الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et Populaire

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ FERHAT ABBAS SÉTIF 1

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Ferhat Abbas Sétif 1

DÉPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

Mémoire De Fin D'étude En Vue De L'obtention

Du Diplôme De Docteur En Médecine Dentaire

Évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des médecins dentistes de Batna, Sétif et BBA concernant la gestion pharmacologique et non pharmacologique de la douleur en odontologie (2025-2026)

Soutenu publiquement le : 28/06/2026

Présentée et soutenu par :

- Ounis Marya
- Zouaoui Belkis
- Miloudi Hiba
- Houhache Anfal
- Zouaoui Chaima
- Bensfia Khouloud

Encadrant : Pr. Moussaoui H ; Professeure en épidémiologie et médecine préventive, CHU-Sétif

Présidente de jury : Pr. Abdoun Meriem ; Professeure en épidémiologie et médecine préventive, CHU-Sétif

Examinatrice :
Dr. Atoui Saida ; maître-assistante en épidémiologie et médecine préventive, CHU-Sétif
Dr. Chabil Kahina, maître-assistante en parodontologie, CHU-Sétif

Année Universitaire : 2025/2026

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : voies afférentes nociceptives 5

Figure 2: L'échelle visuelle analogique (EVA) 9

Figure 3: L'échelle numérique (EN) 9

Figure 4: L'échelle verbale (EV) 10

Figure 5: L'échelle Doloplus 2 11

Figure 6: Composantes de la souffrance globale 12

Figure 7: Voies de la douleur trigéminale 14

Figure 8: Le cercle vicieux de l'anxiété dentaire 20

Figure 9: Les interactions qui mènent à l'anxiété au cabinet dentaire 21

Figure 10: Sédation par inhalation 28

Figure 11: Composition d'une carpule d'anesthésique local 31

Figure 12: Structure chimique des anesthésiques locaux utilisés en médecine dentaire 31

Figure 13: Mécanisme d'action des anesthésiques locaux 32

Figure 14: Classification des antalgiques par paliers selon l'OMS 37

Figure 15: Photographie prise au centre de soins dentaire de Montpellier dans le service d'Odontologie Pédiatrique 45

Figure 16: Photographie prise au centre de soins dentaire de Montpellier dans le service d'Odontologie Pédiatrique 46

Figure 17: Thermothérapie par chaleur 52

Figure 18: Technique du massage par pressions glissées 53

Figure 19: Technique du massage par pétrissage du muscle masséter 53

Figure 20: Technique du massage par pressions profondes 54

Figure 21: Exercice de glissement latéral mandibulaire 55

Figure 22: Utilisation clinique du laser dans la prise en charge d'un DAM 56

Figure 23: Wiser Doctor Smile Diode 57

Figure 24: Répartition des praticiens en fonction du sexe 64

Figure 25 : Répartition des praticiens en fonction de leurs âges. 65

Figure 26: Répartition des praticiens en fonction du secteur d'exercice 66

Figure 27: Répartition des praticiens en fonction du statut professionnel 67

Figure 28: Répartition des praticiens en fonction des années de pratique 68

Figure 29 : Répartition des praticiens en fonction des heures de travail par jour 69

Figure 30 : Répartition des praticiens en fonction des jours de travail par semaine.....70

Figure 31: Répartition des praticiens en fonction du nombre de patient par jour.....71

Figure 32 : Répartition des praticiens en fonction de la ville d'exercice.....72

Figure 33: Répartition des praticiens en fonction de leurs connaissances sur la nature de la douleur.....73

Figure 34: Répartition des praticiens en fonction de leur connaissance des critères de distinction entre douleur aigue et chronique.....74

Figure 35 : Répartition des praticiens selon leur connaissance de l'existence des échelles d'évaluation de la douleur.....75

Figure 36 : Répartition des praticiens selon leur connaissance des échelles d'évaluation de la douleur en fonction de l'âge.....76

Figure 37 : Répartition des praticiens en fonction de leur connaissance des échelles d'évaluation de la douleur.....77

Figure 38 : Répartition des praticiens en fonction de leur connaissance de la relation entre l'anxiété et la douleur.....78

Figure 39 : Répartition des praticiens selon leur connaissance des principaux candidats à la prescription de sédatifs oraux.....79

Figure 40 : Répartition des praticiens selon leur connaissance des médicaments de la sédation orale.....80

Figure 41 : Répartition des praticiens selon leur connaissance du MEOPA. 81

Figure 42 : Répartition des praticiens selon leur connaissance de l'usage du MEOPA. 82

Figure 43 : Répartition des praticiens selon leur connaissance des mesures pour réduire la douleur lors d'une injection anesthésique.....83

Figure 44 : Répartition des praticiens selon leurs connaissances des paliers d'antalgique selon la classification de l'OMS.....84

Figure 45 : Répartition des praticiens selon leur connaissance des médicaments les plus couramment utilisés pour traiter la douleur légère à modérée en odontologie. 85

Figure 46 : Répartition des praticiens selon leur connaissance des contre-indications des AINS.....86

Figure 47 : Répartition des praticiens selon leur connaissance des approches non-pharmacologique.....87

Figure 48 : Répartition des praticiens selon leur connaissance des principales indications des approches non-pharmacologique.....88

Figure 49 : Répartition des praticiens selon leur accord concernant la priorité de la gestion de la douleur en pratique clinique.....89

Figure 50 : Répartition des praticiens selon leur accord concernant la nécessité de l'évaluation de la douleur. 90

Figure 51 : Répartition des praticiens selon leur accord concernant l'influence de l'état émotionnel et de l'anxiété sur la douleur.....91

Figure 52 : Répartition des praticiens selon leur accord concernant le rôle de la sédation préopératoire dans le bon déroulement des soins dentaires. 92

Figure 53 : Répartition des praticiens selon leur accord concernant la nécessité de prescrire des antalgiques en complément du geste thérapeutique.....93

Figure 54 : Répartition des praticiens selon leur accord concernant la fiabilité de la classification analgésique de l'OMS dans le choix des antalgiques. 94

Figure 55 : Répartition des praticiens selon leur accord concernant l'adaptation progressive du traitement antalgique à l'intensité de la douleur. 95

Figure 56 : Répartition des praticiens selon leur accord concernant le recours aux opioïdes faibles en cas d'insuffisance ou de contre-indication des antalgiques non opioïdes. 96

Figure 57 : Répartition des praticiens selon leur accord concernant l'efficacité des techniques non pharmacologiques dans la réduction de la douleur.....97

Figure 58 : Répartition des praticiens selon leur accord concernant l'influence des méthodes de relaxation et de distraction sur la coopération des patients. 98

Figure 59: Répartition des praticiens selon leur accord concernant l'efficacité des approches physiques dans la réduction de la douleur.....99

Figure 60 : Répartition des praticiens selon leur accord concernant la capacité des approches non pharmacologiques à réduire le recours aux médicaments. 100

Figure 61 : Répartition des praticiens selon leur accord concernant l'association des approches pharmacologiques et non pharmacologiques pour une meilleure efficacité thérapeutique 101

Figure 62 : Répartition des praticiens selon l'évaluation de la douleur avant un acte dentaire 102

Figure 63 : Répartition des praticiens selon l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur en pratique clinique 103

Figure 64 : Répartition des praticiens selon leur utilisation des échelles d'évaluation de la douleur et en fonction du nombre d'années de pratique 104

Figure 65: Répartition des praticiens selon la prise en compte du niveau d'anxiété du patient avant un traitement douloureux 105

Figure 66 : Répartition des praticiens selon la prise en compte du niveau d'anxiété du patient avant un geste douloureux en fonction du sexe 106

Figure 67 : Répartition des praticiens selon l'utilisation de la sédation médicamenteuse en préopératoire pour la réduction de l'anxiété 107

Figure 68 : Répartition des praticiens selon l'utilisation de la sédation par inhalation (MEOPA) en préopératoire pour la réduction de l'anxiété 108

Figure 69 : Répartition des praticiens connaissant le MEOPA selon leur utilisation de celui-ci 109

Figure 70 : Répartition des praticiens selon le recours aux antalgiques de palier 1 pour les douleurs légères à modérées. 110

Figure 71 : Répartition des praticiens selon la limitation de l'utilisation des opioïdes dans la pratique clinique 111

Figure 72 : Répartition des praticiens selon l'utilisation de l'association paracétamol–AINS dans la prise en charge de la douleur postopératoire. 112

Figure 73 : Répartition des praticiens selon l'usage des techniques de communication rassurante pour diminuer la peur et la douleur du patient. 113

Figure 74 : Répartition des praticiens selon l'utilisation des techniques de relaxation, respiration, musique et distraction en pratique clinique 114

Figure 75 : Répartition des praticiens selon l'utilisation de la cryothérapie dans la prise en charge de la douleur et de l'inflammation postopératoire. 115

Figure 76 : Répartition des praticiens connaissant la cryothérapie selon leur utilisation de celle-ci. 116

Figure 77 : Répartition des praticiens selon l'utilisation du laser dans le traitement des dysfonctions temporo-mandibulaires (DTM). 117

Figure 78 : Répartition des praticiens connaissant le laser selon leur utilisation de celui-ci. 118

Figure 79 : Répartition des praticiens selon l'intention de recours aux techniques complémentaires (hypnose, acupuncture) dans la prise en charge de la douleur. 119

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : la posologie du midazolam selon la voie d'administration et l'âge de l'enfant..... 27

Tableau 2 : résultats obtenus par Basili et coll. au cours de leur étude chez les patients présentant des douleurs aigues..... 57

TABLE DES MATIERES

REMERCIMENT .....

DEDICACE.....

LISTE DES ABREVIATIONS.....I

LISTE DES FIGURES II

LISTE DES TABLEAUX..... V

INTRODUCTION 1

REVUE DE LA LITTERATURE

CHAPITRE I :LA DOULEUR : CONCEPTS GENERAUX

I. Définitions fondamentales..... 3

1. Douleur 3

2. Analgésie 3

3. Nociception..... 3

4. Peur..... 3

5. Anxiété..... 3

6. Sédation 3

II. Mécanismes neurophysiologiques de la douleur 4

1. La transduction 4

2. La transmission..... 4

3. La modulation..... 4

4. La perception 5

III. Typologie des douleurs..... 6

1. Selon la temporalité 6

1.1. La douleur aiguë 6

1.2. La douleur chronique 6

2. Selon l'origine..... 6

2.1. La douleur nociceptive..... 6

2.1.1. La douleur somatique..... 6

2.1.2. La douleur viscérale..... 7

2.2. La douleur neuropathique (neurogène) 7

2.3. La douleur nociplastique 7
2.4. La douleur idiopathique 7
2.5. La douleur psychogène 7
2.6. Les douleurs mixtes 8
IV. Évaluation de la douleur 8
1. Évaluation qualitative 8
2. Evaluation quantitative 8
2.1. Les échelles d'auto-évaluation 9
2.1.1. L'échelle visuelle analogique (EVA) 9
2.1.2. L'échelle numérique (EN) 9
2.1.3. L'échelle verbale (EV) 10
2.1.4. Le questionnaire de douleur de Saint Antoine (QDSA) 10
2.2. Les échelles d'hétéro évaluation 10
2.2.1. Doloplus 2 10
2.3. L'échelle comportementale pour personnes âgées (ECPA) 11
2.3.1. L'échelle Children's Hospital of Eastern Ontario Pain (CHEOPS) 12
3. Evaluation des autres dimensions 12
V. Spécificité de la douleur en pratique odontologique 13
1. Spécificité anatomique 13
1.1. Innervation trigéminale 13
1.2. Innervation dentaire 14
2. Spécificité sémiologique 15
2.1. Les douleurs aiguës 15
2.1.1. L'hyperesthésie dentinaire 15
2.1.2. Les pathologies dentinaires 15
2.1.3. Les pathologies pulpaires aiguës 15
2.1.4. Les pathologies péri-apicales aiguës 15
2.1.5. Le syndrome du septum 16
2.1.6. Sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire 16
2.1.7. La cellulite odontogène 17
2.1.8. Les traumatismes alvéolo-dentaires 17
2.1.9. Les dysfonctionnements aigus de l'appareil manducateur 17
2.1.10. Les maladies parodontales nécrosantes 17
2.1.11. Les douleurs post-opératoires 18
2.1.11.1. Les douleurs desmodontales iatrogènes 18
2.1.11.2. L'alvéolite suppurée 18

2.1.11.3. L'alvéolite sèche 18
2.1.11.4. La douleur postopératoire en implantologie dentaire 18
2.2. Les douleurs chroniques 19
2.2.1. Les douleurs chroniques de l'articulation temporo-mandibulaire 19
2.2.2. La neuropathie trigéminale douloureuse post-traumatique 19
VI. Douleur et anxiété 19
1. Relation entre douleur et anxiété 19
2. Bases neurobiologiques de l'interaction douleur-anxiété 20
3. Le cercle vicieux douleur-anxiété 20
4. Influence des interactions cliniques sur l'anxiété du patient au cabinet dentaire 21

CHAPITRE II : APPROCHES PHARMACOLOGIQUES

I. La définition de l'approche pharmacologique 22
II. Les principes généraux de l'approche pharmacologique 22
III. Approches pharmacologiques en fonction du temps opératoire 22
1. Phase préopératoire 22
1.1. La sédation 23
1.1.1. Définition 23
1.1.2. Avantages et limites 23
1.1.3. Indications principales 23
1.1.4. Sédation médicamenteuse 24
1.1.4.1. Les antihistaminiques 24
1.1.4.1.1. L'hydroxyzine (Atarax) 24
1.1.4.2. Les benzodiazépines 25
1.1.4.2.1. Diazépam (Valium) 25
1.1.4.2.2. Le midazolam (Hypnovel) 26
1.1.5. Sédation par inhalation (MEOPA) 28
1.1.5.1. Indication du MEOPA 29
1.1.5.2. Modalités d'administration du MEOPA 29
1.1.5.3. Contre-indication du MEOPA 29
1.1.5.4. Effets indésirables et limites d'utilisation du MEOPA 30
1.2. L'anesthésie 30
1.2.1. Définition 30
1.2.2. Composition d'une carpule d'anesthésique local 30

1.2.2.1. Les molécules d'anesthésiques locaux 31
1.2.2.2. Le vasoconstricteur 33
1.2.3. Modalités d'administration de l'anesthésie 34
1.2.3.1. Anesthésie par imbibition 34
1.2.3.2. Anesthésie par infiltration 34
1.2.4. Indications de l'anesthésie 35
1.2.5. Contre-indications de l'anesthésie 35
1.2.6. Gestion de la douleur et de l'anxiété liée à l'anesthésie 36
2. La phase post-opératoire 36
2.1. Définition d'un antalgique 37
2.2. Classification des antalgiques selon l'OMS 37
2.2.1. Palier I de l'OMS : Non opioïdes 38
2.2.1.1. Paracétamol 38
2.2.1.2. Anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) 38
2.2.1.3. Combinaison paracétamol–AINS 40
2.2.2. Palier II de l'OMS : Opioïdes faibles 40
2.2.2.1. La codéine 40
2.2.2.2. Le tramadol 41
2.3. Recommandations actuelles pour la prescription d'antalgiques en odontologie 42

CHAPITRE III : APPROCHES NON PHARMACOLOGIQUES

I. Généralités 43
II. Les principes généraux de la prise en charge non pharmacologique 43
III. Les approches non-pharmacologiques 43
1. Approches psycho-comportementales 43
1.1. Définition 43
1.2. Techniques psycho-comportementales 44
1.2.1. La communication thérapeutique 44
1.2.1.1. Technique Tell–Show–Do (Dire–Montrer–Faire) 44
1.2.1.2. Renforcement positif 44
1.2.2. La distraction 44
1.2.2.1. Définition 44
1.2.2.2. Les avantages de la distraction 44
1.2.2.3. Les différentes formes de la distraction 45

1.2.3. La respiration contrôlée et la relaxation simple 47
1.2.4. Désensibilisation progressive (exposition graduelle à l'acte) 47
1.2.4.1. Définition 47
1.2.4.2. Préparation progressive du patient 47
1.2.4.3. Objectifs 47
1.2.4.4. Indications 48
1.2.4.5. Contre-indications 48
2. Approches physiques 48
2.1. Techniques physiques de modulation de la douleur 48
2.1.1. Cryothérapie 48
2.1.1.1. Définition 48
2.1.1.2. Mécanismes d'action 48
2.1.1.3. Application de la cryothérapie en odontologie 49
2.1.1.4. Modes d'application de la cryothérapie 50
2.1.1.5. Avantages de la cryothérapie en dentisterie 51
2.1.1.6. Limites de la cryothérapie 51
2.1.1.7. Précautions et contre-indications 51
2.1.2. Thermothérapie par chaleur 51
2.1.3. Massage local 52
2.1.3.1. Définition 52
2.1.3.2. Techniques de massage 53
2.1.4. Stimulation électrique transcutanée des nerfs (TENS) 55
2.1.5. Laser 56
3. Techniques complémentaires 58
3.1. L'hypnose 58
3.1.1. Définition 58
3.1.2. Les phases de l'hypnoanalgésie au cabinet dentaire 58
3.1.2.1. L'anamnèse 58
3.1.2.2. Les préliminaires 58
3.1.2.3. L'induction 58
3.1.2.4. Lors de la phase thérapeutique 59
3.1.2.5. La sortie de l'état hypnotique 59
3.1.2.6. L'entretien post-hypnotique 59
3.1.3. Les limites de l'hypnose 59
3.2. L'acupuncture 59
3.2.1. Définition 59

3.2.2. Applications en odontologie 59
3.2.3. Mécanismes d'action 60
3.2.4. Recommandations pour les professionnels 60

PRESENTATION DE L'ETUDE

OBJECTIFS DE L'ETUDE .....
1. Objectif principal 61
2. Objectifs spécifiques 61
MATERIEL ET METHODE 66
1. Type de l'étude 62
2. Population d'étude 62
2.1. Recueil des données 62
3. L'enquête pilote 63
4. Traitement et analyses 63
5. Confidentialité et aspects éthiques 63

RESULTATS

1. Première partie : Sociodémographique 64
1.1. Sexe 64
1.2. Âge 65
1.3. Secteur d'exercice 66
1.4. Statut professionnel 67
1.5. Années de pratique 68
1.6. Nombre d'heures de travail par jour 69
1.7. Nombre de jours de travail par semaine 70
1.8. Nombre moyen de patients par jour 71
1.9. Ville 72
2. Deuxième partie : Connaissances 73
2.1. La nature de la douleur 73
2.2. Critères de distinction entre douleur aigue et chronique 74
2.3. L'évaluation de la douleur 75
2.4. Connaissance des échelles d'évaluation de la douleur selon l'âge des praticiens 76
2.5. Les échelles d'évaluation de la douleur 77

2.6. Anxiété et douleur 78
2.7. Les principaux candidats à la prescription de sédatifs oraux 79
2.8. La sédation par voie orale 80
2.9. Le mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) 81
2.10. L'indication du MEOPA 82
2.11. Mesures pour réduire la douleur lors d'une injection anesthésique 83
2.12. La classification des antalgiques selon l'OMS 84
2.13. Les médicaments les plus couramment utilisés pour traiter la douleur légère à modérée en odontologie 85
2.14. Contre-indications des AINS 86
2.15. Les approches non pharmacologiques 87
2.16. Les principales indications des approches non pharmacologiques 88
3. Troisième partie : Attitudes 89
3.1. Attitudes générales face à la douleur 89
3.1.1. La priorité accordée à la gestion de la douleur en pratique clinique 89
3.1.2. Nécessité d'évaluer la douleur avant chaque acte thérapeutique ou chirurgical 90
3.1.3. La dépendance de la douleur à l'état émotionnel et à l'anxiété 91
3.2. Attitudes vis-à-vis des approches pharmacologiques 92
3.2.1. Rôle de la sédation préopératoire (médicamenteuse ou par inhalation) dans la facilitation des soins dentaires 92
3.2.2. Nécessité du recours à la prescription d'antalgiques en complément du geste thérapeutique 93
3.2.3. Fiabilité de la classification analgésique de l'OMS dans le choix des antalgiques 94
3.2.4. L'adaptation progressive du traitement antalgique à l'intensité de la douleur 95
3.2.5. Recours aux opioïdes faibles en cas d'insuffisance ou de contre-indication des antalgiques non opioïdes 96
3.3. Attitudes vis-à-vis des approches non pharmacologiques 97
3.3.1. L'efficacité des techniques non pharmacologiques dans la réduction de la douleur 97
3.3.2. Influence des méthodes de relaxation et de distraction sur la coopération des patients 98
3.3.3. Efficacité des approches physiques dans la réduction de la douleur 99
3.3.4. Capacité des approches non pharmacologiques à réduire le recours aux médicaments 100
3.3.5. Association des approches pharmacologiques et non pharmacologiques pour une meilleure efficacité thérapeutique 101
4. Quatrième partie : Pratiques 102
4.1. Évaluation et suivi de la douleur 102

4.1.1. L'évaluation systématique la douleur avant d'entreprendre un acte dentaire..... 102
4.1.2. L'utilisation des échelles d'évaluation pour mesurer la douleur..... 103
4.1.3. Utilisation des échelles d'évaluation de la douleur selon l'ancienneté professionnelle des praticiens..... 104
4.1.4. Prise en compte de l'anxiété du patient avant un traitement douloureux..... 105
4.1.5. Prise en compte du niveau d'anxiété du patient avant un geste douloureux selon le sexe des praticiens..... 106
4.2. Pratiques pharmacologiques..... 107
4.2.1. Utilisation de la sédation médicamenteuse en préopératoire pour la réduction de l'anxiété..... 107
4.2.2. L'utilisation de la sédation par inhalation (MEOPA) en préopératoire pour la réduction de l'anxiété..... 108
4.2.3. Utilisation du MEOPA parmi les praticiens qui le connaissent..... 109
4.2.4. Recours aux antalgiques de palier 1 pour les douleurs légères à modérées..... 110
4.2.5. Limitation de l'usage des opioïdes..... 111
4.2.6. Utilisation de l'association paracétamol–AINS dans la prise en charge de la douleur postopératoire..... 112
4.3. Pratiques non pharmacologiques..... 113
4.3.1. Usage des techniques de communication rassurante pour diminuer la peur et la douleur du patient..... 113
4.3.2. Utilisation des techniques de relaxation, respiration, musique et distraction..... 114
4.3.3. Utilisation de la cryothérapie dans la prise en charge de la douleur et de l'inflammation postopératoire..... 115
4.3.4. Utilisation de la cryothérapie parmi les praticiens qui la connaissent..... 116
4.3.5. Utilisation du laser dans le traitement des dysfonctions temporo-mandibulaires (DTM)..... 117
4.3.6. Utilisation du laser parmi les praticiens qui le connaissent..... 118
4.3.7. Intention de recours aux techniques complémentaires (hypnose, acupuncture) dans la prise en charge de la douleur..... 119

DISCUSSION

I. Caractéristiques sociodémographiques..... 120
1. L'âge..... 120
2. Le sexe..... 121
3. Secteur d'exercice..... 121
4. Statut professionnel..... 121

5. Années de pratique 122
6. Nombre d'heures de travail par jour 122
7. Nombre de jours de travail par semaine 123
8. Nombre moyen de patients par jour 123
II. La douleur : concepts généraux 124
1. La nature de la douleur 124
2. Critères de distinction entre douleur aiguë et chronique 124
3. L'évaluation de la douleur 125
4. Les échelles d'évaluation de la douleur 125
5. La priorité accordée à la gestion de la douleur en pratique clinique 127
6. Anxiété et douleur 127
III. Les approches pharmacologiques 128
1. La sédation préopératoire 128
1.1. La sédation médicamenteuse 128
1.2. La sédation par inhalation (MEOPA) 129
2. L'anesthésie 130
3. Les antalgiques 130
3.1. La classification analgésique de l'OMS 130
3.2. La prescription des antalgiques 131
3.2.1. Palier I 132
3.2.2. Palier II 133
IV. Les approches non pharmacologiques 134
1. Indications des approches non pharmacologiques 134
2. Différentes techniques non pharmacologiques 134
2.1. Techniques psycho-comportementales 134
2.2. Techniques physiques (cryothérapie, laser) 135
2.3. Techniques complémentaires (hypnose, acupuncture) 136
3. Évaluation de l'efficacité des approches non pharmacologiques dans la prise en charge de la douleur 137
BIAIS ET DIFFICULTES DE L'ETUDE .....
1. Difficultés liées à la cohérence des questionnaires recueillis 138
2. Difficultés liées à l'analyse des questions à réponses multiples 138
3. Difficultés liées à la disponibilité de données nationales de référence 138
4. Biais de sélection lié au type d'échantillonnage 139
5. Biais de mesure inhérents aux enquêtes CAP 139
PERSPECTIVES .....

1. Optimisation de la charge et de l'organisation du travail 142
2. Renforcement et actualisation de la formation des praticiens 142
3. Développement des formations théoriques et pratiques et amélioration des outils cliniques 142
4. Accompagnement des jeunes praticiens..... 143
5. Harmonisation des pratiques professionnelles 143
CONCLUSION .....
REFERENCES .....
ANNEXES .....
Résumé en Français.....
Résumé en Arabe.....
Résumé en Anglais .....

RESUME

Résumé en Français

La prise en charge de la douleur constitue une composante essentielle de la pratique odontologique, reposant sur une évaluation rigoureuse et la mise en œuvre de stratégies thérapeutiques adaptées. La présente étude, réalisée en 2026 auprès de 150 médecins dentistes exerçant dans les secteurs public et privé, est une enquête épidémiologique transversale de type CAP (connaissances, attitudes et pratiques). Elle avait pour objectif d'évaluer les connaissances, les attitudes et pratiques des médecins dentistes relatives à la gestion de la douleur en odontologie, notamment à travers les approches pharmacologiques et non pharmacologiques.

Les résultats mettent en évidence un niveau globalement satisfaisant de connaissances relatives à l'évaluation de la douleur et sa prise en charge. Ainsi, 66% des praticiens identifient la durée comme principal critère de distinction entre douleur aiguë et douleur chronique, tandis que 76,7 % déclarent connaître les trois paliers antalgiques de l'OMS. Parmi les approches non pharmacologiques, les techniques psycho-comportementales apparaissent comme les plus connues, citées par 82,7 % des participants.

Concernant les attitudes, elles étaient généralement favorables. En effet, 98 % des praticiens considèrent l'évaluation de la douleur comme une étape indispensable avant tout acte thérapeutique ou chirurgical, tandis que 89,3 % estiment que la prescription d'antalgiques constitue, dans certaines situations, un complément nécessaire au geste thérapeutique afin d'optimiser la prise en charge de la douleur. Par ailleurs, 66 % jugent que les techniques non pharmacologiques permettent une réduction efficace de la douleur, et 95,3 % considèrent que l'association des approches pharmacologiques et non pharmacologiques améliore les résultats thérapeutiques.

Toutefois, certaines insuffisances persistent quant à l'intégration pratique de certaines approches thérapeutiques, malgré leur connaissance théorique par les praticiens. Ainsi, 18,5 % des praticiens connaissant le MEOPA rapportent l'utiliser dans leur pratique, tandis que 81,5 % le connaissent sans y avoir recours. Concernant le laser, 53,1 % déclarent l'utiliser, alors que 46,9 % le connaissent sans l'intégrer à leur pratique clinique.

Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la formation continue des médecins dentistes afin de favoriser une meilleure intégration des outils modernes et des différentes stratégies de gestion de la douleur dans la pratique odontologique.

Mots clés : Douleur, sédation, MEOPA, antalgique, anxiété, relaxation.

ملخص

تعدّ معالجة الألم من الركائز الأساسية في طب الأسنان، إذ تعتمد على التقييم الدقيق وتطبيق استراتيجيات علاجية ملائمة. أُجريت هذه الدراسة سنة 2026 باستخدام استبيان وُزّع على 150 طبيب أسنان من القطاعين العام والخاص وهدفت إلى تقييم معارفهم وتوجهاتهم وممارساتهم المتعلقة بتدبير الألم، ولا سيما من خلال الأساليب الدوائية وغير الدوائية.

أظهرت النتائج مستوى معرفياً مُرضياً لدى المشاركين؛ حيث صرّح 66% منهم بأن مدة الألم تُعدّ المعيار الأساسي الفاصل بين الألم الحاد والألم المزمن، وأكد 76.7% معرفتهم لسُلَّم منظمة الصحة العالمية لمسكنات الألم، كما أقرّ 82.7% بأهمية الأساليب النفسية السلوكية كإجراء علاجي غير دوائي للمساهمة في تدبير الألم.

أما فيما يتعلق بالتوجهات، فقد اعتبر 98% من المشاركين أن تقييم الألم خطوة أساسية وضرورية في الممارسة السريرية، بينما أكد 89.3% ضرورة وصف المسكنات عند الحاجة لاستكمال العلاج وتحقيق راحة المريض. كما أقرّ 66% منهم بأهمية العلاجات غير الدوائية في التخفيف من الألم، ورأى 95.3٪ أن دمجها مع العلاجات الدوائية يسهم في تحسين النتائج العلاجية.

ورغم هذه المعارف والتوجهات الإيجابية، كشفت النتائج عن وجود فجوة بين المعرفة والتطبيق العملي؛ إذ لم تتجاوز نسبة أطباء الأسنان الذين يستخدمون غاز أكسيد النيتروز في ممارستهم اليومية 18.5%، رغم أن 81.5% من المشاركين صرّحوا بمعرفتهم به. كما أن 53.1% فقط من أطباء الأسنان أفادوا باستخدام الليزر، مما يدل على محدودية توظيف بعض الوسائل الحديثة لتدبير الألم في الممارسة السريرية.

تُبرز هذه النتائج الحاجة إلى تعزيز التكوين المستمر لأطباء الأسنان، بهدف تحقيق اندماج أفضل للأدوات الحديثة ومختلف استراتيجيات تدبير الألم في الممارسة اليومية لطب الأسنان.

الكلمات المفتاحية: الالم، التخدير، المسكنات، غاز أكسيد النيتروز، المسكنات، القلق، الاسترخاء.

Abstract

Pain management is a fundamental aspect of dental practice, grounded in rigorous assessment and the implementation of appropriate therapeutic strategies. The aim of this study is to evaluate the knowledge, attitudes, and practices of dental practitioners regarding pain management in dentistry, particularly through pharmacological and non-pharmacological approaches. This is a cross-sectional KAP (Knowledge, Attitudes and Practices) survey, conducted in 2026 among 150 dental practitioners working in both public and private sectors.

The results revealed an overall satisfactory level of knowledge toward pain assessment and management. Notably, 66% of practitioners identified duration as the main criterion for distinguishing between acute and chronic pain, while 76.7% reported being familiar with the three-step WHO analgesic ladder. Among non-pharmacological approaches, psycho-behavioral techniques appear to be the most well-known, cited by 82.7% of participants.

Regarding attitudes, they were generally favorable. Indeed, 98% of practitioners consider pain assessment an indispensable step before any therapeutic or surgical procedure, while 89.3% believe that analgesic prescription constitutes, in certain situations, a necessary complement to the therapeutic act in order to optimize pain management. Furthermore, 66% consider that non-pharmacological techniques allow effective pain reduction, and 95.3% believe that combining pharmacological and non-pharmacological approaches improves therapeutic outcomes.

Despite satisfactory theoretical knowledge, a notable gap between awareness and clinical application was observed. Indeed, among practitioners familiar with MEOPA, only 18.5% reported incorporating it into their practice, while the remaining 81.5% reported knowledge of its existence without clinical use. Similarly, laser therapy is used by only 53.1% among those who know it, with 46.9% recognizing its potential without integrating it into their clinical routine.

These results highlight the need to strengthen continuing education for dental practitioners in order to promote better integration of modern tools and various pain management strategies into daily dental practice.