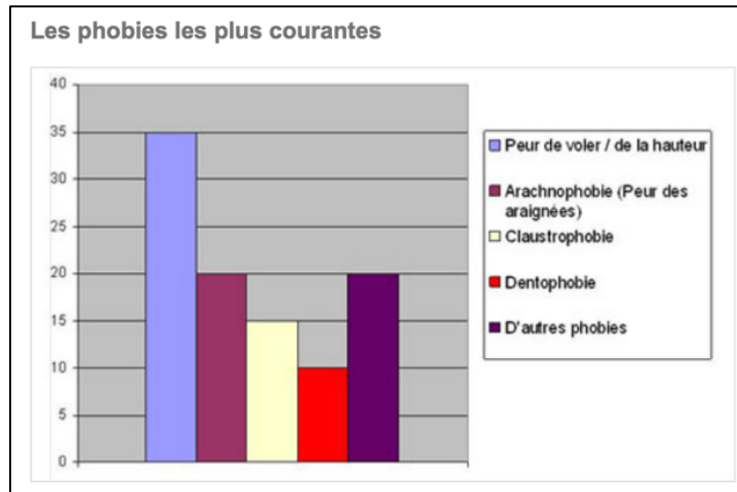


Figure 1: Les phobies courantes (11)

On estime que 10% de la population mondiale serait touchée par cette peur des soins dentaires. D'après une enquête Opinion Way de 2016 en France (12), près de la moitié des Français (48%) éprouvent des craintes à l'idée de se rendre chez le dentiste, avec une prédominance féminine (55%). Cette peur est particulièrement marquée chez les individus âgés de 25 à 34 ans (54%).

Il s'agit d'une véritable pathologie, qui varie d'une personne à l'autre, entraîne fréquemment un délaissement des soins dentaires et constitue, de manière indirecte, une partie significative des problèmes et affections couramment observées dans la cavité buccale.

#### B. Facteurs de risque spécifiques à l'environnement dentaire.

La susceptibilité aux troubles anxieux découle exclusivement de l'interaction de divers facteurs :

- ⇒ Génétiques,
- ⇒ Environnementaux,
- ⇒ Psychologiques et/ou développementaux.

L'effet de ces éléments diffère d'un individu à l'autre et, pour un même individu, selon les phases de sa vie.

Du point de vue génétique, bien qu'il n'existe pas de « gènes de l'anxiété » spécifiques, certains peuvent contribuer au risque d'anxiété.

Par exemple, dans le cas du gène du récepteur à la sérotonine 5-HT1A : même s'il ne peut pas être le seul responsable de l'émergence des troubles anxieux, sa désactivation chez la souris intensifie le niveau d'anxiété de ces animaux.(13).

De même des Longprez L et al. en 2025 (13) ont identifié chez un modèle de souris modifié génétiquement par inactivation du gène *DCLK3* qu'elles développaient un comportement anxieux face à des situations nouvelles (déplacement en hauteur, natation) sans que cette anxiété perdure au fur et à mesure de l'apprentissage et la maîtrise de ces situations. Il semble y avoir une prédisposition familiale multigénique, puisque plusieurs membres de certaines familles sont touchés par des troubles anxieux.

Cependant, ce facteur est sans doute lié aux pratiques familiales qui encouragent un « apprentissage social de la peur ».

Lorsque des parents sont peu exposés à d'autres personnes et vivent dans un milieu fermé, il se peut qu'ils transmettent une forme de crainte de l'autre à leurs enfants.

On trouve également des cycles vicieux qui renforcent l'anxiété. (14)

Par exemple, l'anxiété des parents peut jouer un rôle en ce sens que le parent reporte la consultation dentaire préventive et régulière de leur enfant.

Un tel modèle constitue une barrière aux soins, car l'enfant ne sera pris en charge qu'à un niveau avancé de dégradation de sa santé dentaire, ce qui augmente la probabilité que les traitements symptomatiques commencent tôt dans son parcours dentaire.

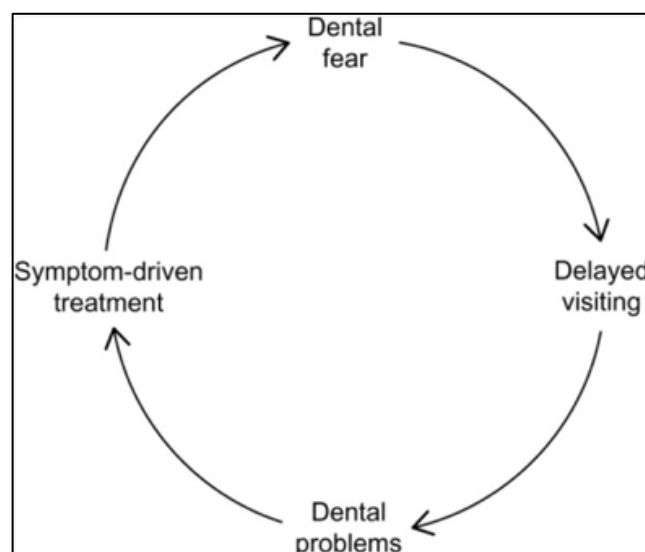


Figure 2 : Cercle vicieux de la peur dentaire(14)

### C. Conséquences de l'anxiété non traitée sur la santé bucco-dentaire.

L'anxiété non prise en charge chez le patient en situation de handicap mental entraîne de multiples répercussions délétères sur la santé bucco-dentaire, compromettant tant la prévention que le traitement des pathologies.

Ces conséquences s'observent à différents niveaux :

#### 1. Évitement des soins et aggravation des pathologies

L'un des premiers effets de l'anxiété non traitée est l'évitement des rendez-vous chez le chirurgien-dentiste. Cet évitement compromet la régularité des visites de contrôle, ce qui retarde le diagnostic précoce des lésions carieuses, parodontales ou autres anomalies.

Ces pathologies évoluent alors vers des formes plus sévères, nécessitant des traitements invasifs, souvent plus anxiogènes.

#### 2. Hygiène bucco-dentaire insuffisante

Les troubles cognitifs associés au handicap mental peuvent déjà limiter l'autonomie en matière d'hygiène comme expliqué dans ce rapport de l'UFSBD de 2020 intitulé « Tous mobilisés pour la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap »(page 11) (15).

Lorsque l'anxiété s'y ajoute, elle peut accentuer les comportements d'opposition ou de retrait, rendant difficile l'acceptation de l'aide pour le brossage des dents. Il en résulte une accumulation de plaque dentaire, une inflammation gingivale chronique et un risque accru de caries.

De plus le recours à une mise en place d'une éducation à la santé passant par une hygiène bucco-dentaire appliquée aussi régulièrement que possible facilite l'accès aux soins, limite les conséquences médicales et permet de réduire le seuil de l'anxiété comme cela est exprimé dans un rapport de la HAS de 2009 (16).

#### 3. Risque accru de complications médicales

Certaines pathologies bucco-dentaires non traitées, comme les infections apicales ou les abcès, peuvent entraîner des complications systémiques, en particulier chez des patients présentant des comorbidités.

L'anxiété, en retardant la prise en charge, expose ainsi ces patients à des risques médicaux plus graves.

#### 4. Altération de la qualité de vie

Les douleurs dentaires non traitées, la gêne masticatoire ou les infections chroniques ont un impact direct sur la qualité de vie. Chez les patients en situation de handicap mental, l'expression de la douleur peut être atypique, parfois confondue avec des troubles du comportement.

L'anxiété non traitée aggrave cette situation, en instaurant un cercle vicieux entre douleur, comportement d'évitement et isolement.

#### 5. Majoration des difficultés comportementales

L'anxiété persistante peut exacerber les troubles du comportement rendant la coopération au fauteuil encore plus difficile.

Ces réactions peuvent aller de l'agitation motrice au refus total de soin, voire à des comportements auto-agressifs. Cela complexifie considérablement la prise en charge dentaire et nécessite souvent des moyens sédatifs ou anesthésiques plus lourds.

## II. Le handicap mental :

### A. Définitions et classifications des handicaps mentaux.

#### 1. Définition

En France, les handicaps sont classés en 5 grandes catégories (17) :

- ⇒ Handicap moteur,
- ⇒ Handicap sensoriel,
- ⇒ Handicap psychique,
- ⇒ Handicap cognitif,
- ⇒ Handicap mental.

Nous nous concentrerons sur le handicap mental.

Selon l'OMS, le handicap mental ou déficience intellectuelle se définit comme un « *arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales* » (18).

Concrètement, une personne en situation de handicap mental éprouvera des difficultés :

- ⇒ De conceptualisation,
- ⇒ De réflexion,
- ⇒ De communication,
- ⇒ De décision

1 à 3% de la population générale (environ 1 million de personnes en situation de handicap mental en France (19)) serait touché par un handicap mental avec une prépondérance chez les hommes (20) .

Ses causes en sont multiples (21) :

- ⇒ Lors de la conception (maladies génétiques, incompatibilité sanguine, aberrations chromosomiques...)
- ⇒ En rapport avec la grossesse (gestationnelles) :

Des affections que la mère contracte durant le développement du fœtus peuvent mener à l'émergence d'un handicap intellectuel. Cela concerne par exemple la rubéole tout comme la toxoplasmose (la recherche de cette dernière chez les femmes enceintes est d'ailleurs systématique afin d'assurer une prise en charge le plus tôt possible durant la grossesse). L'ingestion de certains médicaments, de substances illicites ou d'alcool pendant la grossesse (syndrome d'alcoolisation fœtale) peut augmenter le risque de développer un retard intellectuel chez l'enfant.

- ⇒ À la naissance (prématurité, souffrance cérébrale du nouveau-né,...)
- ⇒ Après la naissance (maladies infectieuses, virales, métaboliques, accidents,...).

La trisomie 21 est la cause la plus répandue de handicap mental en France (avec 60000 cas environ et 1000 nouveaux cas chaque année soit 10 à 12% des personnes en situation de handicap mental en France).

Chaque année, 6000 à 8000 enfants naissent avec une déficience intellectuelle (22).

## 2. Degrés de handicaps mentaux : léger, modéré, grave et profond.

Le niveau d'accessibilité de l'environnement et le degré de déficience intellectuelle déterminent l'importance du handicap.

Longtemps, le Quotient intellectuel (QI) a été utilisé pour évaluer la gravité de la déficience intellectuelle.

La classification basée uniquement sur le niveau de QI est de moins en moins répandue à l'échelle mondiale. Désormais, il est conseillé de se concentrer également sur l'évaluation du comportement adaptatif de la personne dans son environnement.

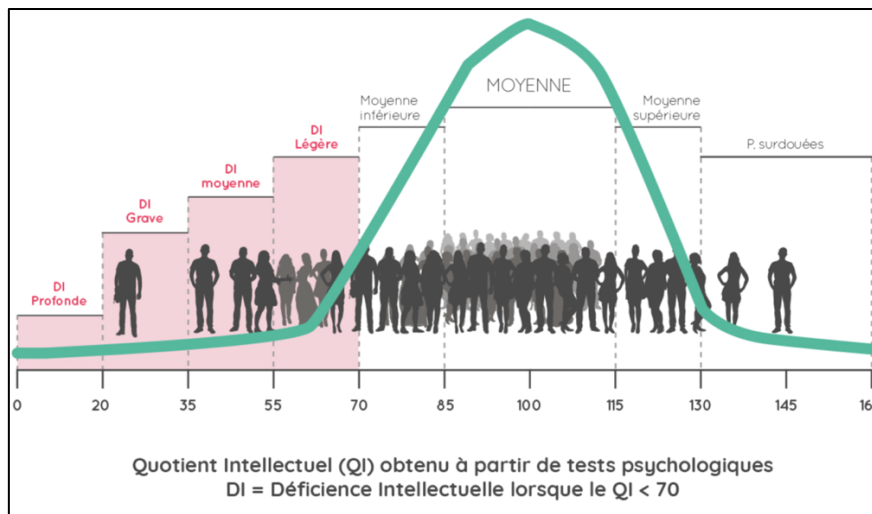


Figure 3: Graphique du Quotient Intellectuel(23)

- ⇒ Déficit intellectuel léger : correspond à un QI de 55 à 69,
- ⇒ Déficit intellectuel modéré : correspond à un QI de 35 à 54
- ⇒ Déficit intellectuel grave : correspond à un QI de 20 à 34
- ⇒ Déficit intellectuel profond : correspond à un QI inférieur à 20.

### B. Caractéristiques spécifiques des différents handicaps mentaux.

La diversité des troubles mentaux engendre des profils cliniques très variés, influençant directement la manière dont l'anxiété se manifeste et doit être prise en charge dans le contexte dentaire.

Comprendre les caractéristiques propres à chaque type de handicap est essentiel pour adapter l'approche thérapeutique et optimiser la relation soignant-soigné.

### 1. Déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle se caractérise par un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne (QI < 70) associé à des limitations du comportement adaptatif. Les patients peuvent présenter des difficultés de compréhension, de communication et d'adaptation aux changements de routine. L'anxiété peut se manifester par des comportements d'agitation, d'opposition ou de retrait. D'après l'INSERM, 1 à 2% de la population serait concernée par une déficience intellectuelle (24).

Une approche rassurante, structurée et répétitive est souvent nécessaire pour instaurer un climat de confiance.

### 2. Troubles du spectre de l'autisme (TSA)

Les personnes avec des TSA présentent des altérations de la communication sociale et des comportements restreints ou répétitifs.

Elles sont souvent hypersensibles aux stimuli sensoriels (sons, lumières, textures), ce qui rend l'environnement dentaire particulièrement anxiogène. L'anxiété peut se traduire par des crises, des cris, des comportements d'évitement ou une rigidité face aux changements.

Il est primordial d'adopter une approche individualisée, en prévoyant des repères visuels, une préparation en amont, et en respectant autant que possible une routine.

Selon l'INSERM, 700000 personnes seraient concernées par des troubles du spectre autistique en France (25).

### 3. Troubles psychotiques (schizophrénie, troubles délirants)

Les patients atteints de troubles psychotiques peuvent présenter des idées délirantes, des hallucinations ou un retrait social important. L'anxiété peut être liée à une perception déformée de l'environnement et du soignant. La communication doit être simple, directe, rassurante, en évitant toute confrontation.

Une évaluation de la stabilité psychiatrique est nécessaire avant toute intervention invasive.

Il s'agit d'ailleurs plutôt d'handicaps psychiques que mentaux.

#### 4. Troubles du développement (ex. : syndrome de Rett, X fragile)

Certains syndromes génétiques affectent profondément les fonctions cognitives, le langage et la motricité. Ces patients peuvent être non verbaux avec une anxiété exprimée par des réactions physiques ou émotionnelles fortes.

Le recours à des supports alternatifs de communication (pictogrammes, gestes, applications numériques) peut s'avérer utile pour limiter l'angoisse.

#### 5. Polyhandicap

Le polyhandicap associe une déficience intellectuelle profonde à des handicaps moteurs sévères. Ces patients ont une très faible autonomie et des capacités de communication réduites. L'anxiété peut se manifester par des signes somatiques (tachycardie, pleurs, tensions musculaires) difficiles à interpréter. La prise en charge requiert une grande délicatesse, souvent en collaboration étroite avec les aidants (26).

Cette classification n'est pas exhaustive, mais elle souligne l'importance d'une évaluation individualisée du handicap et de l'anxiété associée. Elle guide l'adaptation des techniques de communication, du rythme des soins et du cadre environnemental, en tenant compte des besoins spécifiques de chaque patient.

#### C. Impact du handicap mental sur la perception de la douleur et la gestion de l'anxiété.

Selon la définition de l'IASP (International Association for the Study of Pain) sur la douleur (27), le fait qu'une personne ne puisse pas s'exprimer verbalement n'exclut pas la possibilité qu'elle puisse ressentir la douleur et nécessite un traitement adéquat pour atténuer cette souffrance.

Toutefois, étant donné le caractère subjectif de la souffrance, son expression peut varier chez les individus ayant des problèmes importants en communication et en cognition, se déployant de façon atypique ou inhabituelle.

Pour des troubles génétiques comme la trisomie 21, la manière de ressentir la douleur peut considérablement différer entre différents individus et degré de handicap.

Ainsi la douleur peut être négligée et demeurée sans traitement.

Il a été suggéré dans l'article **de Boerlage et al. (28)** que les individus ayant un déficit intellectuel reçoivent moins de prescription d'analgésique contrairement à leurs homologues sans trouble cognitif.

On rapporte également dans « **Death by indifference : 74 death and countings** » (29) par l'association britannique Mencap des taux de décès augmentés en Grande Bretagne, qui auraient pu être évités si la douleur avait pu être surveillée et traitée en temps voulu.

L'évaluation de la douleur chez les personnes ayant une déficience intellectuelle est délicate car elle s'appuie essentiellement sur l'auto-évaluation comme principal outil et est souvent effectuée à travers des échelles.

Cependant, les individus ayant une **déficience intellectuelle** peuvent éprouver des problèmes pour exprimer leur souffrance verbalement lorsqu'ils utilisent ces moyens d'évaluation et pour saisir les instructions requises.

L'aptitude à comprendre et à utiliser des échelles d'auto-évaluation varie en fonction du type d'échelle et du degré de la déficience intellectuelle.

### III. Interaction entre anxiété dentaire et handicap mental :

#### A. Vulnérabilité accrue des personnes handicapées mentales face à l'anxiété dentaire.

Les personnes en situation de handicap mental présentent une vulnérabilité particulière face à l'anxiété dentaire, en raison de facteurs cognitifs, émotionnels, sensoriels et sociaux qui interagissent de manière complexe.

##### 1. Compréhension limitée des soins et de leurs enjeux

Les déficiences cognitives, fréquemment associées aux troubles du développement intellectuel ou aux troubles du spectre autistique, altèrent la capacité du patient à comprendre la nature des soins, leur déroulement, leur finalité et leur nécessité.

Cette incompréhension favorise l'apparition d'un sentiment d'insécurité, source d'anxiété importante. Le manque de repères ou d'anticipation engendre un stress face à l'inconnu, qui peut être interprété par le patient comme une menace.

L'étude cas témoin de **Blomqvist M, et al. (30) démontre :**

- ⇒ Un **niveau d'anxiété dentaire plus élevé** chez les adultes TSA ;
- ⇒ 22 % des participants TSA rapportent avoir été **"forcés à des soins pour lesquels ils n'étaient pas préparés"** (vs 3 % des patients témoins), illustrant le rôle de la **préparation/compréhension** dans la vulnérabilité anxieuse.

## 2. Difficultés à exprimer ou à gérer l'anxiété

La communication verbale étant souvent altérée, l'expression de l'anxiété peut être atypique, non verbale ou comportementale (agitation, opposition, repli, cris, auto-agressivité). L'impossibilité de verbaliser la peur empêche également les soignants de la détecter précocement, ce qui peut aggraver le malaise et la perte de contrôle ressentie par le patient.

## 3. Hypersensibilité sensorielle

De nombreux patients avec un handicap mental, notamment ceux présentant des TSA, ont une hypersensibilité aux stimulations sensorielles : bruit de la turbine, lumière du scialytique, goût des produits, contact physique, etc.

Ces éléments, souvent anodins pour un patient typique, deviennent des sources majeures de stress, voire de panique, en cas de déficience intellectuelle. Cette réactivité sensorielle augmente la probabilité d'une réponse anxieuse intense lors des soins comme le présente l'étude de **Stein LI, Polido JC et al. (31)**.

Il s'agit d'une étude comparative par questionnaire montrant que les enfants avec TSA présentent une sur-réactivité sensorielle significativement plus fréquente dans tous les domaines sensoriels et que cette sur-réactivité est associée à davantage de difficultés lors des soins bucco-dentaires à domicile et au cabinet.

Cela confirme que des stimuli dentaires (lumière, bruits, goûts/odeurs, contact) peuvent déclencher une anxiété intense et entraver la coopération.

## 4. Expériences antérieures traumatisantes

En raison de leurs caractéristiques, ces patients peuvent avoir vécu des soins antérieurs comme intrusifs, douloureux ou incompréhensibles, sans explication adaptée.

Ces expériences mal vécues peuvent être ancrées durablement dans leur mémoire émotionnelle, générant une anxiété anticipatoire importante, même en l'absence de stimulus menaçant immédiat.

#### 5. Dépendance accrue aux aidants et au cadre

Le besoin de repères fixes, la routine, et le rôle sécurisant des aidants sont souvent déterminants pour la stabilité émotionnelle du patient.

C'est en partie ce qui ressort de l'étude de **Wilson NJ, et al.** (32) dont les résultats confirment l'importance d'un cadre prévisible et de l'accompagnement des aidants pour limiter l'anxiété et le refus de soins.

La séparation d'avec ces figures rassurantes lors des soins ou une rupture dans la routine peuvent déclencher ou amplifier des réactions anxieuses.

Le cabinet dentaire, en tant qu'environnement médical inconnu ou peu prévisible, renforce ainsi ce sentiment d'insécurité.

En résumé, les personnes en situation de handicap mental ne sont pas seulement plus susceptibles de développer une anxiété dentaire, mais elles y sont aussi plus sensibles et moins armées pour y faire face.

Une prise en charge adaptée repose donc sur la reconnaissance de cette vulnérabilité et sur la mise en œuvre de stratégies spécifiques, tant sur le plan relationnel que structurel.

#### B. Difficultés de communication et d'expression de l'anxiété.

##### 1. Communication du soignant vers le soigné

La communication constitue une composante essentielle de la relation de soin, mais elle devient particulièrement complexe lorsqu'il s'agit de patients en situation de handicap mental.

Ces difficultés communicationnelles peuvent représenter un obstacle majeur à une prise en charge de qualité, surtout lorsqu'elles engendrent incompréhension, anxiété ou même comportements de refus.

Pour instaurer une relation de confiance et rendre les soins accessibles, il est fondamental d'adapter sa manière de communiquer.

La National League for Nursing (33) propose plusieurs recommandations concrètes afin de faciliter une communication claire, respectueuse et efficace avec les personnes présentant une déficience intellectuelle, cognitive ou développementale :

⇒ **Adopter une posture respectueuse et adaptée**

- Toujours considérer les patients comme des adultes, quel que soit leur niveau de fonctionnement cognitif.
- Adapter le **ton**, le **rythme** et le **niveau de langage** en fonction des réactions et capacités de compréhension du patient.

⇒ **Utiliser un langage clair et concret**

- Privilégier des **phrases simples, directes et positives**.
- Éviter les termes abstraits, les expressions vagues ou les formulations métaphoriques.
- Employer des mots qui font référence à des éléments **visibles ou concrets** pour les deux interlocuteurs (par exemple : « *la chaise bleue* » plutôt que « *à gauche* »).

⇒ **Renforcer la communication verbale par des supports visuels**

- Compléter l'explication orale avec des **gestes, dessins, photos, objets** ou démonstrations.
- Utiliser, si nécessaire, des pictogrammes ou des outils de communication alternative (PECS - *Picture Exchange Communication System*, Makaton, etc.).

⇒ **Répéter et reformuler**

- Être prêt à **répéter** les informations plusieurs fois, en les reformulant différemment si besoin.
- Proposer les informations **à l'oral ou à l'écrit**, selon ce qui convient le mieux au patient.

⇒ **Éviter les surcharges d'information**

- Ne pas donner trop d'instructions à la fois.
- Présenter les informations de manière **progressive**, en laissant le temps au patient d'intégrer chaque étape.
- Réduire autant que possible les **distractions** et le bruit ambiant pour faciliter la concentration.

⇒ **Formuler des consignes précises et structurées**

- Préférer des indications **claires et concrètes**, par exemple : « *Vous verrez l'infirmière à 10 h 30* » plutôt que « *Vous reviendrez dans 15 minutes* ».
- Fournir, si nécessaire, un **ordre des tâches** ou une démonstration pour renforcer la compréhension.

⇒ **Favoriser l'expression libre du patient**

- Éviter de poser des questions qui impliquent une réponse attendue ou suggérée.
- Certaines personnes peuvent avoir tendance à répondre ce qu'elles pensent que le soignant souhaite entendre : il est donc crucial de poser des questions **neutres** et **ouvertes**.

⇒ **Faire preuve d'écoute active et d'humilité**

- Ne pas faire semblant de comprendre si ce n'est pas le cas : il est préférable de demander au patient de répéter ou de reformuler.
- Faire preuve de **patience**, de **flexibilité** et d'**encouragement**, sans infantiliser ni précipiter l'échange.
- Garder à l'esprit que certains patients ne savent pas lire, même s'ils ne le disent pas explicitement.

En résumé, une communication adaptée est indispensable pour réduire l'anxiété, améliorer l'adhésion aux soins et instaurer une relation thérapeutique positive.

Elle demande au soignant de s'ajuster continuellement aux besoins du patient, dans un esprit de bienveillance, d'écoute et de respect de la personne.

## 2. Expression de l'anxiété

L'expression de l'anxiété chez les personnes en situation de handicap mental est souvent atypique et nécessite une observation attentive de la part du praticien.

Contrairement aux patients neurotypiques, qui peuvent verbaliser leur inconfort ou leur peur, les patients présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du développement peuvent éprouver des difficultés à identifier, comprendre ou exprimer leurs émotions, y compris l'anxiété.

### a) Une expression souvent non verbale

Chez de nombreux patients atteints de handicap mental, l'anxiété s'exprime par des comportements non verbaux, qui peuvent être interprétés à tort comme de la désobéissance ou de l'agressivité.

Ces manifestations peuvent inclure :

- ⇒ Une agitation motrice (mouvements incessants, balancements, fuite...)
- ⇒ Des cris, des pleurs, ou des gémissements
- ⇒ Un refus de s'asseoir, d'ouvrir la bouche ou de coopérer
- ⇒ Des comportements d'auto-agression (se frapper, se mordre)
- ⇒ Des troubles du sommeil ou de l'alimentation en amont ou en aval du rendez-vous

Il est essentiel que le soignant sache reconnaître ces signes comme des indicateurs d'anxiété, et non comme de simples troubles du comportement.

### b) La communication émotionnelle limitée

Certains patients verbalisent peu, voire pas du tout, leurs émotions.

Le déficit de langage ou les troubles cognitifs entravent souvent la capacité à nommer l'anxiété, ce qui rend difficile sa détection si le professionnel ne dispose pas d'une grille de lecture adaptée.

Dans ce contexte, l'intervention d'un accompagnant familial du patient (parent, aidant, éducateur) peut être précieuse. Ces proches sont souvent les mieux placés pour décoder les manifestations subtiles d'un malaise ou d'une angoisse croissante.

c) Facteurs amplificateurs de l'expression anxieuse

Certains éléments peuvent aggraver l'intensité ou la visibilité de l'anxiété, notamment :

- ⇒ L'incompréhension de la situation médicale
- ⇒ L'hypersensibilité sensorielle (bruits, lumière, odeurs du cabinet dentaire)
- ⇒ L'expérience passée négative des soins
- ⇒ Le manque de repères temporels et spatiaux

Ces facteurs sont particulièrement fréquents dans des pathologies telles que l'autisme, la déficience intellectuelle sévère ou les troubles psychotiques, où la perception du corps et du monde extérieur est altérée.

d) Outils pour identifier l'anxiété

Même si le patient ne verbalise pas, il est possible de recourir à certains outils d'évaluation :

- ⇒ Des échelles comportementales spécifiques
- ⇒ L'observation systématique du comportement lors des soins
- ⇒ L'usage de supports visuels permettant au patient de pointer une émotion (visages expressifs, pictogrammes, medipicto).

Par exemple **MediPicto** est une application gratuite destinée à favoriser le dialogue entre les soignants et les patients rencontrant des difficultés d'expression et/ou de compréhension en utilisant des pictogrammes (traduits en 16 langues). (34)



Figure 4 : Exemples de pictogrammes Medipicto (34)

## IV. Méthodes d'évaluation de l'anxiété :

### A. Échelles d'évaluation standardisées.

#### 1. EVA (échelle visuelle analogique)

Cette méthode d'évaluation est très souvent utilisée afin d'estimer la douleur mais elle permet également de déterminer le niveau d'anxiété du patient.

L'EVA se présente sous la forme d'une réglette à deux faces sur laquelle se déplace un curseur. La face recto est destinée au patient alors que le verso est utilisé par le praticien. Cette échelle est réputée pour être simple et rapide d'utilisation : le patient évalue son anxiété sur la face recto en déplaçant un curseur qu'il doit situer entre deux bornes (0 : pas de stress et 10 : stress maximal).

Le praticien, quant à lui, visualise le score d'anxiété obtenue sur le verso sur une échelle de 0 à 10.

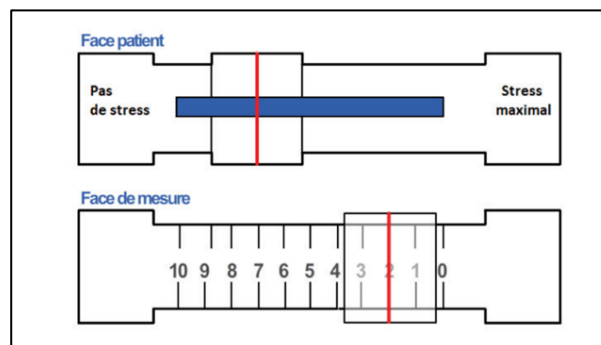


Figure 5 : Échelle Visuelle Analogique

#### 2. Échelle HAD

L'échelle HAD « *Hospital Anxiety and depression scale* » est un outil servant à détecter les troubles de l'anxiété et de la dépression. (35)

Elle inclut 14 éléments évalués de 0 à 3. Sept questions concernent l'anxiété (score A total) et sept autres touchent à la dimension dépressive (score D total), permettant ainsi de déterminer deux scores distincts (note maximale pour chaque score = 21).

<p><b>1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La plupart du temps 3</li> <li>- Souvent 2</li> <li>- De temps en temps 1</li> <li>- Jamais 0</li> </ul>	<p><b>9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jamais 0</li> <li>- Parfois 1</li> <li>- Assez souvent 2</li> <li>- Très souvent 3</li> </ul>
<p><b>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, tout autant 0</li> <li>- Pas autant 1</li> <li>- Un peu seulement 2</li> <li>- Presque plus 3</li> </ul>	<p><b>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus du tout 3</li> <li>- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2</li> <li>- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1</li> <li>- J'y prête autant d'attention que par le passé 0</li> </ul>
<p><b>3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, très nettement 3</li> <li>- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2</li> <li>- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1</li> <li>- Pas du tout 0</li> </ul>	<p><b>11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, c'est tout à fait le cas 3</li> <li>- Un peu 2</li> <li>- Pas tellement 1</li> <li>- Pas du tout 0</li> </ul>
<p><b>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autant que par le passé 0</li> <li>- Plus autant qu'avant 1</li> <li>- Vraiment moins qu'avant 2</li> <li>- Plus du tout 3</li> </ul>	<p><b>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autant qu'avant 0</li> <li>- Un peu moins qu'avant 1</li> <li>- Bien moins qu'avant 2</li> <li>- Presque jamais 3</li> </ul>
<p><b>5. Je me fais du souci</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Très souvent 3</li> <li>- Assez souvent 2</li> <li>- Occasionnellement 1</li> <li>- Très occasionnellement 0</li> </ul>	<p><b>13. J'éprouve des sensations soudaines de panique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vraiment très souvent 3</li> <li>- Assez souvent 2</li> <li>- Pas très souvent 1</li> <li>- Jamais 0</li> </ul>
<p><b>6. Je suis de bonne humeur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jamais 3</li> <li>- Rarement 2</li> <li>- Assez souvent 1</li> <li>- La plupart du temps 0</li> </ul>	<p><b>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Souvent 0</li> <li>- Parfois 1</li> <li>- Rarement 2</li> <li>- Très rarement 3</li> </ul>
<p><b>7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui, quoi qu'il arrive 0</li> <li>- Oui, en général 1</li> <li>- Rarement 2</li> <li>- Jamais 3</li> </ul>	
<p><b>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presque toujours 3</li> <li>- Très souvent 2</li> <li>- Parfois 1</li> <li>- Jamais 0</li> </ul>	

Figure 6 : Échelle HAD(35)

### 3. Échelle d'Hamilton

L'échelle d'Hamilton est une autre échelle d'évaluation de la sévérité de l'anxiété. Elle est constituée de 14 items correspondants chacun en un groupe de symptômes (peur, humeur anxieuse, etc).

Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :

- 10 à 13 : symptômes anxieux légers
- 14 à 17 : symptômes anxieux légers à modérés
- Au-dessus de 18 : symptômes anxieux modérés à sévères.

Lors de l'entretien, le praticien posera des questions au patient et évaluera également son comportement pour remplir ce questionnaire.

## Échelle d'Anxiété d'Hamilton

<b>Humeur anxieuse:</b> Inquiétude -Attente du pire - Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité-Consommation de tranquillisants	0   1  2  3   4
<b>Tension:</b> Impossibilité de se détendre -Réaction de sursaut -Pleurs faciles - Tremblements Sensation d'être incapable de rester en place – Fatigabilité.	0   1  2  3   4
<b>Peurs:</b> De mourir brutalement -D'être abandonné - Du noir - Des gens - Des animaux - De la foule -Des grands espaces - Des ascenseurs -Des avions - Des transports ...	0   1  2  3   4
<b>Insomnie:</b> Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars –angoisses ou malaises nocturnes.	0   1  2  3   4
<b>Fonctions intellectuelles (cognitives):</b> Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire – Cherche ses mots – Fait des erreurs.	0   1  2  3   4
<b>Humeur dépressive:</b> Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Tristesse -Insomnie du matin.	0   1  2  3   4
<b>Symptômes somatiques généraux (musculaires):</b> Douleurs et courbatures -Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Grincements des dents - Contraction de la mâchoire - Voix mal assurée.	0   1  2  3   4
<b>Symptômes somatiques généraux (sensoriels):</b> Sifflements d'oreilles -Vision brouillée - Bouffées de chaleur ou de froid -Sensations de faiblesse - Sensations de fourmis, de picotements.	0   1  2  3   4
<b>Symptômes cardiovasculaires:</b> Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux Sensations syncopales - Extra-systoles.	0   1  2  3   4
<b>Symptômes respiratoires:</b> Oppression, douleur dans la poitrine - Sensations de blocage, d'étouffement - Soupirs – Respiration rapide au repos.	0   1  2  3   4
<b>Symptômes gastro-intestinaux:</b> Difficultés pour avaler - Douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "Coliques" abdominales Borborygmes - Diarrhée - Constipation.	0   1  2  3   4
<b>Symptômes génito-urinaires:</b> Règles douloureuses ou anormales - Troubles sexuels (impuissance, frigidité) - Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	0   1  2  3   4
<b>Symptômes du système nerveux autonome:</b> Bouche sèche - Accès de rougeur -Pâleur -Sueur - Vertiges -Maux de tête -	0   1  2  3   4
<b>Comportement lors de l'entretien:</b> Général : Mal à l'aise - Agitation nerveuse - Tremblement des mains -Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire, Physiologique : Avale sa salive - Eructations - Palpitations au repos – Accélération respiratoire - Réflexe tendineux vifs -Dilatation pupillaire - Battements des paupières.	0   1  2  3   4
<b>TOTAL:</b> (Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20 sur 56). N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.	

(Ref: Hamilton MC .(1959), «Hamilton nxiety rating scale -HAM A-»).

**Parmi les quatorze propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant à chaque groupe de symptômes une note entre 0 et 4:**

**0: Abscent, 1: Léger, 2: Moyen, 3: Fort, 4: Maximal.**

*Figure 7 : Échelle d'anxiété d'Hamilton(36)*

#### 4. Échelle CDAS :

L'échelle « CDAS » (Corah Dental Anxiety Scale) permet d'évaluer l'anxiété du patient par rapport aux soins dentaires (Corah, 1969). Elle est composée de quatre questions à choix multiples, cotées de 1 à 5 (1 signifiant l'absence d'anxiété, et 5 une extrême anxiété).

Le score total peut donc varier de 4 (absence d'anxiété) à 20 (présence d'une anxiété extrême), un score de  $\geq 13$  représentant une anxiété significative (37).

Répondez et additionnez les scores obtenus pour chaque situation.

1. Si vous avez rendez-vous demain chez le chirurgien-dentiste, que ressentez-vous ?	Points
▪ Je vois cela comme une expérience agréable	1
▪ Cela m'est indifférent	2
▪ J'ai peur que cela soit désagréable ou douloureux	3
▪ J'ai peur de devoir subir des soins dentaires	4
▪ Je suis terrorisé(e)	5
2. Lorsque vous attendez dans la salle d'attente, comment vous sentez-vous ?	
▪ Vous êtes relaxé(e)	1
▪ Vous êtes quelque peu mal à l'aise	2
▪ Vous êtes tendu(e)	3
▪ Vous êtes anxieux(se)	4
▪ Vous êtes tellement anxieux(se) que vous transpirez et que vous êtes physiquement malade	5
3. Lorsque vous êtes assis sur le fauteuil et que le chirurgien-dentiste d'apprête à travailler sur vos dents, comment vous sentez-vous ?	
▪ Vous êtes relaxé(e)	1
▪ Vous êtes quelque peu mal à l'aise	2
▪ Vous êtes tendu(e)	3
▪ Vous êtes anxieux(se)	4
▪ Vous êtes tellement anxieux(se) que vous transpirez et que vous êtes physiquement malade	5
4. Lorsque le chirurgien-dentiste prépare ses instruments en vue d'un détartrage, que ressentez-vous ?	
▪ Vous êtes relaxé(e)	1
▪ Vous êtes quelque peu mal à l'aise	2
▪ Vous êtes tendu(e)	3
▪ Vous êtes anxieux(se)	4
▪ Vous êtes tellement anxieux(se) que vous transpirez et que vous êtes physiquement malade	5

**Résultats :**

- Score inférieur ou égal à 8 : pas d'anxiété pour les soins dentaires.
- Score compris entre 9 et 12 : anxiété modérée. Il existe des moyens pour vous relaxer.
- Score compris entre 13 et 14 : anxiété élevée mais il existe des moyens pour vous aider à vous détendre.
- Score compris entre 15 et 20 : phobie mais il existe des moyens pour vous aider à vous détendre.

Figure 8: Corah Dental Anxiety Scale

## B. Outils d'évaluation adaptés aux personnes en situation de handicap mental

L'évaluation de l'anxiété constitue une étape essentielle pour adapter les soins et anticiper les réactions comportementales chez les patients en situation de handicap mental.

Cependant, ces patients présentent souvent des limitations en matière de communication verbale, de compréhension abstraite ou d'expression émotionnelle, rendant l'usage des outils classiques d'auto-évaluation peu fiables, voire inadaptés.

Il est donc nécessaire d'utiliser des **outils d'évaluation spécifiques**, qui tiennent compte du niveau cognitif, du mode de communication et des capacités sensorielles et émotionnelles du patient.

### 1. Les limites des outils classiques

Les échelles standardisées d'évaluation de l'anxiété (EVA, CDAS, Hamilton, HADS) nécessitent une compréhension linguistique et une introspection qui ne sont pas accessibles à une large partie des patients ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre autistique (TSA). Chez ces patients, l'auto-évaluation est souvent peu fiable, ce qui justifie le recours à :

- ⇒ des échelles **hétéro-évaluatives** (évaluées par l'observateur) ;
- ⇒ des **échelles visuelles ou pictogrammes** simples ;
- ⇒ une **observation comportementale structurée**.

### 2. Outils spécifiques et validés

Voici quelques **outils d'évaluation de l'anxiété spécifiquement conçus ou adaptés** pour les personnes en situation de handicap mental :

#### a) Échelle de l'Anxiété Visuelle Adaptée (Visual Analogue Scale – VAS adaptée)

C'est une variante simplifiée de l'échelle visuelle analogique, adaptée avec des **pictogrammes ou des visages expressifs**. L'utilisateur choisit une image correspondant à son niveau d'anxiété (ci-dessous échelle adaptée pour la douleur mais transposable pour l'anxiété).

Elle peut être utile pour les patients ayant une communication verbale réduite mais capables d'associer une émotion à une image.

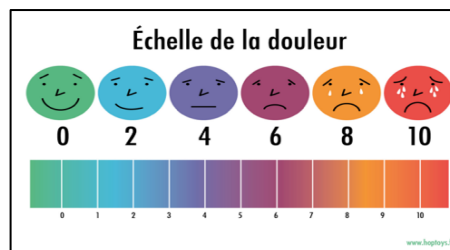



Figure 9: Échelle Visuelle Analogique Adaptée pour la douleur(38)

b) FLACC Scale (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

Il s'agit d'une échelle d'observation comportementale développée à l'origine pour évaluer la douleur chez les enfants, également utilisée pour l'anxiété.

Son Score est basé sur cinq critères : expression faciale, mouvements des jambes, activité, pleurs et possibilité de réconfort. Elle est valable chez les patients non verbaux ou sévèrement handicapés.

Un score de 1 à 3 signe un léger inconfort, de 4 à 6, une douleur modérée et de 7 à 10, une douleur sévère ou inconfort majeur.



**CHRU MONTPELLIER**  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE  
**CLUD du CHRU**

## ECHELLE FLACC modifiée

**Face - Legs - Activity - Cry - Consolability**  
Version française de l'échelle d'évaluation comportementale  
de la douleur FLACC modifiée pour les enfants handicapés

	JOUR	HEURE							
<b>VISAGE</b>									
0 : pas d'expression particulière, ou sourire									
1 : semble triste ou inquiet									
2 : visage affligé ; expression d'effroi ou de panique									
<b>JAMBES</b>									
0 : position habituelle ou détendue									
1 : trémulations occasionnelles									
2 : augmentation marquée de la spasticité, trémulations ou sursauts permanents									
<b>ACTIVITE</b>									
0 : allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement									
1 : moyennement agité (ex, bouge sa tête d'avant en arrière, agressif) ; respiration superficielle, saccadée, soupirs intermittents									
2 : agitation sévère, se cogne la tête, tremblements, retient sa respiration, halète ou inspire profondément (ou va chercher loin sa respiration) ; respiration saccadée importante									
<b>CRIS</b>									
0 : pas de cris (éveillé ou endormi)									
1 : explosion verbale ou grognement occasionnel									
2 : explosion verbale répétée ou grognement constant									
<b>CONSOLABILITE</b>									
0 : content, détendu									
1 : rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole, distrayable									
2 : difficile à consoler ou à réconforter (repousse le soignant, s'oppose aux soins et aux gestes de confort)									
<b>SCORE TOTAL</b>									

1. The reliability and validity of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability observational tool as a measure of pain in children with cognitive impairment. Voepel-Lewis T, Merkel S, Tait AR, Izzicinia A, Malviya S. Anesth Analg 2002 ; 95 (5) : 1224-9.

2. The revised FLACC observational pain tool - improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. Malviya S, Voepel-Lewis T, Burke C, Merkel S, Tait AR. Paediatr Anaesth 2006 ; 16 (3) : 238-65.

3. A comparison of the clinical utility of pain assessment tools for children with cognitive impairment. Voepel-Lewis T, Malviya S, Tait AR, Merkel S, Foster R, Krane EJ, Davis PJ. Anesth Analg 2008 ; 106 (1) : 72-8.

4. Traduction française par l'équipe de l'unité d'évaluation et de traitement de la douleur, CHU Robert Debré, Paris, 2008.

5. Echelles d'hétéro-évaluation - www.pedadol.org


Figure 10 : Échelle FLACC modifiée(39)

c) Échelle REPOS (Rapide Evaluation de la Douleur et de l'Inconfort chez la Personne avec Déficience Intellectuelle) : Rotterdam Elderly Pain Observation Scale.

Bien qu'initialement conçue pour la douleur, elle évalue aussi l'anxiété par observation de comportements types en intégrant 10 items comportementaux et physiologiques. Elle est utilisée notamment en institution médico-sociale.

**Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS)**

Please observe for 2 minutes, and tick the box if the specific behavior was present during the observation. Next, summate all ticked behaviors to obtain the REPOS total score.



NAME CLIENT	1st observation	2nd observation	3rd observation
NAME OBSERVER			
DATE/TIME			
SITUATION <small>(ADL, transfer, walking, physical therapy, rest, wound care, e.g.)</small>			
PAIN MEDICATION <small>(type, dosing and time of last administration)</small>			

Tense face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes (almost) squeezed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raising upper lip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grimace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frightened, fearful look	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moving body parts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panicky, panics attack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moaning / groaning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sounds of restlessness / verbal expressions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Breath holding / faltering respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>REPOS TOTAL SCORE</b>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

see REPOS decision tree    see REPOS decision tree    see REPOS decision tree

REPOS© versie 1.2, Van Herk, Boerlage, Van Dijk, Erasmus MC 2008

Figure 11 : Échelle REPOS (40)

d) Observation systématique par grilles comportementales

- Certaines structures utilisent des **grilles personnalisées** élaborées avec les aidants, pour repérer les signes d'anxiété (agitation, évitement, cris, stéréotypies...).
- Permet une **analyse contextuelle** et répétée dans le temps.

e) Échelle d'anxiété spécifique à l'autisme (ASC-ASD)(41)

- Développée pour les enfants et adolescents avec TSA.
- Repose sur l'observation par les parents ou soignants de 24 items classés en quatre sous-échelles : incertitude, performances sociales, environnement, comportements restrictifs.
- Traduite et utilisée dans certains contextes cliniques français.

3. Implication du tiers (aidant, parent, éducateur)

Chez les patients avec un handicap mental, l'implication de la **famille ou du personnel éducatif** est précieuse pour évaluer les changements émotionnels. Ces tiers peuvent :

- **compléter les échelles hétéro-évaluatives ;**
- **fournir un historique des réactions anxieuses ;**
- **aider à interpréter les signaux non verbaux.**

Une observation conjointe (praticien + aidant) est souvent la méthode la plus fiable dans les soins dentaires, notamment pour adapter le comportement du praticien et l'environnement du cabinet.

## Partie 2 : Stratégies d'intervention et de prise en charge

### I. Approches non pharmacologiques :

#### A. Techniques de relaxation et de gestion du stress.

##### 1. Respiration profonde



Figure 12 : Bienfaits de la respiration profonde(42)

Les études ont démontré que les techniques de respiration maîtrisées, outre leurs bénéfices physiologiques liés à la santé respiratoire et cardiovasculaire, peuvent aider à atténuer les manifestations du stress, de l'anxiété et de la dépression. De nombreuses applications comme RESPIRELAX se développent et sont conseillées par des psychologues afin d'améliorer le sommeil, diminuer l'anxiété au cours de la journée, permettant justement d'instaurer un rituel de respiration profonde pour réduire l'anxiété quotidienne.

La respiration profonde peut aussi contribuer à la détente et au bien-être psychologique.

C'est une respiration qui est lente et abdominale. Il est nécessaire de pratiquer la respiration abdominale pour solliciter le diaphragme comme tente de le démontrer l'étude de **Levi M. et al en 2022** (43).

Il en ressort que la respiration diaphragmatique pendant les soins réduit la détresse physiologique (amélioration de la Variation de la Fréquence Cardiaque), la douleur auto-rapportée et améliore l'humeur vis-à-vis de la prise en charge habituelle ; les auteurs rapportent aussi une coopération accrue et un temps de visite réduit. Il s'agit d'une technique simple, peu coûteuse, et transposable au cabinet.

L'état d'esprit et la condition physique sont directement influencés par la cadence et l'intensité de la respiration. C'est par le biais de la respiration que le corps reçoit de l'oxygène. Pas de respiration, pas d'énergie, pas de vie.

Pratiquer une respiration profonde et lente pendant seulement 3 minutes peut apporter de nombreux avantages (44) comme :

- ⇒ Augmenter l'oxygène dans le sang
- ⇒ Diminuer le stress et l'anxiété
- ⇒ Améliorer la posture
- ⇒ Gérer les émotions fortes comme la colère, la tristesse et la détresse
- ⇒ Renforcer le système immunitaire
- ⇒ Améliorer la concentration
- ⇒ Améliorer le sommeil
- ⇒ Améliorer la digestion

Ainsi, les patients légèrement stressés peuvent pratiquer ce type de respiration pour diminuer l'appréhension des soins dentaires assez rapidement.

Malheureusement, en fonction du degré de handicap mental, expliquer au patient comment gérer sa respiration peut s'avérer complexe, voire impossible.

## 2. Relaxation musculaire progressive (RMP)

Edmund Jacobson a élaboré la méthode de relaxation musculaire progressive dans les années 1920, en tant que technique de détente active.

La RMP requiert que les participants engagent de manière active leurs muscles pour générer une tension et la relâcher progressivement. Le processus se répète jusqu'à ce que les participants atteignent une détente totale.

Toussaint et al. (2021) explique que cette technique utilise les principes du traitement neuronal « *descendant* » et « *ascendant* » pour obtenir des résultats. Dans le traitement « *descendant* », les participants utilisent des zones situées plus haut dans le système nerveux, comme le cortex cérébral et le cervelet, pour contracter les muscles et relâcher progressivement la tension. Dans le traitement « *ascendant* », le maintien et le relâchement des tensions corporelles produisent une stimulation proprioceptive des muscles périphériques qui remonte au cerveau via la moelle épinière et le tronc cérébral. Lorsque les deux voies de stimulation sont activées, la RMP procure aux participants un soulagement rapide et immédiat » (45).

La RMP a non seulement des vertus anti-stress, mais elle exerce également un impact bénéfique sur la dépression et l'anxiété.

Dans le cadre d'une recherche, les patients souffrant de maladie coronarienne ont pratiqués la RMP deux fois par jour pendant une durée de cinq jours (46).

Ont été employées l'échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier pour évaluer l'anxiété et la dépression. Les résultats ont indiqué que la RMP avait un impact bénéfique sur la diminution de la dépression et de l'anxiété chez ces malades.

Les patients appartenant au groupe de relaxation musculaire prolongée ont démontré une diminution de l'anxiété, comme le révèle le questionnaire d'anxiété généralisée, alors que les patients du groupe témoin n'ont affiché aucune amélioration de cette sorte. Cette technique nécessite une concentration prolongée, de répéter des mouvements et de comprendre les « instructions » et pourrait être complexe à effectuer en cas de déficience intellectuelle sévères et compliquées à réaliser au cabinet dentaire également.

### 3. Sophrologie, une méthode psychocorporelle accessible et adaptable



Figure 13: Bienfaits de la sophrologie(47)

La sophrologie est une méthode de relaxation dynamique qui associe respiration contrôlée, détente musculaire et visualisation positive (48).

Elle vise à renforcer l'équilibre entre les émotions, le corps et l'esprit. En contexte dentaire, elle peut être utilisée comme **outil de préparation psychologique et corporelle** pour diminuer l'anxiété, améliorer la tolérance aux soins et renforcer la coopération du patient.

Chez les personnes en situation de handicap mental, la sophrologie peut être adaptée de manière souple, en fonction du niveau cognitif, de la communication et de la sensibilité de chacun.

a) Principes de la sophrologie

Créée par Alfonso Caycedo, la sophrologie repose sur :

- Des exercices de respiration consciente, favorisant l'ancrage et la gestion du stress.
- Des mouvements corporels doux, permettant de relâcher les tensions physiques.
- Des visualisations positives, pour créer un état de sécurité mentale.

Ces techniques peuvent être réalisées assis, debout ou allongé, avec ou sans participation verbale, et ne nécessitent aucun matériel spécifique.

b) Adaptation aux patients avec handicap mental

La pratique sophrologique auprès de personnes présentant un handicap mental nécessite :

- ⇒ Une simplification du langage : consignes courtes, claires, imagées.
- ⇒ L'utilisation de stimuli sensoriels (sons doux, musique, toucher rassurant).
- ⇒ Une grande souplesse dans la durée et la fréquence des exercices.
- ⇒ Le recours possible à des supports visuels ou gestuels pour faciliter l'assimilation.

Chez les patients non verbaux ou ayant des troubles sévères, il est possible d'adapter la sophrologie à travers des mises en situation corporelles guidées ou des séances de relaxation passive en collaboration avec un aidant.

c) Bénéfices observés en contexte dentaire

- ⇒ Diminution de l'anxiété avant et pendant les soins.
- ⇒ Amélioration de la tolérance à l'attente ou à l'examen clinique.
- ⇒ Renforcement du sentiment de contrôle chez le patient.
- ⇒ Meilleure régulation émotionnelle face à des stimulations désagréables.

La sophrologie permet aussi à certains patients de développer des automatismes de gestion du stress réutilisables dans d'autres situations médicales ou sociales.

#### d) Conditions de mise en œuvre

- ⇒ Séances de courte durée (5 à 10 min), adaptées à la capacité d'attention du patient.
- ⇒ Environnement calme, sécurisé, avec présence rassurante de l'aidant si besoin.
- ⇒ Implication progressive, sans contrainte, en privilégiant la régularité.
- ⇒ Possibilité de travailler en collaboration avec un sophrologue spécialisé en handicap, ou de former les soignants à quelques exercices simples à intégrer dans la séance de soins.

La sophrologie offre une approche douce, structurante et non invasive pour accompagner les patients en situation de handicap mental dans la gestion de leur anxiété au cabinet dentaire. Sa grande adaptabilité en fait un outil complémentaire précieux dans une démarche de soins centrée sur la personne.

#### 4. L'hypnose

L'hypnose est une méthode thérapeutique de plus en plus intégrée dans la pratique dentaire pour aider à gérer la douleur, l'anxiété et les phobies liées aux soins.

Elle repose sur l'induction d'un état de conscience modifié, dans lequel le patient reste conscient mais focalisé, avec une diminution de la perception des stimuli anxiogènes.

**Chez les patients en situation de handicap mental, l'usage de l'hypnose peut s'avérer particulièrement utile, à condition d'être adaptée aux capacités cognitives et communicationnelles du patient.**

#### a) Principes de base de l'hypnose médicale

L'hypnose médicale consiste à guider l'attention du patient vers une expérience sensorielle, imaginaire ou émotionnelle apaisante, en détournant l'attention des stimuli sources d'angoisse (bruits, instruments, anticipation de la douleur).

On distingue deux grands types d'hypnose :

- ⇒ **Hypnose formelle** : avec induction guidée, souvent utilisée avec un script verbal.
- ⇒ **Hypnose conversationnelle** : intégrée à l'échange courant, plus discrète, efficace notamment chez les patients avec difficultés de concentration ou de compréhension.

b) Adaptation chez les personnes avec handicap mental

Chez les patients présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du développement, l'hypnose doit être :

- ⇒ Simplifiée, avec des suggestions imagées très concrètes (ex. : « *Imagine que tu es dans une bulle qui flotte doucement* »).
- ⇒ Structurée autour des sens (vue, toucher, ouïe), avec un langage accessible.
- ⇒ Accompagnée de gestes doux ou de stimulations rythmiques (balancement, respiration guidée).
- ⇒ Courte et répétée, pour respecter les capacités attentionnelles limitées.

Pour certains patients non verbaux ou avec autisme, l'hypnose peut passer par des supports visuels ou des objets transitionnels pour induire un état de confort et de concentration.

c) Objectifs de l'hypnose en soins dentaires

- ⇒ Réduire l'anxiété préopératoire, en créant un climat de confiance et de détente.
- ⇒ Favoriser la coopération pendant les soins, en focalisant l'attention ailleurs.
- ⇒ Diminuer la perception de la douleur, en modulant les circuits sensoriels.
- ⇒ Diminuer le recours aux sédations médicamenteuses, notamment en cas de contre-indication ou de refus du patient ou de sa famille.

d) Conditions de mise en œuvre

- ⇒ Formation préalable du praticien à l'hypnose médicale.
- ⇒ Choix du moment opportun (souvent en début de soin ou pendant une phase d'attente).
- ⇒ Collaboration avec l'aidant pour identifier les images rassurantes ou centres d'intérêt du patient.
- ⇒ Observation attentive des signaux de confort ou d'agitation pour ajuster la séance.

En pratique, l'hypnose peut compléter ou, à faible dose, réduire ou stopper le recours à la sédation pharmacologique chez certains enfants anxieux, sous réserve d'une formation adaptée du praticien (49).

Même si elle n'est pas systématisée, l'hypnose a fait ses preuves dans des situations exceptionnelles comme par exemple l'équipe du bloc Neurosciences Tête et Cou du CHU de Montpellier qui propose parfois, en alternative à l'anesthésie générale, l'hypnose associée à une anesthésie locale (50), notamment dans cette vidéo (51) sur une parathyroïdectomie réalisée ainsi par le Dr CARTIER accompagné d'un hypnopratricien Eric Nauté. Fait très surprenant, la patiente ressort du bloc opératoire en marchant et remercie tous les praticiens autour d'elle car elle n'a rien senti.

En 2018 également, un patient de 88 ans a dû subir une opération de changement de valve cardiaque, opération qui n'est toujours pas anodine de nos jours, mais ne souhaitant pas avoir recours à l'anesthésie générale celle-ci a été faite sous hypnose et s'est déroulée sans encombre. Il s'agissait d'une hypnose conversationnelle et pendant toute l'heure de l'intervention le patient n'a rien senti et rapporte même « *avoir eu l'impression de dormir pendant une heure* », extraordinaire pour une opération à cœur ouvert (52).

Non invasive, respectueuse du rythme de chacun, elle s'inscrit dans une approche humaniste et personnalisée des soins, en renforçant le lien de confiance entre soignant et soigné.

## B. Thérapies cognitivo-comportementales adaptées.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) constituent un ensemble de techniques psychothérapeutiques reposant sur l'identification, la compréhension et la modification des pensées, émotions et comportements problématiques (53). Dans le contexte des soins dentaires, ces thérapies sont particulièrement pertinentes pour la gestion de l'anxiété, notamment chez les patients en situation de handicap mental, dont la sensibilité aux stimulations sensorielles, l'imprévisibilité des soins ou encore les difficultés de communication peuvent majorer les réactions anxieuses.

### 1. Principes généraux des TCC dans ce contexte

Les TCC visent à réduire l'anxiété en modifiant progressivement les réactions émotionnelles et comportementales face aux situations perçues comme menaçantes.

Chez les patients en situation de handicap mental, ces thérapies sont adaptées au niveau cognitif et au mode de communication du patient. Elles s'appuient souvent sur des méthodes concrètes, visuelles et répétitives.

Les composantes principales des TCC adaptées incluent (54) :

- ⇒ La désensibilisation systématique : il s'agit d'exposer progressivement le patient à la situation anxiogène (le cabinet dentaire, les instruments, les bruits, etc.), dans un cadre rassurant et contrôlé, afin d'en atténuer l'impact émotionnel.
- ⇒ L'apprentissage de comportements alternatifs : on enseigne au patient des réponses plus adaptées face à l'anxiété, comme des exercices de respiration, l'utilisation d'un objet rassurant, ou une routine préparatoire.
- ⇒ Le renforcement positif : chaque progrès ou comportement souhaité est valorisé par des récompenses (félicitations, objets appréciés, activités plaisantes), favorisant ainsi la motivation et la répétition de ces comportements.

## 2. Moyens d'adaptation pour les patients avec handicap mental

Pour que la TCC soit efficace, elle doit être personnalisée selon le type et le degré de handicap:

- ⇒ Chez les patients avec **déficience intellectuelle légère à modérée**, on privilégiera l'utilisation d'**histoires sociales**, de **supports visuels** (pictogrammes, séquences illustrées) ou de **vidéos de modélisation**, expliquant étape par étape le déroulement de la consultation dentaire.
- ⇒ Pour les patients non verbaux ou ayant des troubles sévères de la communication, l'approche s'appuiera davantage sur les **routines comportementales**, les **rituels familiaux** et le travail avec les **aidants familiaux ou éducatifs** qui connaissent les stratégies rassurantes efficaces.
- ⇒ La **prévisibilité** est un facteur clé : l'utilisation d'agendas visuels ou de séquences d'actions permet d'anticiper les étapes et de réduire l'incertitude, facteur majeur d'anxiété.
- ⇒ Enfin, une collaboration avec un **psychologue spécialisé** dans les troubles du développement ou les TSA (troubles du spectre autistique) peut s'avérer essentielle pour concevoir et ajuster les interventions.

### 3. Application en cabinet dentaire

L'intégration de la TCC dans la pratique dentaire nécessite souvent une approche interdisciplinaire et une préparation en amont. Le praticien peut, par exemple :

- ⇒ organiser des visites progressives du cabinet sans soins, permettant une familiarisation progressive avec l'environnement ;
- ⇒ utiliser un langage simplifié, associé à des supports visuels pour décrire les soins ;
- ⇒ établir des rituels de début et de fin de séance pour instaurer un cadre rassurant ;
- ⇒ prévoir des plages horaires spécifiques, avec un environnement calme et peu stimulant sensoriellement.

Lorsque bien mise en œuvre, la thérapie cognitivo-comportementale adaptée permet de réduire significativement l'anxiété dentaire, d'améliorer la coopération du patient et donc de favoriser un suivi régulier et de qualité.

#### C. Utilisation de supports visuels et de communication alternative.

La communication constitue un pilier fondamental dans la relation de soin, en particulier chez les patients en situation de handicap mental, pour lesquels les troubles du langage, de la compréhension ou de l'expression peuvent être une source majeure d'anxiété. Afin de réduire les malentendus, de favoriser la coopération et de renforcer le sentiment de contrôle du patient, l'utilisation de supports visuels et de modes de communication alternative s'avère une stratégie particulièrement efficace au cabinet dentaire.

##### 1. Rôle des supports visuels dans la réduction de l'anxiété


Les supports visuels permettent de rendre les situations abstraites plus concrètes, en facilitant la compréhension des soins dentaires, souvent perçus comme imprévisibles ou menaçants. Ils permettent de préparer le patient en amont et de guider son comportement pendant les soins.

Parmi les outils les plus utilisés, on retrouve :

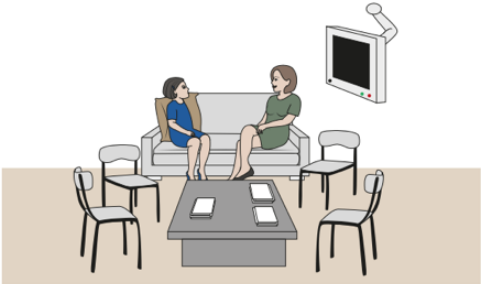
- ⇒ **Les pictogrammes** (55): images simples représentant des objets, des émotions ou des actions (ex. : fauteuil dentaire, ouvrir la bouche, cracher), permettant de structurer les étapes de la consultation. Plusieurs applications permettent un accès gratuit à ses pictogrammes, comme Medi-Picto ou encore çATED.
  
- ⇒ **Les séquences visuelles** ou **fiches d'anticipation** ou **histoires sociales** : elles décrivent visuellement de manière claire et positive, étape par étape, le déroulement d'une visite chez le dentiste (accueil, installation, examen, soins, fin de séance). Elles réduisent l'inconnu, favorisant la coopération. Elles sont disponibles sur le site SantéBD (56).

### Comment ça se passe ?

**L'assistante m'accueille.**  
L'assistante est la personne qui aide le dentiste.




**Je vais dans la salle d'attente.**



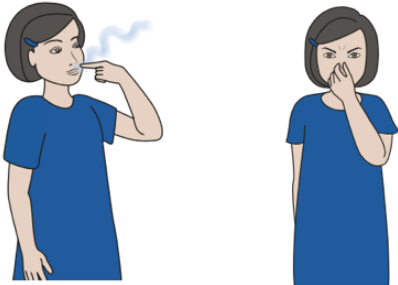
© Coactis Santé 7

**Je rentre dans la salle de consultation.**

- Dans la salle il y a : une machine radio, un fauteuil, une lampe, un crachoir, des commandes et un plateau.



- Il y a une odeur spéciale.



© Coactis Santé 8

Figure 14: BD extraite de SantéBD sur le déroulement de la consultation dentaire (56).

## 2. Communication alternative et améliorée (CAA)

La **Communication Alternative et Améliorée (CAA)** regroupe les méthodes de communication non verbale utilisées pour pallier ou compléter le langage oral. Elle est particulièrement utile chez les patients non verbaux ou avec des troubles du spectre autistique, du développement intellectuel ou de la communication.

Les formes de CAA incluent :

- ⇒ Le langage par signes simplifiés (comme le Makaton (57) ) pour exprimer des émotions, des besoins ou des instructions simples.



Figure 15 : extrait du MAKATON "Chez le dentiste"(58)

- ⇒ Les systèmes d'échange d'images (PECS (59)) : l'enfant ou l'adulte utilise des images pour exprimer un besoin ou une émotion (ex. : douleur, peur, envie de faire une pause).
- ⇒ Les tablettes avec applications de communication adaptées aux personnes en situation de handicap, permettant une interaction fluide et personnalisée.



Figure 16 : Tablette de communication tactile adaptées pour les personnes en situation de handicap, pour communiquer avec des pictogrammes (60)

⇒ Les supports personnalisés : il est parfois nécessaire de créer des supports adaptés aux préférences et capacités du patient (couleurs, symboles familiers, photos réelles plutôt que dessins abstraits). En 2021, une étude de Munira et al. (61) sur une série de cas limités, a tenté d'évaluer l'incidence de la réalité virtuelle sur le comportement des patients atteints de démence. Leur agitation a été mesurée et on a constaté une amélioration de leur comportement avec moins d'agitation. Même si cette approche n'est pas absolument prouvée, il est important de considérer selon le handicap mental, que l'utilisation de la réalité virtuelle avec ou sans casque reste une option possible pour diminuer les situations de stress. Le manque d'étude actuelle surtout chez les patients autistes ou porteurs d'autres handicaps mentaux ou de comportements reste un point à développer.

### 3. Intégration pratique au cabinet dentaire

L'utilisation de supports visuels et de communication alternative ne nécessite pas toujours un matériel complexe ou une formation spécialisée, mais implique une préparation, une cohérence et une régularité. Le chirurgien-dentiste peut :

- ⇒ Introduire les visuels lors d'une séance de familiarisation en amont des soins ;
- ⇒ Collaborer avec les aidants familiaux ou professionnels éducatifs pour adapter les supports aux besoins du patient ;
- ⇒ Associer systématiquement une consigne orale à une illustration visuelle, pour renforcer la compréhension ;
- ⇒ Utiliser un code de communication simple pour signaler les moments clés (ex. : « on commence », « c'est fini », « bravo ») ;

- ⇒ Proposer un choix visuel limité (ex. : « *tu préfères t'allonger ou rester assis ?* ») afin de renforcer le sentiment de contrôle du patient, élément clé dans la réduction de l'anxiété.

Ces dispositifs permettent non seulement d'améliorer la communication, mais aussi de **rendre le patient acteur du soin**, ce qui participe activement à la diminution de l'anxiété et à l'instauration d'un climat de confiance.

#### D. Thérapie par le jeu.

La thérapie par le jeu est une approche psychothérapeutique qui utilise le jeu comme principal moyen d'expression et d'interaction. Elle est particulièrement adaptée aux enfants et aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou des troubles du développement, pour qui l'expression verbale des émotions est souvent limitée. Dans le cadre des soins dentaires, le jeu peut constituer un outil thérapeutique efficace pour réduire l'anxiété, faciliter la communication, favoriser la coopération et créer un lien de confiance entre le patient et l'équipe soignante.

##### 1. Principes et objectifs

La thérapie par le jeu repose sur l'idée que le jeu est un langage universel permettant d'exprimer ses peurs, de reproduire des situations vécues et de les apprivoiser. Chez le patient en situation de handicap mental, elle permet :

- ⇒ De simuler des situations anxiogènes de manière ludique, afin de favoriser l'habituation (ex. : mimer une consultation dentaire avec des figurines ou des objets symboliques),
- ⇒ D'extérioriser les émotions associées à la peur des soins ou à une mauvaise expérience antérieure,
- ⇒ De favoriser l'apprentissage de routines rassurantes à travers des jeux structurés et répétitifs,
- ⇒ De développer la confiance en soi et le sentiment de sécurité dans un environnement souvent perçu comme menaçant.

En odontologie pédiatrique, des essais contrôlés montrent qu'un jeu de rôle ou de simulation mis en place en amont de l'acte réduit l'anxiété et la réactivité physiologique lors de soins courants, soutenant l'idée que le jeu constitue un langage thérapeutique pour apprivoiser les situations perçues comme menaçantes (62).

## 2. Mise en œuvre dans le contexte dentaire

Intégrer la thérapie par le jeu dans le parcours de soins dentaires demande de la créativité, de la patience et une bonne connaissance des besoins du patient. Plusieurs types de jeux ou dispositifs peuvent être utilisés :

- ⇒ **Jeux symboliques** : mise en scène des soins avec des poupées, marionnettes ou peluches pour rejouer une consultation dentaire. Cela aide à dédramatiser l'acte et à structurer les étapes.
- ⇒ **Jeux de rôle** : l'enfant ou le patient peut jouer le rôle du dentiste, de l'assistant ou du patient, en utilisant de faux instruments (miroir, masque, lampe), ce qui favorise le contrôle et réduit l'imprévisibilité.
- ⇒ **Jeux sensoriels** : manipulation d'objets ayant des textures, sons ou odeurs proches de ceux utilisés en cabinet, pour désensibiliser les patients aux stimulations sensorielles souvent anxiogènes.
- ⇒ **Jeux numériques ou interactifs** : applications éducatives ou mini-jeux animés expliquant les soins dentaires de manière ludique et interactive, favorisant l'engagement du patient (comme par exemple Ben le Koala qui propose un carnet pédagogique pour mettre en place le rituel du brossage des dents (63)).

Ces activités peuvent être proposées **en amont du rendez-vous** (à la maison ou dans un cadre éducatif), ou **au cabinet** lors de séances de familiarisation. La collaboration avec les **aidants, enseignants spécialisés ou éducateurs** est essentielle pour adapter les jeux au profil cognitif et affectif du patient.

## 3. Bénéfices observés

De nombreuses études et expériences cliniques montrent que la thérapie par le jeu permet :

- ⇒ Une **réduction significative de l'anxiété pré-soins** ;
- ⇒ Une **amélioration de la coopération** pendant les soins ;
- ⇒ Une meilleure **compréhension des procédures dentaires** par les patients ;

⇒ Une **amélioration de la relation thérapeutique** entre le patient, le praticien et l'équipe.

Bien que cette approche ne remplace pas les autres méthodes comportementales ou médicales (sédation, prémédication), elle peut s'intégrer harmonieusement dans une stratégie globale et humaniste de prise en charge.

#### E. Zoothérapie.

La **zoothérapie**, ou médiation animale, est une approche thérapeutique qui fait intervenir un animal spécifiquement éduqué dans un objectif d'accompagnement psychologique, sensoriel ou social.

Cette pratique se révèle particulièrement bénéfique pour les patients en situation de handicap mental, notamment dans la gestion de l'anxiété en contexte de soins.

En odontologie, bien que son usage reste encore émergent, elle suscite un intérêt croissant dans les structures engagées vers une prise en charge plus humanisée et adaptée.

##### 1. Principes et bienfaits de la médiation animale

La zoothérapie repose sur l'idée que la présence d'un animal calme et entraîné peut réduire le stress, améliorer la communication non verbale, et créer un climat de confiance favorable aux soins. En effet, la vue ou le contact avec un animal familier stimule la libération de **dopamine** (active un sentiment de gratification au niveau du cerveau et favorise la motivation) et d'**ocytocine** (renforce les liens et le sentiment de confiance et réduit le stress) (64).

Ces neuromédiateurs favorisent une sensation de **confiance, de sécurité et de réconfort**.

Le simple fait de regarder ou de caresser un animal entraîne une **baisse du cortisol** (65) (hormone du stress).

Cette baisse s'accompagne d'une **réduction de l'activité du système nerveux sympathique**, responsable de l'augmentation du rythme cardiaque, de la tension artérielle et de l'hypervigilance dans l'anxiété. La détente provoquée par le contact du chien stimule le nerf vague responsable de l'activation du système nerveux parasympathique.

Chez les personnes avec handicap mental, qui peuvent présenter des troubles du comportement, du langage ou de la régulation émotionnelle, l'animal joue un rôle de médiateur apaisant et rassurant.

Les effets observés sont multiples :

- ⇒ Diminution de l'anxiété et des tensions musculaires par effet de relaxation,
- ⇒ Stimulation cognitive et émotionnelle par le contact et l'interaction avec l'animal,
- ⇒ Amélioration de la coopération grâce à un environnement perçu comme plus chaleureux et sécurisé,
- ⇒ Renforcement du lien soignant-soigné facilité par la présence de l'animal comme tiers bienveillant.

## 2. Exemple emblématique : Scully, le golden retriever du CHU Dentaire de Brest

L'un des exemples les plus remarquables d'intégration de la zoothérapie en soins dentaires en France est celui de Scully, un golden retriever médiateur au Centre Hospitalier Universitaire Dentaire de Brest(66).

Formée en médiation animale, Scully accompagne depuis 2021 les patients en situation de handicap, notamment des enfants et des adultes présentant des troubles du spectre autistique ou des déficiences intellectuelles. Sa présence dans la salle d'attente ou pendant certains soins permet de :

- ⇒ Favoriser un climat émotionnel stable, en réduisant les comportements d'opposition ou d'agitation,
- ⇒ Créer un rituel rassurant pour les patients qui retrouvent Scully à chaque consultation,
- ⇒ Servir de distraction positive, détournant l'attention des actes potentiellement stressants,
- ⇒ Renforcer la motivation à venir aux rendez-vous, certains patients exprimant le souhait de revoir Scully plus que le dentiste lui-même.



Figure 17: Scully, golden retriever du CHU dentaire de Brest(67)

Le projet, initié par une équipe pluridisciplinaire (chirurgiens-dentistes, éducateurs spécialisés, zoothérapeutes), a fait l'objet d'une forte adhésion de la part des familles et du personnel soignant. Il illustre la manière dont la médiation animale peut s'intégrer concrètement dans un cadre hospitalier, avec des bénéfices cliniques visibles et mesurables.

### 3. Mise en œuvre pratique de la zoothérapie au cabinet

Bien que davantage déployée dans les structures hospitalières, la zoothérapie peut également être envisagée en cabinet libéral, à condition de :

- Collaborer avec un professionnel certifié en médiation animale ;
- Choisir un animal adapté, calme, hygiénique, non allergène et habitué au contact humain ;
- S'assurer du consentement du patient ou de ses responsables légaux ;
- Mettre en place un protocole clair concernant la présence de l'animal (zones autorisées, durée, interactions limitées).

La médiation peut se faire de manière directe (animal présent pendant la séance) ou indirecte (rencontre préalable dans un cadre moins médicalisé, séance de familiarisation). Il ne s'agit pas d'un acte médical en soi, mais d'un outil complémentaire à visée thérapeutique, inscrit dans une démarche éthique et sécurisée, qui peut tout de même poser le problème de gestion du chien ou de l'animal au cabinet dentaire libéral, très différent du fonctionnement hospitalier.

À l'image de Scully au CHU Dentaire de Brest, d'autres initiatives innovantes voient le jour en France, comme celle de Rancho (68), premier chien d'assistance judiciaire intervenant au tribunal de Nîmes notamment comme support émotionnel auprès des victimes, parfois de

crimes très graves, tout au long de certaines audiences, avec une réelle efficacité, témoignant du potentiel croissant de la médiation animale dans les contextes de stress aigu et d'accompagnement des personnes vulnérables.

## F. Adaptations sensorielles de l'environnement (SADE)

### 1. Principe et niveau de preuve

Les **Sensory-Adaptive Dental Environments (SADE)** visent à moduler la charge sensorielle au fauteuil (lumière, bruit, stimuli tactiles/olfactifs, repères visuels) afin de limiter la surstimulation chez les patients présentant des troubles neuro-développementaux ou une déficience intellectuelle.

Une revue systématique avec méta-analyses (BMC Oral Health, 2023(69)) montre une diminution significative des marqueurs psychophysiologiques de l'anxiété (dont la conductance cutanée) en SADE versus environnement standard ; l'effet sur les comportements cliniques est variable selon les études et outils d'évaluation. Ces données soutiennent l'usage des SADE comme option de première ligne chez les patients avec hypersensibilité sensorielle.

L'étude de **Stein Ducker et al.** (70) confirme que chez des enfants autistes, un environnement sensoriellement adapté (lumière adoucie, bruit modulé, adaptations tactiles) réduit la détresse physiologique et comportementale durant le détartrage, comparé à l'environnement habituel.

L'environnement adapté en question dans cette étude est le suivant :

- ⇒ Visuel : des rideaux occultants ont été placés aux fenêtres et tout éclairage fluorescent direct au plafond ainsi que la lampe dentaire standard ont été éteints. Une lampe a été placée dans un coin du fond de la pièce et projetée dans le rideau ; cela a fourni une lumière ambiante permettant l'enregistrement par caméra. Des effets visuels colorés lents (Snoezelen) projetaient des effets lumineux au plafond, dans le champ de vision de l'enfant (poissons ou bulles, selon ses préférences). Le dentiste portait une lampe frontale dirigée vers la bouche de l'enfant, réduisant ainsi les lumières vives qui lui brillaient dans les yeux ;

- ⇒ **Auditif** : une musique rythmée était projetée par des haut-parleurs portables. La musique était « *Exploring Nature with Music* » de Dan Gibson
- ⇒ **Tactile** (pression profonde) : ce stimulus consistait en une enveloppe conçue pour ressembler à un papillon, lestée d'un gilet de radiographie dentaire pédiatrique classique.

Les **recommandations AAPD (American Academy Pediatric Dentistry) 2024 (71)** intègrent désormais les SADE parmi les options de guidance comportementale pour les patients anxieux et/ou à besoins spécifiques.

## 2. Mise en œuvre pratique (opérationnel)

- ⇒ **Visuel** : lumière indirecte/atténuée, **lunettes teintées** si besoin.
- ⇒ **Auditif** : limiter les bruits aigus (turbine), **casque anti-bruit** ou musique douce.
- ⇒ **Tactile/Proprioception** : **couverture lestée**/tablier radio comme pression rassurante, appuis stables, cale-mors confortable.
- ⇒ **Olfacto-gustatif** : produits à **goûts/odeurs neutres**, rinçage rapide.
- ⇒ **Repères et communication**: « tell-show-do », supports visuels/"storyboard", minuteur.
- ⇒ Intégration dans une **désensibilisation graduée** : visites d'acclimatation sans acte, **séances courtes** avec pauses et renforcement positif.

## II. Approches pharmacologiques :

Lorsque les simples techniques de relaxation, de respiration, méditation ou sophrologie ne sont pas suffisantes, il existe des techniques médicamenteuses permettant d'atteindre les mêmes résultats.

Parfois l'état de conscience du patient, et en particulier du patient en situation de handicap mental, oblige le praticien dentiste à utiliser la médication pour diminuer l'anxiété de son patient.

La sédation, terme issue du latin « *sedare* » qui veut dire tranquilliser ou apaiser, consiste à induire un état de sommeil plus ou moins profond dans le système nerveux central grâce à l'administration de médicaments.

Selon le médicament donné, l'effet peut varier de la tranquillité à une somnolence intense. À l'opposé de l'anesthésie générale, la conscience est fortement réduite mais demeure présente, la respiration ainsi que le réflexe de déglutition restent en activité.

Un des bénéfices de l'utilisation de la sédation consciente par rapport à l'anesthésie générale réside dans la complexité et la lourdeur de sa mise en œuvre.(72)

La sédation peut varier en degré, allant d'une simple diminution de la vigilance à une perte de conscience totale.

L'évaluation clinique de la profondeur de la sédation implique de mesurer et d'attribuer un score à la réactivité du patient.

L'échelle de Ramsay est la plus utilisée, elle sert d'indicateur pour évaluer la profondeur de la sédation d'un patient en fonction d'une stimulation.

Cette échelle vise à juger la réactivité du patient face à un stimulus, à mesurer la profondeur de la sédation et à ajuster le niveau de sédation.

Cette échelle est composée de 6 éléments attribuant une partition variant de 0 à 6.

Score Clinique	État de conscience
1	Réveillé, agité
2	Réveillé, coopératif, orienté et calme
3	Éveillé mais ne répond qu'aux commandes
4	Endormi, réponse rapide à la pression glabellaire légère ou un stimulus auditif fort
5	Endormi, réponse lente à un tapotement glabellaire léger ou un stimulus auditif fort
6	Endormi, aucune réponse au tapotement glabellaire ou au stimulus auditif fort.

Figure 18:Échelle de sédation de Ramsay.(73)

Aux États-Unis, l'American Society of Anesthesiologists (ASA) a établi une échelle comprenant quatre degrés de sédation.

Stade <sup>26</sup>		Etat de conscience	Réaction à la stimulation	respiration spontanée	Réflexe de protection	Circulation	Intervention
I	sédation minimale	réveillé	réaction normale à l'appel	non altérée	non altéré	non altérée	généralement aucune
II	sédation modérée	somnolent	réveillable, phase de réveil avec réactions normales à l'appel et stimulation tactile	suffisante, adéquate	non altéré	Généralement non altérée	généralement aucune
III	sédation profonde	soporeux	non réveillable, réaction dirigée à la stimulation douloureuse	altérations escomptées	des altérations sont escomptées	généralement non altérée	contrôle de voies aériennes/ventilation peut être nécessaire
IV	anesthésie générale	inconscient	absent ou non dirigé	insuffisante ou absente	aboli	généralement altérée	protection des voies aériennes

Figure 19: Niveaux de sédation et relations cliniques(74)

Au cabinet dentaire, (pour des raisons de sécurité) nous ne pouvons pas aller plus loin que la sédation modérée.

#### A. Sédation consciente

Dans la pratique dentaire, les molécules disponibles dans le cadre de la pharmacosédation sont les benzodiazépines, les antihistaminiques, les anxiolytiques, les molécules apparentées aux benzodiazépines et le protoxyde d'azote.

##### 1. Sédation per os

La sédation per-os est un médicament qui se prend par voie orale. En général, le comprimé est administré une heure avant l'intervention. Elle peut être employée si l'anxiété est extrêmement légère. Elle offre également l'opportunité de bien se relaxer et se reposer après l'intervention. Toutefois, l'impact du médicament peut différer d'un patient à un autre.

Il existe différents types de molécules, parmi elles on retrouve :

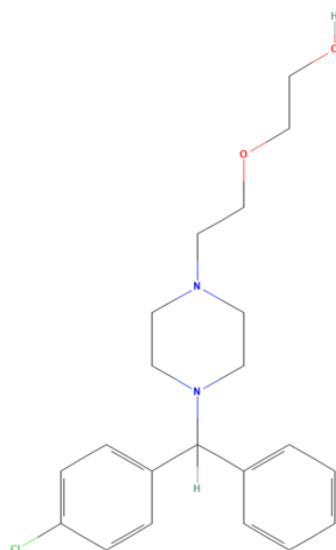
a) L'hydroxyzine

Figure 20 : Structure moléculaire de l'hydroxyzine (75)

L'hydroxyzine est un médicament qui fait partie de la catégorie des antihistaminiques. (76)

Indications	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement de l'anxiété légère de l'adulte liées à des circonstances telles qu'une chirurgie dentaire ou des troubles émotionnels intenses.</li> <li>• Tranquillisant dans les heures qui précèdent une anesthésie générale,</li> <li>• Traitement symptomatique des démangeaisons,</li> <li>• Traitement de certains troubles du sommeil chez l'enfant de plus de 6 ans après échec de la prise en charge psychologique.</li> </ul>
Contre-indications	<p>Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de glaucome à angle fermé</li> <li>• Risque de rétention des urines (adénome de la prostate...)</li> <li>• Porphyrrie</li> <li>• Insuffisance rénale grave</li> <li>• Prédisposition aux torsades de pointes visible sur l'électrocardiogramme</li> <li>• Situations favorisant les torsades de pointes</li> <li>• En association avec les médicaments susceptibles de provoquer des torsades de pointes.</li> </ul>

Voie d'administration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulte : 50 à 100 mg par jour selon les indications. Chez le sujet âgé, la dose maximale ne doit pas dépasser 50 mg par jour.</li> <li>• Enfant de plus de 6 ans : la posologie est fonction du poids de l'enfant. Elle est habituellement de 1 mg par kg et par jour.</li> <li>• Chez l'enfant de moins de 6 ans : sirop 2mg/mL.</li> </ul>
--------------------------	---

Figure 21 : Tableau récapitulatif Hydroxyzine

b) Bromazépam

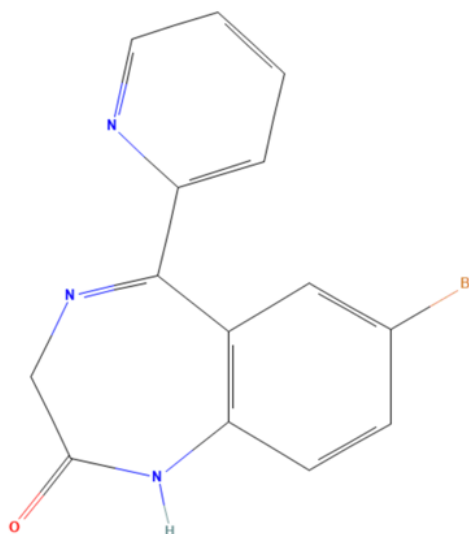


Figure 22 : structure moléculaire du bromazépam (77)

De son nom commercial Lexomil, ce médicament est un anxiolytique de la famille des benzodiazépines.(78)

Indications	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement de l'anxiété lorsque celle-ci s'accompagne de troubles gênants (anxiété généralisée, crise d'angoisse...)</li> <li>• Dans le cadre d'un sevrage alcoolique.</li> </ul>
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance hépatique grave,</li> <li>• Insuffisance respiratoire grave,</li> <li>• Syndrome d'apnée du sommeil,</li> <li>• Myasthénie.</li> </ul>
Voie d'administration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulte : 6 mg par jour, habituellement répartis en 1/4 de comprimé le matin, 1/4 de comprimé le midi et 1/2 comprimé le soir.</li> <li>• Pas adapté à l'enfant.</li> </ul>

Figure 23 : Tableau récapitulatif Bromazépam

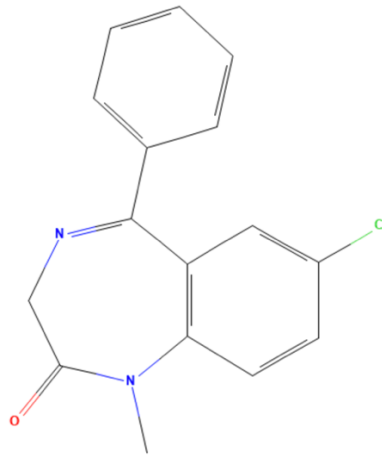
c) Diazépam

Figure 24 : structure moléculaire du Diazépam(79)

De son nom commercial Valium, le diazépam est une molécule issue de la famille des benzodiazépines. (80)

Indications	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Anxiété sévère</b> avant un soin dentaire (sédation légère à modérée)</li> <li>• <b>Préparation psychique</b> chez les patients handicapés mentaux anxieux ou peu coopérants</li> <li>• <b>Sédation pré-opératoire</b> avant anesthésie générale ou soins sous MEOPA/AG</li> <li>• <b>Crises convulsives</b> chez le patient épileptique pendant un soin dentaire</li> </ul>
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypersensibilité aux benzodiazépines</li> <li>• Insuffisance respiratoire sévère</li> <li>• Syndrome d'apnée du sommeil non traité</li> <li>• Insuffisance hépatique sévère</li> <li>• Myasthénie</li> <li>• Grossesse (surtout 1<sup>er</sup> trimestre), allaitement (usage limité et justifié)</li> <li>• Troubles de la coordination ou confusion importante (risque majoré chez les patients déficients)</li> </ul>
Voies d'administration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voie orale (comprimé ou solution buvable, 1h avant le soin).</li> <li>• Voie rectale (si troubles de la déglutition)</li> <li>• Voie IV (milieu hospitalier ou sous AG, principalement pour le sevrage alcoolique)</li> </ul>

Figure 25 : Tableau récapitulatif Diazépam

## 2. Sédation par voie pulmonaire, le MEOPA

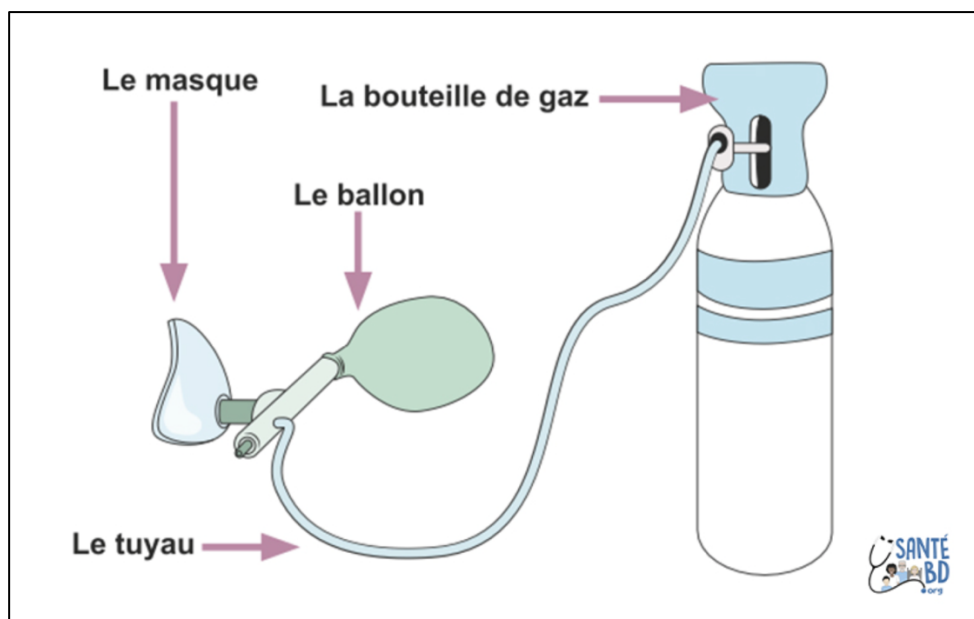


Figure 26 : Kit d'administration du MEOPA (81)

Le MEOPA (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote) est un gaz destiné à faciliter les soins dentaires chez les patients anxieux ou phobiques, comme les enfants, les personnes handicapées, majeures ou mineures.

Le MEOPA est un **médicament à statut particulier**, utilisable **uniquement par un professionnel formé** (attestation de formation à la sédation consciente). Son administration est **réversible, courte et bien tolérée**, avec un **effet anxiolytique rapide** (en quelques minutes).(82)

Indications	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété modérée à sévère liée aux soins dentaires</li> <li>• Patients handicapés mentaux peu coopérants ou anxieux mais communicants</li> <li>• Phobie dentaire ou expérience négative antérieure</li> <li>• Soins courts ou moyennement invasifs (détartrage, extractions simples, empreintes)</li> <li>• Réduction de l'usage de l'anesthésie générale chez les patients fragiles ou polyhandicapés.</li> </ul>
-------------	--

Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pneumothorax spontané (ou antécédent)</li> <li>• Traumatismes crâniens récents ou présence d'hypertension intra-crânienne</li> <li>• Embolie gazeuse ou suspicion d'obstruction aérique (ex : sinusite bloquante, otite moyenne aiguë sévère)</li> <li>• Altération de l'état de conscience, troubles de la vigilance, ou patient non-coopérant non communicant)</li> <li>• Déficit en vitamine B12 non corrigé (risque neurotoxique).</li> </ul>
Voies d'administration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voie pulmonaire (inhalation)</li> <li>• Administration par masque facial adapté</li> </ul>

Figure 27 : Tableau récapitulatif MEOPA

Le MEOPA est très efficace et sûr, mais en France, bien que son utilisation puisse être utilisée en omnipratique sans aucune restriction sauf celle d'une formation et d'un usage médicalement adapté au cadre de santé du patient, son utilisation reste surtout hospitalière et spécialisée (pédiatrie, handicap, soins hospitaliers). Dans le monde anglo-saxon et nordique, il fait partie des **soins dentaires de routine**, notamment pour les enfants et les patients anxieux.

## B. Anesthésie générale

### a) Propofol

Le propofol est un anesthésique général d'action rapide (délai d'environ 30 secondes), de courte durée et permettant un contrôle facile du niveau d'anesthésie et un réveil généralement rapide. Son mécanisme d'action est mal connu, toutefois le propofol semble provoquer des effets sédatifs/anesthésiques par la modulation positive de la fonction inhibitrice du neurotransmetteur GABA activé par la fixation du récepteur GABA<sub>A</sub>.

Le propofol, en tant qu'agent de sédation, possède un effet hypnotique et peut être administré en association avec divers analgésiques et myorelaxants. (83)

Il n'est jamais utilisé en cabinet dentaire de ville car son emploi est strictement réservé au milieu hospitalier, avec monitoring continu et présence d'un anesthésiste-réanimateur ainsi qu'une assistance ventilatoire potentielle car il peut induire une dépression respiratoire.

Indications	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anesthésie générale chez l'adulte et l'enfant &gt; 1 mois</li> <li>• Sédation anesthésique de courte durée chez l'adulte et l'enfant &gt; 1 mois</li> <li>• Sédation au cours de la ventilation chez le sujet &gt; 16 ans</li> <li>• Impossibilité de soins sous MEOPA ou benzodiazépines</li> <li>• Soins multiples en une seule séance</li> <li>• Patients handicapés mentaux profonds ou polyhandicapés.</li> </ul>
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypersensibilité à l'un des composants</li> <li>• Instabilité hémodynamique</li> <li>• Insuffisance respiratoire non contrôlée</li> <li>• Contre-indication à l'anesthésie générale</li> <li>• Âge &lt; 1 mois (hors réanimation néo-natale ou situation particulière)</li> </ul>
Voie d'administration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voie intraveineuse (en perfusion) par injection lente ou en continu</li> <li>• Posologie à adapter en fonction de la réponse clinique</li> <li>• Uniquement en milieu hospitalier ou centre spécialisé</li> </ul>

Figure 28 : Tableau récapitulatif propofol

b) Kétamine

La kétamine est un anesthésique général **non barbiturique** à **action rapide**, administrable **par voie intraveineuse ou intramusculaire**. Elle induit une **anesthésie dite dissociative**, en **diminuant l'activité** du néocortex et des structures sous-corticales (notamment le thalamus) tout en **augmentant l'activité** du système limbique et de la **formation réticulée**(84).

C'est-à-dire que contrairement aux autres anesthésiques généraux, avec la kétamine le patient ne ressent pas la douleur et est déconnecté de la réalité mais certains réflexes vitaux (déglutition, ventilation) restent conservés. Mais des phénomènes comme des hallucinations, des rêves vifs ou des sensations étranges peuvent apparaître car le système limbique reste actif.

Indications	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Anesthésie générale</b> chez l'adulte et l'enfant (IV/IM), particulièrement adaptée aux actes de <b>courte durée</b> ; possible prolongation par perfusion.</li> <li>• <b>Inducteur d'anesthésie</b> avant d'autres agents, ou <b>potentialisateur</b> (ex. protoxyde d'azote).</li> <li>• <b>Analgésie procédurale de courte durée</b> en contexte hospitalier (douleur aiguë, soins douloureux en SI/palliatif) <b>après échec</b> des thérapeutiques usuelles (<b>opioïdes, MEOPA</b>)</li> <li>• <b>Situations fréquentes en odontologie/SCD</b> (dans des structures formées et équipées) : impossibilité de soins sous MEOPA/benzodiazépines, <b>soins multiples en une séance</b>, échec des techniques non pharmacologiques chez des patients avec <b>TND/DI</b> et coopération impossible → indication d'<b>AG</b> coordonnée.</li> </ul>
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hypersensibilité</b> à la kétamine.</li> <li>• <b>Situation où une élévation tensionnelle serait dangereuse</b></li> <li>• <b>Troubles psychiatriques</b> (psychose, schizophrénie) : contre-indication/fortes précautions</li> <li>• <b>Prudence</b> : pression intracrânienne ou intraoculaire élevées, hyperthyroïdie/traitement thyroïdien, infections ORL, insuffisance hépatique, association théophylline.</li> </ul>
Voies d'administration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Intraveineuse (IV)</b> : <b>induction</b>, injection <b>lente</b>; <b>entretien</b> par bolus répétés ou <b>perfusion</b>.</li> <li>• <b>Intramusculaire</b></li> <li>• <b>Uniquement</b> par/des équipes formées, avec <b>monitoring</b> et matériel de <b>réanimation</b> disponibles ; respect des recommandations de <b>sédation pédiatrique</b> (NICE/AAPD) selon le niveau de sédation visé.</li> </ul>

Figure 29: Tableau récapitulatif Kétamine

## C. Importance de la collaboration interdisciplinaire.

### 1. Objectifs et principes de la coordination

La collaboration interdisciplinaire vise d'abord à réduire l'anxiété du patient tout en sécurisant l'acte.

Concrètement, l'équipe organise une prise en charge graduée : on privilégie d'abord les approches non pharmacologiques (guidance comportementale, environnement sensoriel adapté), puis la sédation consciente lorsqu'une coopération minimale est possible, et l'anesthésie générale seulement si la coopération est impossible ou que des actes multiples/complexes doivent être réalisés en une séance.

Cette coordination permet d'anticiper les facteurs déclencheurs d'anxiété, d'augmenter la prévisibilité pour le patient et d'éviter les escalades inutiles vers des techniques plus lourdes.

### 2. Rôles et contributions des acteurs

Le chirurgien-dentiste pilote la stratégie : il évalue l'anxiété et la capacité de coopération, documente les essais non pharmacologiques et pose l'indication de sédation ou d'anesthésie générale en planifiant des séances courtes, structurées et prévisibles.

L'anesthésiste confirme la stratégie pharmacologique, vérifie les contre-indications, définit le monitoring, les critères d'échec et les plans de secours.

Le médecin traitant et les spécialistes (pédiatre, neurologue, psychiatre) apportent la synthèse des comorbidités et des traitements, avec d'éventuels ajustements.

Les infirmières et l'assistante dentaire assurent la préparation matérielle, les check-lists de sécurité, la surveillance per- et post-acte, et les critères de sortie.

Les aidants/familles fournissent l'anamnèse comportementale fine (routines apaisantes, déclencheurs), participent à la préparation (supports visuels, respect du jeûne) et relayent les consignes post-opératoires.

## **Partie 3 : Formation et sensibilisation**

### I. Formation des professionnels de santé dentaire.

La qualité de la prise en charge des patients en situation de handicap mental repose en grande partie sur la **formation des professionnels de santé dentaire**. L'accueil, la gestion de l'anxiété et l'adaptation des soins nécessitent non seulement des compétences techniques, mais également des **compétences relationnelles, comportementales et éthiques**, souvent peu abordées en formation initiale.

#### A. Une formation encore insuffisante

Malgré les recommandations nationales et internationales (85) en faveur d'une **odontologie inclusive**, les études montrent que la majorité des praticiens se sentent **insuffisamment préparés** à traiter des patients porteurs de handicap mental. Les freins les plus souvent évoqués sont :

- ⇒ une **méconnaissance des troubles cognitifs ou comportementaux**,
- ⇒ un **manque de formation spécifique à l'adaptation des soins** (communication, gestion du comportement, environnement),
- ⇒ une **appréhension face à des situations complexes ou imprévisibles**.

Une enquête menée par l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD) en 2010 montrait que **les praticiens ne se sentaient pas suffisamment formés** (86) pour prendre en charge des patients en situation de handicap (p.40 de l'article).

#### B. Contenus et objectifs de la formation spécialisée

Face à ce constat, de nombreux organismes et institutions ont développé des **programmes de formation continue** et des modules intégrés dans les cursus universitaires, avec pour objectifs de :

- ⇒ **Sensibiliser les futurs praticiens** aux besoins spécifiques des patients en situation de handicap mental,
- ⇒ **Acquérir des compétences en communication alternative**, en gestion de l'anxiété et en techniques comportementales,

- ⇒ **Adapter l'environnement de soins** (accueil, organisation, matériel) pour le rendre plus accessible et rassurant,
- ⇒ **Favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire**, notamment avec des aides-soignants, éducateurs, psychologues et orthophonistes.

Ces formations peuvent prendre la forme de **séminaires, d'ateliers pratiques, de mises en situation, de simulations**, voire de stages dans des structures spécialisées (IME, MAS, FAM, etc.).

En France, des UFR d'odontologie (notamment celles de Paris, Strasbourg, Nantes, Toulouse ou encore Montpellier) ont intégré dans leur programme des **enseignements spécifiques sur le handicap**, parfois en lien avec des DU ou des formations interprofessionnelles.

### C. Vers une évolution des pratiques

La montée en puissance des enjeux liés à l'inclusion et à l'accessibilité dans le domaine de la santé pousse les universités et les autorités de santé à repenser les référentiels de formation. De nouvelles orientations pédagogiques valorisent :

- ⇒ le **savoir-être** autant que le savoir-faire,
- ⇒ la **formation interdisciplinaire**, essentielle pour appréhender la complexité des situations,
- ⇒ la **réflexion éthique** autour de la dignité, de la bientraitance et du consentement des patients en situation de handicap.

Former les praticiens à mieux prendre en charge ces patients, c'est **réduire les inégalités d'accès aux soins**, renforcer la qualité de la relation thérapeutique et **prévenir l'exclusion du système de santé** d'une population particulièrement vulnérable.

Cette évolution s'inscrit dans une dynamique plus large portée notamment par l'AGEFIPH qui encourage le développement d'une accessibilité pédagogique et organisationnelle au sein des formations professionnelles et universitaires notamment dans son guide « *Développer l'accessibilité de vos formations* » (87).

## II. Sensibilisation et rôles des familles et des aidants.

Dans le contexte de soins dentaires, le rôle des aidants familiaux ou professionnels est fondamental pour comprendre, anticiper et réduire l'anxiété des personnes en situation de handicap mental. Ces accompagnants jouent un **rôle pivot** dans la communication, la gestion émotionnelle, la préparation aux soins et la collaboration avec l'équipe soignante.

### A. Médiateurs de la communication

Les aidants et membres de la famille connaissent les **modes d'expression émotionnelle** propres au patient. Ils sont souvent les seuls à pouvoir décoder les signes précurseurs d'une anxiété croissante, notamment lorsque celle-ci ne s'exprime pas verbalement.

Ils peuvent :

- ⇒ Traduire les **besoins ou inconforts** du patient au soignant.
- ⇒ Aider à **adapter le langage**, les gestes, ou les consignes.
- ⇒ Suggérer des **stratégies ou routines connues** du patient pour réduire le stress (objet transitionnel, posture rassurante, temps de pause, etc.).

### B. Préparation en amont des soins

Les aidants jouent également un rôle essentiel en **préparant la personne à la consultation**, ce qui permet de diminuer considérablement l'anxiété anticipatoire :

- ⇒ Expliquer le déroulement de la séance avec des **supports visuels** ou des **histoires sociales**.
- ⇒ Réaliser des **jeux de rôle** ou des visites préalables au cabinet.
- ⇒ Utiliser un **emploi du temps visuel** pour situer la consultation dans la journée ou la semaine.

#### 1. Présence rassurante pendant les soins

Lors de l'acte dentaire, la présence d'un aidant familial peut offrir :

- ⇒ Un **ancrage affectif**, une sécurité émotionnelle essentielle.
- ⇒ Une **stimulation verbale ou gestuelle adaptée**, en temps réel.
- ⇒ Une **intervention rapide en cas d'escalade anxieuse**, grâce à la connaissance des signaux précoces.

Toutefois, il est important que les aidants soient **briefés au préalable** par le professionnel sur leur rôle, afin de maintenir un climat serein sans interférer avec le travail clinique.

## 2. Partenaires dans la continuité des soins

Les aidants ne se limitent pas au rôle d'intermédiaire ponctuel. Ils participent aussi :

- ⇒ À la **continuité des soins à domicile** (hygiène bucco-dentaire, prise de traitement, suivi post-actes).
- ⇒ À la **construction d'un lien de confiance progressif** avec l'environnement médical.
- ⇒ Au **recueil des retours** du patient une fois de retour au domicile, permettant de mieux adapter les soins futurs.

Le partenariat avec les aidants et la famille est **indispensable** à une prise en charge anxiolytique et efficace du patient en situation de handicap mental. Leur connaissance fine de la personne, leur rôle de traducteurs émotionnels et comportementaux, et leur capacité à sécuriser le cadre font d'eux des **acteurs à part entière de l'équipe de soins**. Les impliquer dès le début du parcours permet d'optimiser la qualité et l'humanité des soins dentaires.

## III. Développement de supports d'information adaptés.

L'information délivrée aux patients en situation de handicap mental, ainsi qu'à leurs aidants, doit être pensée de manière accessible, visuelle et adaptée au niveau de compréhension cognitif.

Les supports pédagogiques jouent un rôle central dans la réduction de l'anxiété liée aux soins dentaires, en favorisant l'anticipation, la compréhension et la coopération.

### A. Les caractéristiques d'un support adapté

Les supports d'information doivent être :

- ⇒ **Visuels** : pictogrammes, photos, vidéos explicatives.
- ⇒ **Simplifiés** : langage clair, phrases courtes, évitement du jargon médical.
- ⇒ **Progressifs** : présentant les étapes du soin dentaire de façon séquentielle.
- ⇒ **Personnalisables** : selon le type de handicap, l'âge et les besoins spécifiques.

## B. Exemples de supports existants

### 1. Livret "J'ai rendez-vous chez le dentiste" – SantéBD



Figure 30 : Différentes BD personnalisables disponibles sur le site SantéBD.org(56)

Le site **santebd.org** propose des **bandes dessinées personnalisables** pour expliquer les consultations médicales (56), y compris dentaires, aux personnes en situation de handicap. Ce support utilise des illustrations claires, des personnages attachants, et des explications étape par étape du déroulement d'un rendez-vous chez le dentiste. Il est possible de choisir le genre, l'âge, et le niveau de détail des informations et est également disponible en version imprimable et en ligne.

### 2. Supports Makaton et pictogrammes ARASAAC

Le **Makaton** (88) est un programme de communication utilisant des signes, des symboles et la parole. Il est souvent utilisé avec des personnes avec un des troubles du spectre autistique ou déficience intellectuelle.

Le site espagnol **ARASAAC** propose une bibliothèque gratuite de pictogrammes et d'histoires sociales utilisables pour la préparation aux soins.

⇒ Exemples : "*aller chez le dentiste*", "*se brosser les dents*", etc.

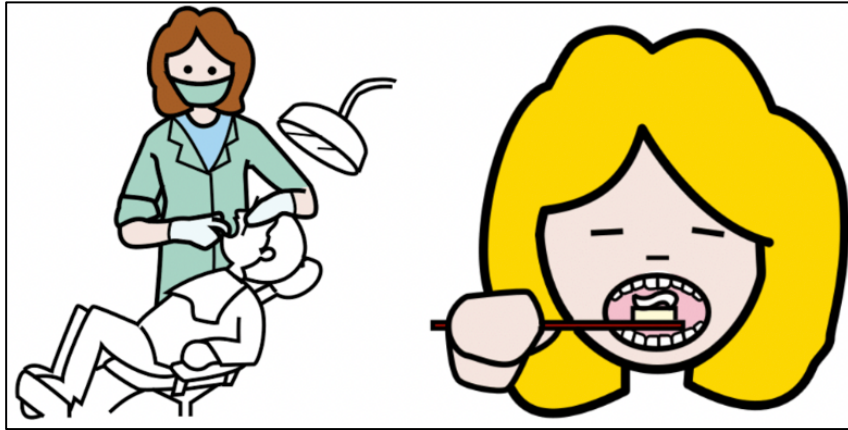


Figure 31 : Pictogramme "Aller chez le dentiste" et « Se brosser les dents »(89)

### 3. Vidéos explicatives – CHU et associations

Les vidéos explicatives représentent un outil pédagogique efficace pour accompagner les patients en situation de handicap mental, en particulier ceux présentant des troubles du spectre de l'autisme (TSA).

En illustrant les différentes étapes d'un rendez-vous dentaire, elles facilitent la compréhension, réduisent l'anxiété anticipatoire et renforcent la coopération au fauteuil. Elles peuvent également être utilisées par les aidants comme support de préparation à domicile.

Deux exemples de vidéos disponibles en ligne peuvent être mentionnés :

⇒ « **Préparer une visite chez le dentiste pour des personnes atteintes de TSA** » (90): cette vidéo propose des stratégies concrètes pour anticiper et accompagner un rendez-vous dentaire. Elle s'adresse principalement aux aidants et professionnels.

⇒ « **Soins dentaires et TSA avec le Dr. Mambaye Diaw** » (91): cette interview met en lumière les adaptations nécessaires à la prise en charge des patients autistes en cabinet dentaire.

Ces vidéos, en complément des outils écrits ou visuels, enrichissent les pratiques professionnelles en apportant des exemples concrets et accessibles d'accompagnement adapté.

### C. Intégration dans la pratique dentaire

L'utilisation de ces supports en **amont du rendez-vous** (à la maison, avec les aidants) puis **au fauteuil** (comme outil de communication et de renforcement positif) améliore l'alliance thérapeutique et réduit significativement l'anxiété.

Le chirurgien-dentiste peut également créer ses propres supports personnalisés à l'aide d'outils simples (PowerPoint, Canva, pictogrammes libres de droit) en collaboration avec les familles ou les éducateurs spécialisés.

## **Partie 4 : Recommandations pour la pratique clinique :**

### I. Importance de l'approche personnalisée et centrée sur le patient.

Chez les personnes en situation de handicap mental, l'application de protocoles standardisés montre rapidement ses limites.

La variabilité des profils neuro-comportementaux, des capacités d'adaptation et des facteurs anxiogènes impose une **personnalisation de la prise en charge** : il s'agit d'**adapter les soins au patient**, et non l'inverse.

Cette approche s'inscrit dans une **vision holistique** qui dépasse le diagnostic. Elle intègre les déterminants personnels, sociaux et émotionnels modulant le comportement au fauteuil (anxiété anticipatoire, expériences antérieures, contexte familial).

Elle est particulièrement pertinente lorsque le milieu médical constitue un facteur d'hyperstimulation et de refus de soins.

Trois axes opérationnels structurent cette démarche :

⇒ Caractéristiques individuelles :

Dès le premier contact, identifier les éléments susceptibles d'augmenter ou d'atténuer l'anxiété : hypersensibilités sensorielles, modalités de communication, routines sécurisantes, antécédents traumatiques.

L'entretien avec les aidants est central pour recueillir les signaux d'alerte et les stratégies de réassurance déjà efficaces.

⇒ Adaptation du rythme et des modalités :

Faire preuve de flexibilité : durée des séances ajustée, pauses programmées, séances d'acclimatation sans acte (désensibilisation graduée), simplification des gestes et de l'environnement (réduction des stimuli, supports visuels).

L'objectif est de respecter le rythme propre du patient et de prévenir la surcharge émotionnelle.

⇒ Alliance thérapeutique et continuité :

Construire une relation de confiance avec le patient et ses aidants : objectifs co-définis, explication claire du déroulé, validation régulière du consentement/assentiment.

La stabilité des interlocuteurs au sein de l'équipe et la codécision renforcent l'adhésion et la coopération.

En pratique, cette démarche personnalisée n'est pas une adaptation ponctuelle mais un principe directeur de la prise en charge anxiolytique au cabinet dentaire. Elle requiert écoute clinique, empathie et ajustements continus, et constitue un levier majeur de réussite des actes et de respect de la personne.

## II. Élaboration de protocoles de prise en charge spécifiques.

La gestion de l'anxiété chez les patients en situation de handicap mental ne peut se faire de manière empirique. Elle nécessite la mise en place de **protocoles spécifiques, rigoureux et adaptables**, afin d'assurer une prise en charge structurée, sécurisante et reproductible. Ce guide clinique propose une démarche méthodologique en **six étapes clés**, destinée aux chirurgiens-dentistes et à leurs équipes, pour concevoir et appliquer efficacement ces protocoles.

⇒ Étape 1 : Réaliser une évaluation pré-soins individualisée

- **Identifier le type de handicap mental** (troubles du spectre autistique, déficience intellectuelle, troubles du comportement, etc.).
- Recueillir les **antécédents médicaux, comportementaux et anxieux** via un entretien avec les aidants ou la famille.
- Évaluer les **facteurs déclencheurs d'anxiété** (hypersensibilité sensorielle, phobies, mauvaise expérience antérieure).

- Déterminer les **modes de communication adaptés** : pictogrammes, supports visuels, langage simplifié.

⇒ Étape 2 : Adapter l'environnement opératoire

- Prévoir une **salle calme et isolée des stimuli anxiogènes** (bruits d'instruments, éclairages agressifs).
- Limiter les temps d'attente et favoriser un **accueil rapide et personnalisé**.
- Intégrer des **outils de distraction ou de réassurance** : musique douce, objets sensoriels, supports visuels expliquant le déroulement de la séance.
- Organiser, si possible, une **visite de familiarisation préalable** au soin pour réduire l'inconnu.

⇒ Étape 3 : Structurer le déroulement des soins par étapes progressives

- Planifier des **séances courtes et fréquentes**, en augmentant progressivement la durée selon la tolérance du patient.
- Introduire les instruments et les gestes de manière séquentielle : **décomposer l'acte en sous-étapes compréhensibles**.
- Valoriser chaque progrès par des **renforcements positifs immédiats** (félicitations, petites récompenses).

⇒ Étape 4 : Appliquer des techniques de gestion comportementale et pharmacologique encadrées

- Standardiser l'utilisation des techniques de **guidance verbale et de communication positive**.
- Mettre en œuvre des **stratégies de désensibilisation** : répétition des gestes simples, familiarisation progressive avec le matériel.
- En cas d'anxiété majeure, prévoir un **protocole de sédation consciente (MEOPA, prémédication orale)** selon des indications précises et validées.
- Prévoir des **pauses systématiques** durant les soins pour éviter la surcharge émotionnelle.

⇒ *Étape 5 : Instaurer une coordination pluridisciplinaire et impliquer les aidants*

- Organiser en amont des **réunions de coordination** avec les intervenants médicaux (médecin traitant, orthophoniste, psychologue si besoin).
- Solliciter, selon les cas, **la présence des aidants durant la séance** pour renforcer le sentiment de sécurité du patient.
- Former l'ensemble de l'équipe dentaire (assistantes, personnels d'accueil) à **adopter une attitude adaptée et cohérente** avec le protocole.

⇒ *Étape 6 : Mettre en place une évaluation et un suivi continus du protocole*

- Utiliser des **échelles d'évaluation comportementale** (par exemple : FLACC, ou des grilles adaptées aux patients non verbaux) pour mesurer le niveau d'anxiété.
- Documenter systématiquement le déroulement des séances et les adaptations nécessaires.
- Réévaluer et ajuster le protocole à chaque étape du parcours de soins, en collaboration avec les aidants.

La mise en œuvre de ces étapes dans un protocole de soin formalisé permet d'**offrir un cadre rassurant et structuré au patient en situation de handicap mental**, d'optimiser les conditions de travail de l'équipe soignante et de favoriser la réussite des actes de soins dans le respect du patient et de ses particularités.

Cependant, si les protocoles spécifiques de prise en charge constituent une base essentielle, **l'approche personnalisée centrée sur le patient en situation de handicap mental doit toujours primer sur la rigidité des procédures.**

C'est en adoptant une posture d'écoute, d'observation et d'adaptation constante que le praticien pourra instaurer un climat de confiance, réduire significativement l'anxiété du patient et rendre possible des soins de qualité, respectueux de la personne et de sa singularité.

### III. Rôle des réseaux de soutien et des associations.

La prise en charge des patients en situation de handicap mental nécessite une approche globale, dépassant le strict cadre du cabinet dentaire. Face à la complexité de certaines situations, le praticien doit pouvoir s'appuyer sur des réseaux de soutien et des associations spécialisées, véritables relais d'expertise et de coordination, qui jouent un rôle fondamental dans l'accompagnement du patient, des familles, et des professionnels de santé.

#### 1. Des relais d'expertise et d'accompagnement pour les soignants

De nombreuses structures proposent un appui aux professionnels de santé souhaitant développer leurs compétences en matière de handicap. Parmi elles :

- **Le Réseau Santé Bucco-Dentaire et Handicap (RSBDH)** : regroupe des professionnels de santé engagés dans l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de handicap. Il propose des formations, des outils d'aide à la pratique, et met en relation praticiens et structures médico-sociales.
- **Handident** (Réseau régional dans diverses régions dont l'Occitanie) : association ayant pour but d'améliorer l'accès aux soins dentaires des personnes handicapées ou dépendantes en proposant un accompagnement personnalisé, des consultations mobiles et des formations pour les chirurgiens-dentistes.
- **SOSS Handicap (Santé Orale Soins Spécifiques Handicap)** : réseau régional (Île-de-France) qui accompagne les professionnels dans la gestion des soins complexes, en particulier pour les patients dont l'accès aux soins est limité en raison d'un handicap mental ou psychique.

Ces réseaux permettent aux praticiens de bénéficier d'un soutien face aux situations complexes et de s'inscrire dans une dynamique d'amélioration continue de leurs pratiques.

#### 2. Un lien fondamental avec les familles et les aidants

Les associations de familles et d'usagers jouent un rôle central dans l'accompagnement au quotidien. Elles sont souvent les premières à identifier les difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires et proposent des outils pour faciliter le parcours de soin.

On peut citer :

- **UNAPEI (Union Nationale des Associations de Parents, de Personnes Handicapées Mentales et de leurs Amis)** : première fédération française d'associations de défense des droits des personnes en situation de handicap mental, qui propose de nombreux guides pratiques pour les familles et participe activement à la sensibilisation des professionnels de santé.
- **Autisme France** : association de référence qui accompagne les familles d'enfants et d'adultes autistes. Elle met à disposition des ressources pratiques pour préparer les consultations médicales, incluant les soins dentaires.
- **AFM-Téléthon (Association Française contre les Myopathies)** : bien que centrée sur les maladies neuromusculaires, cette association agit également pour l'accès aux soins courants, en particulier dentaires, pour les personnes lourdement handicapées.

Collaborer avec ces associations permet au praticien d'établir un lien de confiance avec les aidants, d'obtenir des informations précieuses sur les besoins spécifiques du patient et de favoriser une préparation conjointe des séances de soins.

### 3. Favoriser la coordination pluridisciplinaire

Des dispositifs tels que les **Centres de Ressources Handicap (CRH)** ou les **Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaire (CSERD)** intégrant des filières handicap, facilitent la mise en réseau des professionnels (médecins généralistes, spécialistes, établissements médico-sociaux, orthophonistes, psychomotriciens).

Par exemple :

- Le **Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTLA)** propose un accompagnement pluridisciplinaire pour les enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux, avec une attention particulière à la coordination des soins de santé, y compris dentaires.
- Certains **Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)** collaborent avec des chirurgiens-dentistes formés pour organiser des parcours de soin individualisés.

L'intégration du chirurgien-dentiste dans ces dispositifs permet de structurer des parcours de soins progressifs, en accord avec les capacités du patient et les ressources locales disponibles.

#### 4. Lutte contre les inégalités d'accès aux soins

Les associations militantes comme l'**APF France Handicap (Association des Paralysés de France)**, l'**Association Française de Soutien aux Enfants en Difficulté (AFSED)** ou encore l'**Alliance Maladies Rares**, s'investissent pour défendre le droit à l'accès aux soins de qualité pour les personnes handicapées.

Ces structures participent activement à :

- La sensibilisation des pouvoirs publics sur la nécessité de développer l'accessibilité des cabinets dentaires,
- L'organisation d'événements de formation et de sensibilisation destinés aux professionnels de santé,
- La mise en place de campagnes d'information sur la santé bucco-dentaire auprès des familles.

Le chirurgien-dentiste, en se rapprochant de ces réseaux, devient un acteur à part entière de cette dynamique collective visant à réduire les inégalités d'accès aux soins.

## Conclusion

Notre travail de thèse met en lumière le fait que la réussite des soins dentaires ne tient pas seulement à la technicité des gestes, mais à la **capacité de l'équipe à prévenir et à contenir l'anxiété** dans toutes ses dimensions cognitives, sensorielles, communicationnelles et environnementales.

Chez les personnes en situation de handicap mental, ces facteurs se renforcent mutuellement et peuvent conduire à l'évitement des soins, à des actes interrompus ou à un recours prématuré à l'anesthésie générale.

Nous avons d'abord clarifié les **mécanismes de l'anxiété dentaire** et les spécificités des différents tableaux cliniques (déficience intellectuelle, TSA, polyhandicap), puis détaillé leurs **interactions** : compréhension limitée du déroulé, hypersensibilités sensorielles, rupture des routines et dépendance au cadre et aux aidants.

Nous avons ensuite présenté des **méthodes d'évaluation** classiques et adaptées, rappelant l'importance d'impliquer les aidants dans le recueil des signaux précoces et des stratégies déjà efficaces.

Sur le plan thérapeutique, les **approches non pharmacologiques** doivent constituer la **première intention** : techniques de respiration/relaxation, TCC adaptées, supports visuels et CAA, **thérapie par le jeu**, et **adaptations sensorielles de l'environnement (SADE)**. Les données les plus robustes appuient en particulier les SADE pour **réduire les réponses physiologiques de l'anxiété**, tandis que l'effet comportemental demande souvent une combinaison avec d'autres techniques et une progression graduée.

Les **approches pharmacologiques** (sédation consciente, anesthésie générale) gardent une place essentielle pour certains patients et situations, mais doivent s'inscrire dans un **parcours interdisciplinaire** sécurisé, tracé et proportionné au besoin.

Au terme de ce travail, quatre **repères pratiques** émergent pour la clinique quotidienne :

1. **Anticiper** : dépister l'anxiété et les hypersensibilités, organiser une **visite d'acclimatation**, coconstruire le plan de séance avec les aidants.
2. **Adapter** : aménager l'**environnement sensoriel**, simplifier la communication (supports visuels, "tell-show-do"), fractionner et rythmer les actes, prévoir des **pauses**.
3. **Accompagner** : stabiliser les **interlocuteurs**, renforcer positivement, documenter ce qui fonctionne et transmettre l'information à l'ensemble du réseau de soins.
4. **Hiérarchiser** : privilégier les **mesures non pharmacologiques** ; recourir à la sédation/AG selon des **indications explicites**, avec **monitoring** et protocoles partagés.

## Bibliographie

1. En quoi consiste le droit à compensation ? | Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/scolarite/en-quoi-consiste-le-droit-compensation>
2. Loi Handicap 2005 : définition | Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 31 août 2025]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/loi-handicap-2005>
3. Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2025/15 du 30 juin 2025. 2025;
4. Inserm [Internet]. [cité 24 janv 2025]. Troubles anxieux · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/>
5. Troubles anxieux [Internet]. [cité 24 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
6. VIDAL [Internet]. [cité 24 janv 2025]. Anxiété - symptômes, causes, traitements et prévention. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete.html>
7. Anxiété, stress et angoisse : comment les distinguer? • Clinique de Psychologie Québec [Internet]. 2019 [cité 24 janv 2025]. Disponible sur: <https://cliniquepsychologiequebec.com/anxiete-stress-angoisse-comment-les-distinguer/>
8. Larousse É. Définitions : phobie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 29 août 2025]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/phobie/60302>
9. Pelissolo A. Définition:Phobie n. f. Idées reçues. 2012;9-9.
10. Psychanalyse [Internet]. [cité 29 août 2025]. Disponible sur: <https://psychanalyse.com/>
11. Pizzigoni L. La chromothérapie: une technique de gestion de l'anxiété non médicamenteuse au cabinet dentaire. 2020;
12. Centre dentaire Dentelia [Internet]. [cité 15 août 2025]. Phobie du Dentiste : ne plus avoir peur du dentiste. Disponible sur: <https://dentelia.fr/mag/la-phobie-du-dentiste-comment-peut-on-rassurer-les-patients/>
13. CORDIS | European Commission [Internet]. [cité 15 août 2025]. Des souris inquiètes offrent un aperçu sur les troubles anxieux. Disponible sur: <https://cordis.europa.eu/article/id/27784-worried-mice-provide-insight-into-anxiety-disorders/fr>
14. Appukuttan DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. Clin Cosmet Investig Dent. 10 mars 2016;8:35-50.
15. UFSBD-Tous-mobilises-pour-la-sante-bucco-dentaire-des-personnes-en-situation-de-handicap.pdf [Internet]. [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2021/12/UFSBD-Tous-mobilises-pour-la-sante-bucco-dentaire-des-personnes-en-situation-de-handicap.pdf>
16. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 29 août 2025]. Accès aux soins des personnes en situation de handicap - Rapport de la commission d'audition publique. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_736311/fr/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-rapport-de-la-commission-d-audition-publique](https://www.has-sante.fr/jcms/c_736311/fr/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-rapport-de-la-commission-d-audition-publique)
17. Handicap.fr. Handicap.fr. 2024 [cité 15 août 2025]. Définition / classification des handicaps (CIH, CIF et OMS). Disponible sur: <https://informations.handicap.fr/a-definition-classification-handicap-cih-oms-6029.php>
18. info.gouv.fr [Internet]. [cité 15 août 2025]. Comprendre les handicaps pour améliorer l'accessibilité. Disponible sur: <https://www.info.gouv.fr/accessibilite/comprendre-les-handicaps-pour-ameliorer-laccessibilite>

19. Les chiffres clés du handicap [Internet]. Diagnostic Accessibilité Handicapés. [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://www.diagnostic-accessibilite-handicapes.com/handicaps/chiffres-cles/>
20. kezart. Quelle différence entre handicap mental et psychique? [Internet]. Formassad. 2015 [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://formassad.fr/actualites/handicap/quelle-difference-entre-handicap-mental-et-psychique/>
21. Le handicap - Bi-Pôles 31 [Internet]. 2024 [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://www.bipoles31.fr/le-handicap/>
22. unapei\_essentiel\_handicapmental.pdf [Internet]. [cité 29 août 2025]. Disponible sur: [https://www.unapei-ap.fr/documents/2018/12/unapei\\_essentiel\\_handicapmental.pdf](https://www.unapei-ap.fr/documents/2018/12/unapei_essentiel_handicapmental.pdf)
23. Les différents degrés de handicap [Internet]. Inclusion ASBL. [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://www.inclusion-asbl.be/le-handicap-intellectuel/definition-du-handicap-intellectuel/les-differents-degres-de-handicap/>
24. Déficiences intellectuelles · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/expertise-collective/deficiences-intellectuelles/>
25. Autisme · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/autisme/>
26. Le polyhandicap | Accompagner au quotidien [Internet]. [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://accompagner.apf-francehandicap.org/polyhandicap>
27. Vader K, Bostick GP, Carlesso LC, Hunter J, Mesaroli G, Perreault K, et al. La définition révisée de la douleur de l'IASP et les notes complémentaires : les considérations pour la profession de la physiothérapie. *Physiother Can.* 2021;73(2):106-9.
28. Boerlage AA, Valkenburg AJ, Scherder EJA, Steenhof G, Effing P, Tibboel D, et al. Prevalence of pain in institutionalized adults with intellectual disabilities: A cross-sectional approach. *Research in Developmental Disabilities.* 1 août 2013;34(8):2399-406.
29. Death by Indifference - 74 deaths and counting.pdf [Internet]. [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://www.mencap.org.uk/sites/default/files/2016-08/Death%20by%20Indifference%20-%2074%20deaths%20and%20counting.pdf>
30. Blomqvist M, Dahllöf G, Bejerot S. Experiences of Dental Care and Dental Anxiety in Adults with Autism Spectrum Disorder. *Autism Res Treat.* 2014;2014:238764.
31. Stein LI, Polido JC, Cermak SA. Oral care and sensory over-responsivity in children with autism spectrum disorders. *Pediatr Dent.* 2013;35(3):230-5.
32. Wilson NJ, Lin Z, Villarosa A, Lewis P, Philip P, Sumar B, et al. Countering the poor oral health of people with intellectual and developmental disability: a scoping literature review. *BMC Public Health.* 15 nov 2019;19(1):1530.
33. Default [Internet]. [cité 27 févr 2025]. Communicating with People with Disabilities. Disponible sur: <https://www.nln.org/education/teaching-resources/professional-development-programsteaching-resourcesace-all/ace-d/additional-resources/communicating-with-people-with-disabilities-e030c45c-7836-6c70-9642-ff00005f0421>
34. Communication non-verbale patient/soignant (MediPicto) [Internet]. 2023 [cité 7 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.aphp.fr/medipicto>
35. outil\_\_echelle\_had.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_\\_echelle\\_had.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf)
36. Hamilton-Respadd.pdf [Internet]. [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/09/Hamilton-Respadd.pdf>
37. Bollore O, Ourrad A, Andrianisaina P, Terbeche M, Laidi C, Yekhlef W, et al. Evaluation de la douleur et de l'anxiété lors de soins dentaires chez les patients hospitalisés en psychiatrie: Evaluating pain and anxiety under dental care in psychiatric inpatients. *Can J Psychiatry.* avr 2020;65(4):273-7.

38. Stagiaire. Douleur : 2 outils pour en parler avec votre enfant [Internet]. Blog Hop'Toys. 2021 [cité 3 août 2025]. Disponible sur: <https://www.bloghoptoys.fr/douleur-3-outils-a-telecharger-pour-en-parler-avec-les-enfants>
39. echelleflaccmodifiee.pdf [Internet]. [cité 3 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.chu-montpellier.fr/fileadmin/medias/Pages/patients-visiteurs/Engagements-du-CHU/CLUD/Echelles/echelleflaccmodifiee.pdf>
40. Masman A, van Dijk M, van Rosmalen J, Baar F, Tibboel D, Boerlage A. Additional file 1: of The Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS) is reliable and valid for non-communicative end-of-life patients. 21 févr 2018 [cité 9 août 2025]; Disponible sur: [https://springernature.figshare.com/articles/journal\\_contribution/Additional\\_file\\_1\\_of\\_The\\_Rotterdam\\_Elderly\\_Pain\\_Observation\\_Scale\\_REPOS\\_is\\_reliable\\_and\\_valid\\_for\\_non-communicative\\_end-of-life\\_patients/5914159/1](https://springernature.figshare.com/articles/journal_contribution/Additional_file_1_of_The_Rotterdam_Elderly_Pain_Observation_Scale_REPOS_is_reliable_and_valid_for_non-communicative_end-of-life_patients/5914159/1)
41. Rodgers J, Wigham S, McConachie H, Freeston M, Honey E, Parr J. Anxiety Scale for Children – Autism Spectrum Disorder – Child version (ASC-ASD)©. 2015;
42. qgf2x. Quel exercice de respiration choisir selon mon besoin ? [Internet]. Coccibel. 2023 [cité 16 août 2025]. Disponible sur: <https://coccibel.fr/bien-etre/exercice-respiration/>
43. Levi M, Bossù M, Luzzi V, Semprini F, Salaris A, Ottaviani C, et al. Breathing out dental fear: A feasibility crossover study on the effectiveness of diaphragmatic breathing in children sitting on the dentist's chair. *Int J Paediatr Dent.* nov 2022;32(6):801-11.
44. Réduire le stress et l'anxiété avec la respiration profonde [Internet]. [cité 16 août 2025]. Disponible sur: <https://www.sunlife.ca/fr/tools-and-resources/health-and-wellness/mental-wellness/10-bienfaits-de-la-respiration-profonde/>
45. Toussaint L, Nguyen QA, Roettger C, Dixon K, Offenbacher M, Kohls N, et al. Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation, Deep Breathing, and Guided Imagery in Promoting Psychological and Physiological States of Relaxation. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2 juill 2021;2021:5924040.
46. Chaudhuri A, Manna M, Mandal K, Pattanayak K. Is there any Effect of Progressive Muscle Relaxation Exercise on Anxiety and Depression of the Patient with Coronary Artery Disease? *Int J Pharma Res Health Sci.* oct 2020;8(5):3231-6.
47. Resalib [Internet]. [cité 16 août 2025]. Qu'est-ce que la sophrologie ? Disponible sur: <https://www.resalib.fr/page/sophrologie>
48. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de la sophrologie – 2020 · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 16 août 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/rapport/evaluation-de-lefficacite-et-de-la-securite-de-la-sophrologie-2020/>
49. Rienhoff S, Splieth CH, Veerkamp JSJ, Rienhoff J, Krikken JB, Campus G, et al. Hypnosis and Sedation for Anxious Children Undergoing Dental Treatment: A Retrospective Practice-Based Longitudinal Study. *Children.* mai 2022;9(5):611.
50. Montpellier CHU de. CHU de Montpellier : Site Internet. 2020 [cité 16 août 2025]. L'hypnose, une alternative à l'anesthésie générale. Disponible sur: <https://www.chu-montpellier.fr/fr/information-transversale/actualites/lhypnose-une-alternative-a-lanesthesie-generale-3869>
51. La parathyroïdectomie sous hypnose [Internet]. 2019 [cité 16 août 2025]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=iVrsRxfCP-U>
52. BFMTV [Internet]. 2018 [cité 16 août 2025]. Un patient de 88 ans opéré à cœur ouvert sous hypnose au CHU de Lille. Disponible sur: [https://www.bfmtv.com/sante/un-patient-de-88-ans-opere-a-coeur-ouvert-sous-hypnose-au-chu-de-lille\\_AV-201809250038.html](https://www.bfmtv.com/sante/un-patient-de-88-ans-opere-a-coeur-ouvert-sous-hypnose-au-chu-de-lille_AV-201809250038.html)
53. AFTCC [Internet]. [cité 17 août 2025]. Les Thérapies Comportementales et Cognitives. Disponible sur: <https://www.aftcc.org/les-therapies-comportementales-et-cognitives>

54. Thérapies comportementale et cognitive | MyReve [Internet]. [cité 17 août 2025]. Disponible sur: <https://myreve.io/therapies-comportementales-et-cognitives.html>
55. Setti B. Élaboration d'un livret de pictogramme favorisant la communication avec les patients en situation de handicap lors d'un soin bucco-dentaire.
56. Santé SC. Bande dessinée - Le dentiste – 1. L'examen dentaire [Internet]. SantéBD. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://santebd.org/jai- rendez-vous-chez-le-dentiste-lexamen-dentaire>
57. AAD Makaton - Le matériel Makaton [Internet]. [cité 17 août 2025]. Disponible sur: <https://www.makaton.fr/materiel-makaton>
58. AAD Makaton - Matériel à télécharger - Hôpital des Nounours [Internet]. [cité 29 août 2025]. Disponible sur: <https://www.makaton.fr/materiel-makaton/materiel-a-telecharger/hopital-des-nounours>
59. Méthode PECS | Autisme Info Service [Internet]. [cité 17 août 2025]. Disponible sur: <https://www.autismeinfoservice.fr/adapter/formations/methode-pecs>
60. Cenomy [Internet]. [cité 17 août 2025]. TD I-110 - Dispositif tactile de CAA Windows 2ème génération. Disponible sur: <https://cenomy.shop/communication-alternative-caa/506-td-i-110-tablette-de-communication-tactile.html>
61. Sultana M, Campbell K, Jennings M, Montero-Odasso M, Orange JB, Knowlton J, et al. Virtual Reality Experience Intervention May Reduce Responsive Behaviors in Nursing Home Residents with Dementia: A Case Series. *J Alzheimers Dis.* 2021;84(2):883-93.
62. Zhu M, Yu H, Xie B, Li H, He Q, Li H, et al. Experiential learning for children's dental anxiety: a cluster randomized trial. *BMC Oral Health.* 7 août 2020;20(1):216.
63. BTLD- \_Carnet\_Pédagogique\_light\_V2.pdf [Internet]. [cité 17 août 2025]. Disponible sur: [https://comprendrelautisme.com/wp-content/uploads/2020/06/BTLD-\\_Carnet\\_P%C3%A9dagogique\\_light\\_V2.pdf](https://comprendrelautisme.com/wp-content/uploads/2020/06/BTLD-_Carnet_P%C3%A9dagogique_light_V2.pdf)
64. Hormones du bonheur (dopamine, sérotonine, ocytocine et endorphine), comment les stimuler ? - Carenity [Internet]. [cité 17 août 2025]. Disponible sur: <https://www.carenity.com/infos-maladie/magazine/actualites/les-hormones-du-bonheur-les-comprendre-et-les-stimuler-2612>
65. Gay A. 5 bonnes raisons d'avoir un animal de compagnie quand on est atteint d'Alzheimer [Internet]. *Alzheimer-recherche.* 2025 [cité 17 août 2025]. Disponible sur: <https://alzheimer-recherche.org/vivre-avec-alzheimer/5-bonnes-raisons-davoir-un-animal-de-compagnie-quand-on-est-atteint-dalzheimer/>
66. Handicap.fr. Handicap.fr. 2025 [cité 30 mai 2025]. Soins dentaires et handicap: Scully, une assistante au poil! Disponible sur: <https://informations.handicap.fr/a-soins-dentaires-et-handicap-scully-une-assistante-au-poil-38001.php>
67. ici, le média de la vie locale [Internet]. 2024 [cité 1 juin 2025]. À l'hôpital de Brest, la chienne Scully assiste les dentistes en rassurant les patients - ici. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/cette-chienne-assiste-des-dentistes-a-l-hopital-de-brest-6134947>
68. « Il a ce don d'absorber les émotions » : Rancho, l'incroyable labrador qui rassure et libère la parole judiciaire - midilibre.fr [Internet]. [cité 30 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.midilibre.fr/2024/03/10/il-a-ce-don-dabsorber-les-emotions-rancho-lincroyable-labrador-qui-rassure-et-libere-la-parole-judiciaire-11813961.php>
69. Reynolds K, Chimoriya R, Chandio N, Tracey D, Pradhan A, Fahey P, et al. Effectiveness of sensory adaptive dental environments to reduce psychophysiology responses of dental anxiety and support positive behaviours in children and young adults with intellectual and developmental disabilities: a systematic review and meta-analyses. *BMC Oral Health.* 19 oct 2023;23(1):769.
70. Stein Duker LI, Como DH, Jolette C, Vigen C, Gong CL, Williams ME, et al. Sensory

- Adaptations to Improve Physiological and Behavioral Distress During Dental Visits in Autistic Children. *JAMA Netw Open*. 2 juin 2023;6(6):e2316346.
71. bp\_behavguide.pdf [Internet]. [cité 10 août 2025]. Disponible sur: [https://preprod.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_behavguide.pdf](https://preprod.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behavguide.pdf)
  72. Sédation Consciente Dentaire | Techniques de soin sans douleur ! [Internet]. [cité 1 févr 2025]. Disponible sur: <https://parodontologie-implantologie.paris/anesthesies-et-sedations/sedation-consciente-dentaire/>
  73. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 19 févr 2025]. Table:L'échelle de sédation de Ramsay. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/multimedia/table/léchelle-de-sédation-de-ramsay>
  74. (PDF) Procedural Sedation and Analgesia in Adults - new trends in patients safety. ResearchGate [Internet]. 22 oct 2024 [cité 19 févr 2025]; Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/332880947\\_Procedural\\_Sedation\\_and\\_Analgesia\\_in\\_Adults\\_-\\_new\\_trends\\_in\\_patients\\_safety](https://www.researchgate.net/publication/332880947_Procedural_Sedation_and_Analgesia_in_Adults_-_new_trends_in_patients_safety)
  75. Hydroxyzine | C<sub>2</sub>H<sub>2</sub>7ClN<sub>2</sub>O<sub>2</sub> | CID 3658 - PubChem [Internet]. [cité 19 août 2025]. Disponible sur: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/3658#section=2D-Structure>
  76. VIDAL [Internet]. 2025 [cité 11 mars 2025]. HYDROXYZINE BIOGARAN. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/hydroxyzine-biogaran-68863.html>
  77. PubChem. Bromazepam [Internet]. [cité 19 août 2025]. Disponible sur: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/2441>
  78. VIDAL [Internet]. 2025 [cité 11 mars 2025]. BROMAZEPAM ARROW. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/bromazepam-arrow-22300.html>
  79. PubChem. Diazepam [Internet]. [cité 19 août 2025]. Disponible sur: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/3016>
  80. VIDAL [Internet]. [cité 18 juin 2025]. Diazépam : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/diazepam-1232.html>
  81. Le MEOPA : une technique intéressante de prise en charge de la douleur et de l'anxiété [Internet]. Dentalespace. [cité 17 août 2025]. Disponible sur: <https://www.dentalespace.com/praticien/formationcontinue/meopa-technique-interessante-prise-charge-douleur-anxiete/>
  82. Protocole d'administration du MEOPA – Pediadol [Internet]. [cité 18 juin 2025]. Disponible sur: <https://pediadol.org/modalites-dadministration-du-meopa/>
  83. VIDAL [Internet]. [cité 29 mars 2025]. Propofol : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/propofol-2939.html>
  84. VIDAL [Internet]. [cité 10 août 2025]. Kétamine : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/ketamine-6970.html>
  85. guide\_handicap\_etablissement.pdf [Internet]. [cité 31 mai 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/guide\\_handicap\\_etablissement.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/guide_handicap_etablissement.pdf)
  86. Hescot DP, Moutarde DA. AMELIORER L'ACCES A LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES HANDICAPEES. 2010;
  87. Référent handicap organisme de formation | Accessibilité des organismes de formation [Internet]. [cité 19 août 2025]. Disponible sur: <https://www.agefiph.fr/articles/conseil-pratiques/developper-laccessibilite-de-vos-formations>
  88. AAD Makaton - Le programme Makaton [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.makaton.fr/decouvrir-le-makaton>

89. Pictogramme dentiste | Ensemble de symboles CAA ARASAAC [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://arasaac.org/pictograms/fr/2733/dentiste>
90. Préparer une visite chez le dentiste pour des personnes atteintes de TSA - YouTube [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=pcxoaHAcZUw&t=5s>
91. Soins dentaires et TSA avec le Dr. Mambaye Diaw [Internet]. 2024 [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=yTTt-zcN72g>

## Tables des illustrations

<i>Figure 1: Les phobies courantes (11)</i>	15
<i>Figure 2 : Cercle vicieux de la peur dentaire(14)</i>	16
<i>Figure 3: Graphique du Quotient Intellectuel(23)</i>	20
<i>Figure 4 : Exemples de pictogrammes Medipicto (34)</i>	29
<i>Figure 5 : Échelle Visuelle Analogique</i>	30
<i>Figure 6 : Échelle HAD(35)</i>	31
<i>Figure 7 : Échelle d'anxiété d'Hamilton(36)</i>	32
<i>Figure 8: Corah Dental Anxiety Scale</i>	33
<i>Figure 9: Échelle Visuelle Analogique Adaptée pour la douleur(38)</i>	34
<i>Figure 10 : Échelle FLACC modifiée(39)</i>	35
<i>Figure 11 : Échelle REPOS (40)</i>	36
<i>Figure 12 : Bienfaits de la respiration profonde(42)</i>	38
<i>Figure 13: Bienfaits de la sophrologie(47)</i>	40
<i>Figure 14: BD extraite de SantéBD sur le déroulement de la consultation dentaire (56).</i>	47
<i>Figure 15 : extrait du MAKATON "Chez le dentiste"(58)</i>	48
<i>Figure 16 : Tablette de communication tactile adaptées pour les personnes en situation de handicap, pour communiquer avec des pictogrammes (60)</i>	49
<i>Figure 17: Scully, golden retriever du CHU dentaire de Brest(67)</i>	54
<i>Figure 18: Échelle de sédation de Ramsay.(73)</i>	57
<i>Figure 19: Niveaux de sédation et relations cliniques(74)</i>	58
<i>Figure 20 : Structure moléculaire de l'hydroxyzine (75)</i>	59
<i>Figure 21 : Tableau récapitulatif Hydroxyzine</i>	60
<i>Figure 22 : structure moléculaire du bromazépam (77)</i>	60
<i>Figure 23 : Tableau récapitulatif Bromazépam</i>	60
<i>Figure 24 : structure moléculaire du Diazépam(79)</i>	61
<i>Figure 25 : Tableau récapitulatif Diazépam</i>	61
<i>Figure 26 : Kit d'administration du MEOPA (81)</i>	62
<i>Figure 27 : Tableau récapitulatif MEOPA</i>	63
<i>Figure 28 : Tableau récapitulatif propofol</i>	64
<i>Figure 29: Tableau récapitulatif Kétamine</i>	65
<i>Figure 30 : Différentes BD personnalisables disponibles sur le site SantéBD.org(56)</i>	71
<i>Figure 31 : Pictogramme "Aller chez le dentiste" et « Se brosser les dents »(89)</i>	72

Vu le Président de Jury,

Pour le Président de l'Université et par délégation,  
Le Doyen de la Faculté d'Odontologie De Montpellier,

Pr. Jean-Cédric DURAND

CORRAL (Alix).- Handicap mental et odontologie : l'anxiété au cœur du soin dentaire.- 88 f. ill. graph. tabl. 30 cm.- (Thèse : Chir. Dent. : Montpellier : 2025)

Résumé de la thèse

- Dans un premier temps, nous traiterons de la compréhension de l'anxiété dentaire et du handicap mental.

- Dans un deuxième temps, nous abordons les différentes stratégies d'intervention et de prise en charge de l'anxiété sous des approches non pharmacologiques et pharmacologiques.

- Dans un troisième temps, nous nous intéresserons à la formation des professionnels de santé dentaire, mais aussi de la sensibilisation et du rôle des familles et des aidants et enfin au développement de supports d'informations adaptés.

- Dans un quatrième temps, nous réaliserons des recommandations pour la pratique clinique

Rubriques de classement :

- Psyc

- Ther

Mots Clefs :

- Anxiété

- Handicap mental

- Gestion de l'anxiété

- Relaxation

- Soins dentaires

MeSh:

- Anxiety

- Stress

- Dental care

- Disabled

- Dental anxiety

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Jean VALCARCEL

Assesseurs : Madame le Professeur Estelle MOULIS

Madame le Docteur Virginie LACHICHE

Monsieur le Docteur Nicolas BLANC-SYLVESTRE

