

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année : 2005

N° 16:

**APPROCHE DE L'ENFANT AU CABINET DENTAIRE :
RÔLES DU NON-VERBAL ET DU VERBAL**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement par

GARNIER Mylène

Le 19 avril 2005 devant le jury ci-dessous

Président	Pr C. FRAYSSE
Assesseur	Pr A. JEAN
Assesseur	Dr S. LOPEZ-CAZAUX
Invité	Dr S. KIMAKHE

Directeur de thèse : Dr S. DAJEAN-TRUTAUD

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	10
PARTIE 1 : RAPPELS DE PSYCHOLOGIE : CONCEPTS DE BASE	12
1. La psychologie comportementale.....	12
1.1. Définition	12
1.2. Concepts de base	12
1.2.1. Le comportement.....	12
1.2.2. Le conditionnement.....	13
1.2.2.1. Le maintien des réponses apprises : le renforcement.....	14
1.2.2.2. La disparition des réponses apprises	15
1.2.2.2.1. La punition	15
1.2.2.2.2. La méthode d’extinction.....	15
1.2.2.2.3. La méthode mixte.....	16
1.3. Principales méthodes de modification des comportements.....	16
1.3.1. Méthodes de base	16
1.3.2. Deux techniques plus élaborées	18
1.3.2.1. Le façonnement.....	18
1.3.2.2. Le modelage	18
2. La psychologie cognitivo-comportementale	18
2.1. Définitions.....	18
2.1.1. La psychologie cognitive : concepts de base	18
2.1.2. La psychologie cognitivo-comportementale	19
2.2. Principales méthodes de modification des comportements.....	19
2.2.1. Méthode de base.....	19
2.2.2. Techniques qui en découlent.....	20
2.2.2.1. La restructuration cognitive	20
2.2.2.2. La technique d’auto-inoculation contre le stress.....	20
3. La perception et la motivation.....	21
3.1. La perception.....	21
3.1.1. Définition	21
3.1.2. Facteurs déterminants.....	21
3.2. La motivation	22
3.2.1. Définition	22
3.2.2. Théorie de la motivation de Maslow	22
3.2.3. Intérêts en odontologie	23

4. Les émotions	24
4.1. Définition	24
4.2. Développement de la fonction tonique chez l'enfant.....	24
4.3. Etude des émotions.....	24
4.3.1. Manifestations physiologiques.....	24
4.3.2. Manifestations comportementales.....	25
4.3.3. Mesures subjectives.....	25
5. La communication interpersonnelle	25
5.1. Principes généraux	25
5.1.1. Définition	25
5.1.2. Objectifs de la communication.....	26
5.1.2.1. La compréhension du message.....	26
5.1.2.2. L'influence sur l'attitude d'autrui	26
5.1.2.3. L'amélioration des relations entre les interlocuteurs	26
5.1.2.4. L'action	26
5.1.2.5. Le plaisir.....	27
5.1.3. Principaux éléments qui entrent en jeu	27
5.1.3.1. Les interlocuteurs	27
5.1.3.1.1. Leurs responsabilités	27
5.1.3.1.2. Les « filtres ».....	28
5.1.3.2. Les stimuli	28
5.1.3.2.1. Les stimuli verbaux	28
5.1.3.2.2. Les stimuli non verbaux	28
5.1.3.3. Les canaux.....	29
5.1.3.4. L'interférence	29
5.1.3.5. Le temps	29
5.1.4. Echecs de la communication	30
5.2. Communication entre le praticien et le patient : les conditions générales d'une bonne relation.....	30
5.2.1. L'écoute active	30
5.2.1.1. Définition	30
5.2.1.2. Messages à saisir chez le patient.....	31
5.2.1.3. Caractéristiques de l'écoute physique.....	32
5.2.1.4. Objectifs de l'écoute active	33
5.2.2. La relation de confiance et le respect de l'intimité	33
 PARTIE 2 : L'ENFANT ET LE CABINET DENTAIRE	 36
1. « L'enfant », un patient complexe.....	36
1.1. Relation de l'enfant à la mère : apparition ontogénique de l'anxiété.....	36
1.2. Maturation de l'enfant et stades de développement	37
1.2.1. Développement psycho-moteur et cognitif	37
1.2.1.1. Période « sensori-motrice ».....	38
1.2.1.2. Période « pré-opératoire ».....	38

1.2.1.3. Période « des opérations concrètes ».....	39
1.2.1.4. Période « de la pensée opératoire formelle »	40
1.2.2. Développement psycho-affectif	40
1.2.2.1. Petite enfance : stades « prégénitaux ».....	40
1.2.2.1.1. Stade oral.....	41
1.2.2.1.2. Stade anal	41
1.2.2.1.3. Stade phallique	42
1.2.2.2. Grande enfance : stade de « latence »	42
1.2.2.3. Adolescence : stade « génital »	43
1.3. Personnalité de l'enfant.....	44
2. Le cabinet dentaire ou la découverte d'un « monde nouveau ».....	45
2.1. Un environnement particulier.....	45
2.2. L'équipe soignante	45
2.3. Problèmes rencontrés au cabinet dentaire	46
2.3.1. Particularités inhérentes à l'expérience dentaire.....	46
2.3.1.1. La douleur	46
2.3.1.1.1. Définition	46
2.3.1.1.2. Aspects psycho-comportementaux.....	47
2.3.1.1.3. Particularités chez l'enfant.....	48
2.3.1.1.4. Conclusion.....	50
2.3.1.2. La signification psychologique et symbolique de la bouche et des dents... 50	
2.3.1.2.1. La bouche	50
2.3.1.2.2. Les dents.....	51
2.3.1.2.3. Conclusion.....	52
2.3.1.3. La nouveauté de la situation.....	52
2.3.1.4. Les exigences du traitement	53
2.3.2. Pourquoi ces particularités inhérentes à la situation dentaire constituent-elles un problème pour l'enfant ?	54
2.3.3. Conséquences	55
2.3.3.1. D'ordre émotionnel : peur et anxiété de l'enfant	55
2.3.3.1.1. Définitions.....	55
2.3.3.1.2. Facteurs à l'origine de l'angoisse des soins dentaires.....	57
2.3.3.1.3. Manifestations au cabinet dentaire.....	61
2.3.3.1.4. Problèmes engendrés.....	62
2.3.3.1.5. Conclusion.....	63
2.3.3.2. D'ordre comportemental : manque de coopération de l'enfant.....	63
3. La relation avec l'enfant.....	63
3.1. Particularité de cette relation.....	63
3.2. Facteurs influençant cette relation.....	65
3.2.1. Facteurs liés aux personnes	65
3.2.1.1. L'enfant	65
3.2.1.1.1. Age et stade de développement.....	65
3.2.1.1.2. Vécu et environnement.....	65
3.2.1.1.3. Caractéristiques psychologiques	66
3.2.1.2. Les parents.....	67
3.2.1.2.1. Démarches et attentes.....	67

3.2.1.2.2. Vécu	68
3.2.1.2.3. Caractéristiques psychologiques	69
3.2.1.3. L'équipe odontologique	70
3.2.1.3.1. Le chirurgien-dentiste	70
3.2.1.3.2. L'assistante	71
3.2.1.4. Conclusion	72
3.2.2. Facteurs familiaux	72
3.2.2.1. Contexte familial actuel	72
3.2.2.2. Education des enfants	72
3.2.3. Facteurs socio-économiques	73
3.2.4. Facteurs liés à des variables extérieures	74
3.2.4.1. Temps	74
3.2.4.2. Environnement	74
3.2.4.3. Position spatiale	75
3.2.5. Facteurs subjectifs	75
3.2.5.1. L'idée préconçue	75
3.2.5.2. Les réactions affectives spontanées	75
3.3. Conclusion	75
4. Approche classique actuellement préconisée	75
4.1. Etablissement des premiers contacts avec l'enfant	75
4.1.1. A quel âge doivent-ils nous consulter ?	75
4.1.2. Importance de premiers contacts sereins	76
4.1.2.1. Pour le bon déroulement de l'expérience dentaire de l'enfant	76
4.1.2.2. Pour sa future vie d'adulte	77
4.1.3. Moyens d'y parvenir	77
4.1.3.1. Principes à respecter	77
4.1.3.2. Déroulement de la séance	78
4.1.3.3. Bilan de la séance	81
4.2. Place des parents dans les soins	82
4.2.1. L'autorisation de soin, le consentement éclairé	82
4.2.2. Discussion au sujet de la présence parentale	83
4.2.2.1. Présentation de la problématique	83
4.2.2.2. Facteurs à prendre en compte	83
4.2.2.2.1. Maturité émotionnelle de l'enfant	84
4.2.2.2.2. Comportement et personnalité de l'enfant	84
4.2.2.2.3. Comportement des parents	85
4.2.2.3. Recommandations actuelles	86
4.2.2.4. Conduite à tenir	86
4.2.3. Rôles des parents	88
4.3. Etablissement d'une relation de confiance	89
4.3.1. Principes de base	89
4.3.1.1. Préparer la visite de l'enfant	89
4.3.1.2. Accueillir au sein de l'environnement dentaire	92
4.3.1.2.1. Salle d'attente	93
4.3.1.2.2. Salle de soins	94
4.3.1.3. Observer et faire connaissance	95
4.3.1.4. Prévenir	96
4.3.1.4.1. L'anxiété	96

4.3.1.4.2. La douleur	96
4.3.1.5. Communiquer.....	98
4.3.1.5.1. Mode de communication.....	98
4.3.1.5.2. Responsabilités du praticien dans la communication.....	104
4.3.1.6. Renforcer.....	108
4.3.1.6.1. Terminologie	108
4.3.1.6.2. Application concrète	108
4.3.1.7. Réévaluer.....	109
4.3.2. Qualités requises du praticien	109
4.3.3. Deux modèles ayant fait leurs preuves.....	113
4.3.3.1. Le « tell-show-do » ou « dire-montrer-faire ».....	113
4.3.3.1.1. Objectifs	113
4.3.3.1.2. Principe.....	113
4.3.3.1.3. Indications et contre-indications	115
4.3.3.1.4. Avantages et inconvénients	115
4.3.3.1.5. Conclusion.....	115
4.3.3.2. Le contrat de soins.....	115
4.3.3.2.1. Objectifs	115
4.3.3.2.2. Principe.....	116

PARTIE 3 : COMMENT LE NON-VERBAL ET LE VERBAL PEUVENT-ILS NOUS AIDER A AMELIORER NOTRE APPROCHE DE L'ENFANT ?..... 119

1. Coopération de l'enfant au cabinet dentaire.....	119
1.1. Définition	119
1.2. Facteurs étiologiques du manque de coopération	119
1.2.1. Facteurs propres à l'enfant	119
1.2.1.1. Peur et anxiété	120
1.2.1.2. Personnalité	120
1.2.1.2.1. « Incapacité à surmonter » ou « impuissance apprise ».....	120
1.2.1.2.2. Enfant « manipulateur »	120
1.2.1.3. Circonstances de la vie.....	121
1.2.1.3.1. Maladie et autres traumatismes de la vie	121
1.2.1.3.2. Pauvreté.....	121
1.2.1.3.3. Négligence et maltraitance	121
1.2.2. Facteurs propres aux parents	122
1.2.3. Facteurs propres au chirurgien-dentiste	122
1.3. Degrés de coopération.....	122
1.3.1. Enfant coopérant	123
1.3.2. Enfant non-coopérant	123
1.3.2.1. « Handicapé » dentaire.....	123
1.3.2.2. Non-coopérant par nature : l'enfant difficile.....	123
1.3.3. « Accidenté » de la vie	124

2. Evaluation psychologique de l'enfant.....	125
2.1. Comportement de l'enfant au cabinet dentaire	125
2.1.1. Intérêts de cette évaluation.....	125
2.1.2. Appréciation préalable	126
2.1.2.1. Age et sexe de l'enfant.....	126
2.1.2.2. Interrogation des parents.....	126
2.1.2.3. Observation de l'enfant.....	127
2.1.3. Evaluation per-opératoire.....	127
2.1.3.1. Echelles d'évaluation du comportement.....	127
2.1.3.1.1. Frankl Rating Scale.....	127
2.1.3.1.2. Venham's Clinical Ratings (Modified).....	128
2.1.3.1.3. Chez l'enfant de moins de 3 ans.....	130
2.1.3.2. Autres critères	130
2.2. Appréciation du vécu émotionnel et affectif de l'enfant.....	130
2.2.1. Anxiété de l'enfant au cabinet dentaire.....	130
2.2.1.1. Intérêts d'une évaluation de l'anxiété.....	130
2.2.1.2. Diagnostic de l'anxiété chez l'enfant.....	131
2.2.1.2.1. Recueil des symptômes physiques.....	131
2.2.1.2.2. Observation des réponses comportementales.....	131
2.2.1.2.3. Observation des réponses cognitives.....	132
2.2.1.3. Outils d'évaluation de l'anxiété chez l'enfant.....	132
2.2.1.3.1. Recueil d'informations lors de l'entretien.....	132
2.2.1.3.2. Questionnaires relatifs à l'angoisse des soins dentaires chez l'enfant.....	133
2.2.2. Douleur de l'enfant au cabinet dentaire.....	138
2.2.2.1. Intérêts d'une évaluation de la douleur.....	139
2.2.2.2. Diagnostic de la douleur chez l'enfant.....	140
2.2.2.2.1. Interrogatoire.....	140
2.2.2.2.2. Examen clinique.....	141
2.2.2.3. Outils d'évaluation de la douleur chez l'enfant.....	141
2.2.2.3.1. Enfants de plus de 6 ans.....	141
2.2.2.3.2. Enfants de 4 à 6 ans.....	143
2.2.2.3.3. Enfants de moins de 4 ans.....	144
2.2.2.3.4. En résumé.....	149
2.2.3. Rôle des dessins de l'enfant.....	150
2.2.3.1. Intérêts en odontologie pédiatrique.....	150
2.2.3.2. Notions de graphologie.....	151
2.2.3.2.1. Evolution des dessins d'enfants.....	151
2.2.3.2.2. Interprétation des dessins.....	152
2.2.3.3. Appréciation du vécu de l'expérience dentaire de l'enfant.....	155
2.2.3.3.1. Intérêts et éléments d'interprétation des dessins de l'enfant sur le thème du « dentiste ».	155
2.2.3.3.2. Dental Anxiety Scale for children (DAS).....	156
3. Approches visant à aider l'enfant et/ou améliorer son comportement.....	158
3.1. Considérations parentales.....	159
3.1.1. Prise en charge du stress parental.....	159
3.1.2. Approbation parentale : le consentement éclairé	160
3.2. L'enfant coopérant, mais.....	161

3.2.1. Coopérant mais anxieux	161
3.2.1.1. Principes généraux sur lesquels il faut insister.....	162
3.2.1.1.1. Empathie.....	162
3.2.1.1.2. Ménagement	162
3.2.1.1.3. Communication	163
3.2.1.2. Méthodes qui visent à diminuer l'incertitude.....	165
3.2.1.3. Méthodes pour aider l'enfant à affronter la situation.....	166
3.2.1.3.1. Respiration abdominale.....	166
3.2.1.3.2. Distraction	166
3.2.1.3.3. Contrôle	168
3.2.1.4. Renforcement positif.....	169
3.2.1.5. Conclusion.....	170
3.2.2. Coopérant mais douloureux	170
3.2.2.1. Comprendre la douleur de l'enfant.....	170
3.2.2.2. Retentissement de l'évaluation de la douleur sur sa prévention et son traitement chez l'enfant : recommandations de l'ANAES.....	171
3.2.2.3. Règles de prise en charge de la douleur chez l'enfant	171
3.2.2.3.1. Le geste thérapeutique.....	171
3.2.2.3.2. Le traitement antalgique.....	172
3.2.2.3.3. Le traitement complémentaire par des moyens non pharmacologiques	173
3.3. Gestion des échecs chez l'anxieux et prise en charge de l'enfant non-coopérant... 175	
3.3.1. L'enfant anxieux sévère ou phobique	175
3.3.1.1. Moyens d'aider l'enfant à surmonter sa peur.....	175
3.3.1.1.1. Apprentissage par modèle	175
3.3.1.1.2. Relaxation.....	177
3.3.1.1.3. Restructuration cognitive	179
3.3.1.1.4. Désensibilisation systématique	179
3.3.1.1.5. Hypnose.....	181
3.3.1.1.5.1. Définition	181
3.3.1.1.5.2. Principe.....	181
3.3.1.1.5.3. Efficacité en odontologie pédiatrique	182
3.3.1.1.5.4. Controverse	183
3.3.1.2. Que faire en cas d'expérience antérieure traumatisante ?	183
3.3.1.3. Conclusion.....	184
3.3.2. L'enfant difficile	184
3.3.2.1. Minimum nécessaire à l'obtention de sa coopération	184
3.3.2.2. Trouble comportemental léger à modéré	185
3.3.2.2.1. Communication	185
3.3.2.2.2. Modification du comportement.....	187
3.3.2.2.3. Que faire lorsqu'il pleure ?.....	188
3.3.2.3. Trouble comportemental sévère	190
3.3.2.3.1. Méthodes recommandées	190
3.3.2.3.2. En cas d'échec	190
3.4. Les « accidentés » de la vie.....	190

4. Quand les moyens corporels ou pharmacologiques viennent au secours du relationnel !	191
4.1. Moyens relevant du domaine physique.....	191
4.1.1. Modalités de prise en charge.....	191
4.1.2. Intérêts.....	192
4.1.3. Controverse.....	193
4.2. Moyens relevant du domaine pharmacologique.....	193
4.2.1. Modalités de prise en charge.....	193
4.2.2. Intérêts.....	194
4.2.3. Controverse.....	194
 DISCUSSION-CONCLUSION	 195
 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	 196

INTRODUCTION

L'odontologie pédiatrique est un des aspects de la pratique dentaire qui constitue le plus grand challenge pour le chirurgien-dentiste d'un point de vue relationnel et, de ce fait, peut lui apporter une grande satisfaction, à la fois sur le plan professionnel et sur le plan personnel. Réussir à éduquer nos jeunes patients à l'égard des soins dentaires, tout en mettant en œuvre efficacement les mesures de prévention et les traitements restaurateurs nécessaires, est en effet toujours une vraie victoire pour les spécialistes que nous sommes. La citation suivante souligne toutefois le contraste qui peut exister entre le côté incontestablement technique des professions médicales, la souffrance ressentie par le patient et ses attentes en matière de prise en charge.

« Ce qui m'a quelques fois, souvent même, frappé - donc déplu – chez de bons, de très bons, de très grands médecins, ce sont leurs fautes psychologiques, leurs erreurs de diagnostic moral - ... il est rare en effet qu'un malade ne soit pas doublement malade – car d'ordinaire on est malade d'être malade. Le moral est atteint très vite quand on souffre. On a besoin d'un réconfort – d'un réconfort que la tendresse familiale est impuissante à vous donner, car elle ne sait pas déguiser son angoisse ».

Sacha Guitry « Mes Médecins » (préface)

En odontologie pédiatrique, comme dans les autres domaines de la médecine, de multiples émotions sont souvent ressenties dans une même journée, que ce soit par les enfants, leurs parents ou l'équipe soignante. Et ce sont les impressions, les sentiments et les expériences subjectives qui comptent réellement et qui ont un impact sur les relations entre les individus et sur leur ressenti de la situation. Ceci met en évidence la nécessité d'une bonne préparation et d'une certaine flexibilité de la part du praticien qui est amené à soigner des enfants : une approche soigneusement planifiée et orientée vers le petit patient peut être la clé du succès. Ainsi, pour saisir et dans une certaine mesure, pour contrôler cette expérience subjective, il est important que le chirurgien-dentiste connaisse les principes de base de la psychologie de l'enfant, de la psychologie des émotions et de la motivation. Le challenge réside alors dans le fait que toutes les rencontres ne peuvent pas être des succès immédiats. Il existe des moyens qui permettent de surmonter la plupart des barrières rencontrées en odontologie pédiatrique. La communication en est le principal. Le praticien doit donc être prêt à s'ouvrir à cette voie et de ce fait, à en transmettre la capacité à ses jeunes patients et à ouvrir le dialogue avec les parents. L'enfant peut ainsi être abordé à l'aide du langage verbal qui permet de stimuler son pouvoir créatif et imaginaire, mais aussi à l'aide du langage non verbal qui permet d'entrer en contact avec lui au-delà des mots, ce qui est loin d'être dénué d'importance :

« Si tu veux un ami, apprivoise-moi ! Que faut-il faire ? dit le petit prince. Il faut être très patient, répondit le renard. Tu t'assoiras d'abord un peu loin de moi, comme ça, dans l'herbe. Je te regarderai du coin de l'œil et tu ne diras rien. Le langage est source de malentendus. Mais chaque jour, tu pourras t'asseoir un peu plus près... »

Antoine DE SAINT-EXUPERY.

Nous limiterons notre travail à l'enfant sain de corps et d'esprit et capable de communiquer, c'est-à-dire non handicapé et sans troubles psychopathologiques majeurs. Ainsi, après avoir rappelé quelques concepts de base de psychologie, nous présenterons les particularités inhérentes à l'enfance, à la situation dentaire et à la relation thérapeutique, tout en essayant de dégager et d'expliquer les difficultés qui peuvent classiquement survenir lors de la prise en charge des enfants. Nous exposerons alors l'approche qui est actuellement préconisée pour favoriser l'établissement de bons rapports avec les petits patients tout en tenant compte de l'inévitable dimension parentale. Puis nous verrons comment le verbal et le non-verbal peuvent nous aider à améliorer cette approche : après avoir exposé les moyens disponibles pour évaluer le comportement et le vécu psycho-affectif de l'enfant, nous proposerons des moyens qui permettent d'aider les petits « odonto-anxieux » et/ou douloureux à mieux vivre leur expérience dentaire, ainsi que des méthodes qui visent à améliorer les comportements non-coopérants.

PARTIE 1 : RAPPELS DE PSYCHOLOGIE : CONCEPTS DE BASE

La prise en charge de l'enfant au cabinet dentaire faisant appel à un minimum de sens psychologique, il paraît essentiel d'en rappeler quelques notions afin de mieux comprendre les différentes approches qui en découlent. Nous rappellerons tout d'abord les concepts de base de la psychologie comportementale et cognitivo-comportementale. Ensuite nous aborderons les mécanismes des émotions de manière à comprendre leurs manifestations au cabinet dentaire et les moyens de les contrôler. Puis nous redéfinirons les principes de communication qui intéressent la relation entre un chirurgien-dentiste et son patient.

1. La psychologie comportementale

1.1. Définition

La psychologie comportementale aussi appelée béhaviorisme a connu un essor important au milieu du 20^{ème} siècle. Elle pouvait alors se définir comme une science pragmatique s'intéressant à l'étude du comportement et de sa modification, ce qui a permis de connaître des moyens concrets et efficaces de modifier les comportements de l'homme par l'apprentissage.

Son application actuelle, plus souple et moins mécaniste, lui confère une grande utilité en odontologie. En effet, les méthodes de modification du comportement qu'elle propose permettent de résoudre rapidement certaines situations que nous pouvons rencontrer au cabinet dentaire, telles que la prise en charge de la peur et l'anxiété, l'obtention de la coopération du patient ou l'établissement d'une bonne communication et de relations satisfaisantes avec le patient.

Il semble toutefois nécessaire d'en rappeler les principaux concepts de manière à bien comprendre les mécanismes qui entrent en jeu et à les mettre en application correctement (Bourassa, 1998).

1.2. Concepts de base

1.2.1. Le comportement

Il se définit comme toute réponse d'un organisme observable et mesurable soit directement (geste, activité motrice), soit par le biais d'instruments spécifiques comme des instruments de mesure physiologique, à l'exception des réponses qui relèvent de la pensée. On en distingue deux types :

- le **comportement répondant** émis en réponse à un stimulus spécifique ou à une série de stimuli appelés *antécédents*.

Stimulus → Réponse = antécédents → comportement répondant

Figure 1 : Le comportement répondant, d'après Bourassa (1998).

- le **comportement opérant** émis par un organisme et entraînant des modifications dans l'environnement appelées *conséquences*, qui ont pour effet d'augmenter ou diminuer la probabilité que ce comportement se reproduise dans des circonstances identiques.

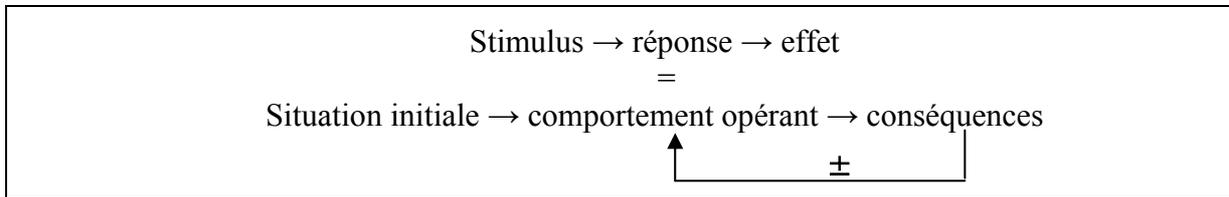


Figure 2 : Le comportement opérant, d'après Bourassa (1998).

1.2.2. Le conditionnement

Le conditionnement se définit comme une modification dans le comportement d'un individu ou l'acquisition d'un comportement nouveau, suite à l'exposition à des conditions particulières de l'environnement. Il est à différencier du *concept d'apprentissage* qui est plus large et concerne l'ensemble des changements du comportement faisant suite à l'expérience. On en distingue également deux types :

- le **conditionnement répondant, classique ou pavlovien** consiste en l'association de deux stimuli, ce qui aboutit à la production d'une même réponse.

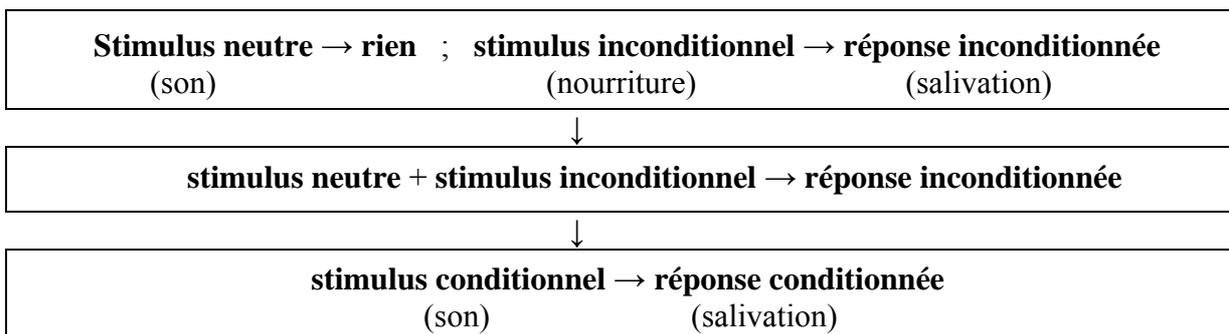


Figure 3 : Le conditionnement répondant, schématisation du processus de l'expérience de Pavlov, d'après Bourassa (1998).

Ce processus permet d'expliquer certains comportements que nous pouvons rencontrer au cabinet dentaire, comme l'anxiété et la peur qui sont des réponses conditionnées :

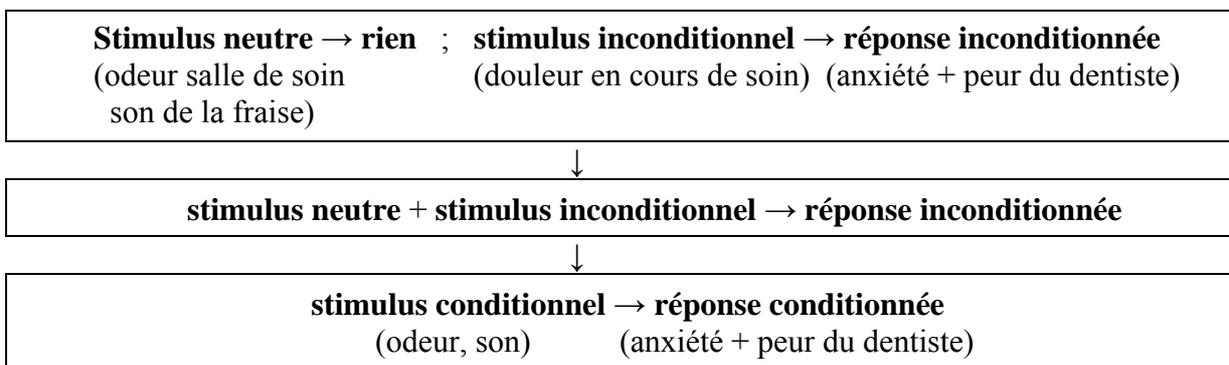


Figure 4 : Principe du conditionnement de l'anxiété dentaire.

La réponse d'anxiété doit donc pouvoir être supprimée par un exercice de déconditionnement. Ceci est à la base de la technique de *désensibilisation systématique* que nous aborderons ultérieurement.

De même, un patient peut être amené à avoir peur de tous les dentistes si seulement un d'entre eux lui a fait mal lors d'un soin, par le biais d'un *processus de généralisation conditionnelle*.

- le **conditionnement opérant ou instrumental**, découvert par Skinner (1964), consiste en l'association d'un stimulus et d'une réponse de l'individu, celle-ci ayant un effet sur l'environnement. Le *concept de conséquence* qui est à la base de ce type de conditionnement correspond à la réponse de l'environnement au comportement que vient d'adopter l'individu et joue un rôle important sur la forme et la fréquence d'apparition de ce comportement. On distingue trois types de conséquences :
 - o la conséquence neutre qui n'a pas d'effet sur le comportement.
 - o la conséquence qui renforce qui augmente ou maintien sa fréquence d'apparition.
 - o la conséquence punitive qui diminue sa fréquence d'apparition.

Le conditionnement peut être qualifié d'opérant s'il y a consolidation d'une réponse opérante par présentation d'un agent de renforcement, quand et seulement quand la réponse attendue se produit (Bourassa, 1998).

1.2.2.1. Le maintien des réponses apprises : le renforcement

Le renforcement se définit comme le type de conséquence ayant une répercussion directe sur l'introduction d'une réponse nouvelle dans le répertoire comportemental d'un individu. Une fois cette réponse acquise, il augmente sa fréquence d'apparition. Les éléments qui interviennent dans ce processus sont appelés *agents de renforcement* ou *renforçateurs*. On distingue deux types de renforcement :

- le **renforcement positif** par adjonction d'un élément à une situation, celui-ci devant être attrayant. Les renforçateurs positifs les plus puissants (aboutissant à une satisfaction) sont ceux de nature affective, psychologique ou sociale comme une récompense, un éloge, une reconnaissance, une marque d'affection...
- le **renforcement négatif** par retrait d'un élément à une situation, celui-ci devant être désagréable. Un renforçateur négatif peut être la disparition d'une douleur après traitement dentaire ou administration d'un antalgique par exemple. Il implique deux types de réponses qui sont négativement renforcées :
 - o l'évitement qui consiste à se soustraire à un stimulus ou une situation déplaisante
 - o l'échappement qui consiste à mettre fin à une telle situation par la fuite.

N'oublions pas que ces deux types de processus de renforcement ont le même effet : augmenter la fréquence d'apparition d'une réponse apprise (Bourassa, 1998 ; Newton, Shah, Patel et coll., 2003).

Cette méthode de maintien des réponses apprises peut être utile en odontologie, et plus particulièrement en pédodontie. Toutefois, on préfère toujours les techniques basées sur les

renforcements positifs à celles basées sur les renforcements négatifs. En effet, ces dernières impliquent la présentation préalable à l'enfant de stimuli déplaisants, ce qui aboutit à un processus d'aversion, alors que le renforcement positif qui fait appel à des situations plaisantes pour l'enfant donne les mêmes résultats tout en étant plus correct d'un point de vue déontologique (Bourassa, 1998).

1.2.2.2. La disparition des réponses apprises

Elle a pour objectif de faire disparaître les comportements nuisibles ou inadaptés et à ce titre, peut être appliquée en pédodontie lorsque le comportement d'un enfant dérange vraiment le travail du praticien, par exemple s'il ôte les instruments de sa bouche, déplace le scialytique, joue à faire bouger le fauteuil en cours de soin, ou bien s'il frappe ou mord le dentiste ou son assistante... (Bourassa, 1998).

1.2.2.2.1. La punition

C'est la méthode qui permet d'éliminer une réponse indésirable et répréhensible. Une fois éliminée, elle diminue la probabilité de sa réapparition dans de mêmes circonstances. Elle correspond donc à l'opposé absolu de la notion de renforcement. Les éléments qui interviennent dans ce processus sont appelés *agents de punition*. On distingue deux types de punition :

- la **punition positive** par adjonction d'un stimulus de nature répulsive ou aversive. Un simple « non » dit sur un ton fâché peut suffire.
- la **punition négative** par retrait d'un stimulus de nature agréable.

L'adjonction ou le retrait a alors une valeur désagréable et donc dissuasive pour l'individu. Dans les deux cas, l'effet est le même : diminuer la fréquence d'apparition d'une réponse apprise (Bourassa, 1998 ; Newton et coll., 2003).

Cette méthode présente cependant des inconvénients, surtout s'il s'agit d'un enfant :

- elle ne permet qu'une élimination transitoire de la réponse indésirable.
- elle peut par *processus de généralisation* entraîner une diminution de la fréquence d'apparition d'autres réponses qui, elles, sont adaptées et donc nuire au développement complet, diversifié et personnalisé de l'enfant par réduction de son répertoire comportemental.
- elle peut entraîner des réponses agressives risquant de retentir sur le comportement général de l'enfant.

Elle doit donc être utilisée avec prudence, c'est à dire qu'elle doit être précédée d'une observation attentive de l'individu et d'une distinction préalable entre les comportements convenables et indésirables avant toute mise en application (Bourassa, 1998).

1.2.2.2.2. La méthode d'extinction

C'est la méthode la plus facile à mettre en œuvre pour le praticien. Elle consiste à arrêter tout renforcement chaque fois que la réponse fâcheuse se produit et a pour effet de diminuer la

fréquence d'apparition de ce comportement jusqu'à sa disparition. Elle implique cependant les mêmes précautions d'utilisation que la méthode punitive.

Prenons l'exemple des crises de larmes d'un enfant au fauteuil. D'un point de vue comportemental, la réaction classique qui consiste à redoubler d'attention envers l'enfant a plutôt un effet de renforcement, ce qui est contraire à l'objectif visé : la diminution des crises. La méthode d'extinction consiste à ignorer ce comportement de l'enfant, afin de ne pas encourager sa réapparition ultérieure. On aboutit ainsi à un espacement des crises jusqu'à leur disparition. Par prudence, il convient d'abord de s'assurer qu'il s'agit bien de crises de colère ou de caprices de la part de l'enfant et non une manière d'exprimer un problème, une douleur ou un besoin quelconque (Bourassa, 1998).

1.2.2.2.3. La méthode mixte

Utilisant à la fois les techniques de renforcement et de punition, elle consiste à punir les comportements répréhensibles et à renforcer simultanément ceux qui les remplacent. Elle semble donc être la plus efficace et la plus prudente car elle évite les conséquences de la punition exclusive, notamment la création d'un vide dans le répertoire comportemental de l'individu (Bourassa, 1998).

1.3. Principales méthodes de modification des comportements

De la psychologie comportementale émanent des techniques qui ont pour but de modifier le comportement d'un individu. Celles-ci sont très utiles en pédodotie, notamment lorsque l'on souhaite agir sur le comportement d'un enfant, ce qui est relativement fréquent.

1.3.1. Méthodes de base

Elles découlent des notions relatives au conditionnement opérant que nous allons résumer à l'aide de quelques figures.

Le renforcement positif :

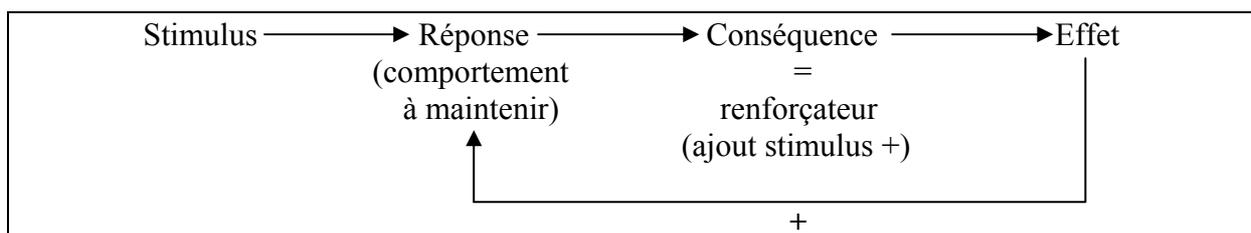


Figure 5 : Le renforcement positif, d'après Bourassa (1998).

Le renforcement négatif :

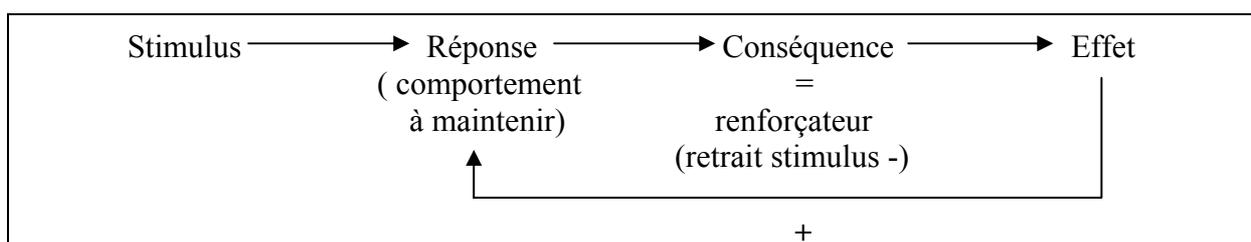


Figure 6 : Le renforcement négatif, d'après Bourassa (1998).

La punition positive :

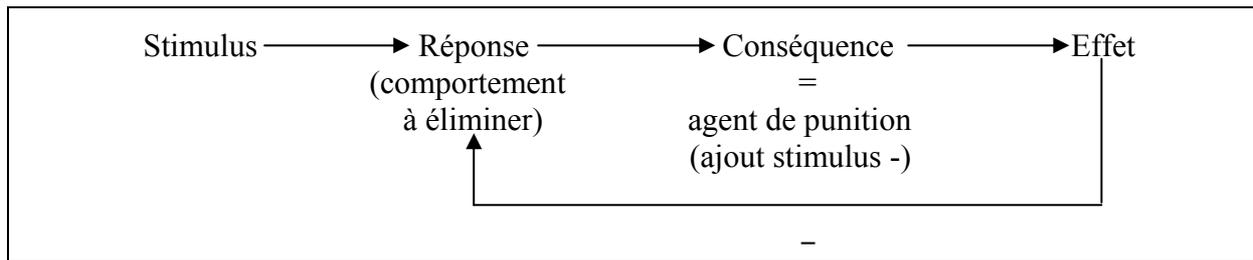


Figure 7 : La punition positive, d'après Bourassa (1998).

La punition négative :

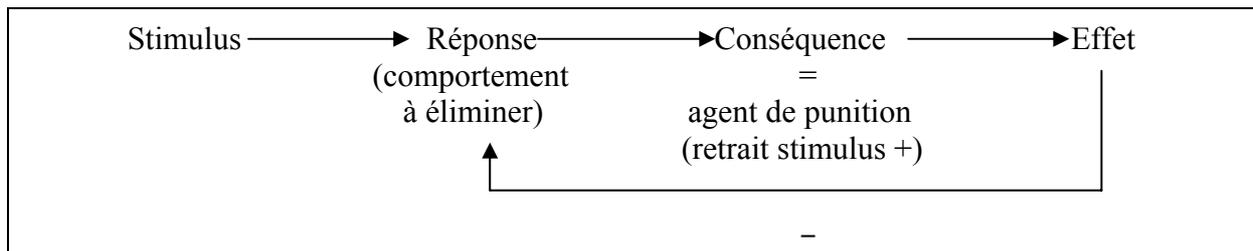


Figure 8 : La punition négative, d'après Bourassa (1998).

La méthode d'extinction :

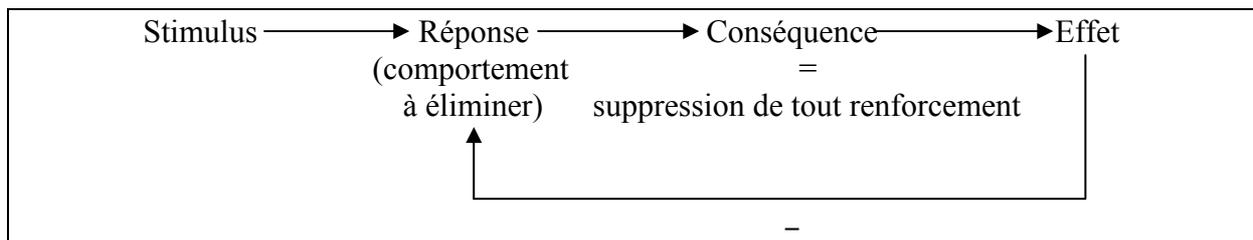


Figure 9 : La méthode d'extinction.

La méthode mixte :

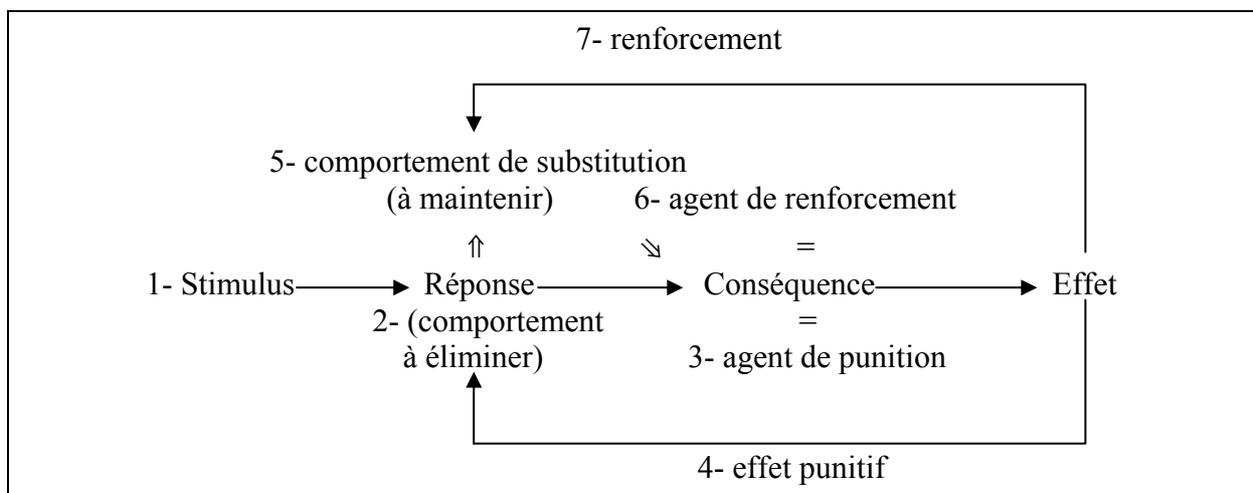


Figure 10 : La méthode mixte.

1.3.2. Deux techniques plus élaborées

1.3.2.1. Le façonnement

Cette méthode est indiquée quand la réponse souhaitée n'appartient pas encore au répertoire comportemental de l'individu. Le comportement terminal auquel on veut aboutir est donc acquis graduellement par la personne : son comportement est façonné par renforcement de ses ébauches successives.

Le façonnement débute par le renforcement de la première étape du comportement final, puis de la seconde et ainsi de suite de façon progressive. Chaque étape s'ajoute donc aux précédentes qui sont acquises. Parallèlement, les premières appréciations du comportement sont supprimées, ce qui apparente cette démarche à la méthode mixte qui rend conciliables l'intégration d'une nouvelle réponse et l'extinction d'une ancienne (Bourassa, 1998).

1.3.2.2. Le modelage

Encore appelée apprentissage vicariant ou apprentissage par modèle, c'est une *technique d'apprentissage social* qui a pour but de conditionner le sujet sans que celui-ci soit vraiment engagé dans la situation.

Le sujet, par observation du comportement d'un autre individu (le modèle) et de ses conséquences immédiates, qu'elles soient renforçantes ou punitives, modifie son comportement dans des circonstances identiques comme si c'était lui qui avait été soumis au conditionnement. Le modèle peut être réel ou présenté indirectement au sujet, par exemple au moyen de l'audiovisuel, d'une histoire, d'images ou de dessins...

Prenons l'exemple d'un enfant qui fait une crise de larmes dans la salle d'attente du chirurgien-dentiste en s'agrippant désespérément à sa mère. Si la mère compatit et le prend dans ses bras en lui disant que ça sera bientôt terminé, il est fort probable que les autres enfants de la salle d'attente, témoins de la scène, adoptent le même comportement car celui-ci est renforcé. Si par contre la mère gronde ouvertement l'enfant et lui dit que s'il ne se comporte pas mieux, il n'aura pas droit à la récompense du chirurgien-dentiste réservée aux enfants sages, les enfants spectateurs de la scène risquent de ne pas adopter ce comportement car il est puni (Bourassa, 1998).

2. La psychologie cognitivo-comportementale

2.1. Définitions

2.1.1. La psychologie cognitive : concepts de base

La psychologie cognitive est une science qui repose sur les concepts de *métacognition* et de *cognition* :

- le processus de métacognition, c'est-à-dire la *pensée qui se pense*, fait depuis longtemps partie de la réflexion humaine : déjà les Grecs et les Romains commençaient à *penser à propos de leur propre pensée*. La pensée fait en effet partie de la définition même de l'espèce humaine que l'on appelle *homo sapiens sapiens* (l'homme qui sait qu'il sait...), c'est en quelque sorte notre marque. Elle

est de plus le moteur du développement de l'individu : c'est elle qui a permis l'évolution des civilisations ainsi que leur chute. Elle peut donc être à la fois constructive et destructrice.

- la cognition se définit comme l'ensemble des activités mentales impliquées dans nos relations avec l'environnement, à savoir la perception d'une stimulation, sa mémorisation, son rappel, la résolution d'un problème ou la prise d'une décision.

On peut donc définir la psychologie cognitive comme une science qui accorde de l'importance aux sentiments ainsi qu'aux données subjectives de l'expérience humaine et qui permet de clarifier certains comportements reliés aux mécanismes de la pensée (Bourassa, 1998). C'est dans les années 1960 et 1970 que les psychologues Bandura (1969) et Mahoney (1976) ont introduit cette notion qui a gagné du terrain et a fini par supplanter la psychologie comportementale.

2.1.2. La psychologie cognitivo-comportementale

Les travaux de Bandura (1969) et Mahoney (1976) ont débouché sur la psychologie cognitivo-comportementale, qui associe les éléments de base de la psychologie comportementale et de la psychologie cognitive et les intègre en une nouvelle conceptualisation de la modification du comportement, par la pensée. Selon cette approche, l'être humain peut changer sa façon de penser et réorganiser la perception qu'il a de lui-même et de la réalité, dans le but d'atteindre un mieux-être (Bourassa, 1998). Deux approches en émanent :

- l'**approche cognitive-sémantique** développée par Ellis (1962) et Beck (1976), regroupant différentes thérapies visant essentiellement à modifier les croyances, les pensées et les attitudes dont dépend le comportement de l'individu (Bourassa, 1998).
- la **thèse de l'apprentissage social** dont Bandura (1980) fut un des précurseurs et selon laquelle les réactions émotionnelles sont conditionnées par l'expérience acquise par l'individu et ne sont donc pas systématiquement provoquées par l'environnement (Bourassa, 1998).

2.2. Principales méthodes de modification des comportements

2.2.1. Méthode de base

De la vision cognitivo-comportementale découlent des méthodes de modification du comportement qui passent par la *cognition* et qui sont applicables aux problèmes d'anxiété et de phobie auxquels nous pouvons être confrontés.

Elles se déroulent en deux étapes :

- 1- habituer le patient à observer activement certains aspects de son propre comportement.
- 2- apprendre au patient à développer des pensées et des comportements contraires à celles et ceux qui participent au comportement à changer.

Les objectifs sont alors :

- modifier le comportement du patient.
- modifier son « système d'autorégulation idéatif et émotionnel » : le changement d'habitude entraîne un changement d'aptitude qui entraîne une modification des relations à l'environnement et donc des pensées et des sentiments...
- modifier sa façon de penser (Bourassa, 1998).

2.2.2. Techniques qui en découlent

Il existe de nombreuses techniques de modification du comportement qui diffèrent les unes des autres à plusieurs égards. Mais elles ont un point commun : ce sont toutes des approches thérapeutiques *éducatives*. Le thérapeute guide et assiste le patient dans sa démarche mais n'intervient pas dans sa sphère interne (Bourassa, 1998).

2.2.2.1. La restructuration cognitive

Cette technique découle de l'approche cognitive-sémantique et est basée sur le principe que le comportement et l'affectivité d'un individu dépendent de la manière dont il perçoit le monde dans lequel il évolue. Ces perceptions étant souvent irrationnelles et basées sur le conflit et la rivalité dans notre société, elles sont susceptibles d'éveiller des pensées dévalorisantes. Le thérapeute doit donc détecter ces pensées négatives spontanées du patient, les neutraliser et les remplacer par des idées plus positives et plus appropriées à sa situation. Il dispose pour ceci de plusieurs techniques :

- demander au patient de **noter** les situations déplaisantes qu'il a vécues entre chaque séance et les pensées néfastes associées.
- la **remémoration cognitive** par laquelle on demande au patient de s'en rappeler pendant la séance (Bourassa, 1998).

2.2.2.2. La technique d'auto-inoculation contre le stress

Cette technique a pour but de fournir au patient un « vaccin » contre le stress, autrement dit des moyens de surmonter des situations stressantes, ce qui implique trois étapes :

- 1- expliquer au patient les notions de stress et de gestion du stress.
- 2- lui apprendre à acquérir de nouvelles capacités pour faire face aux agents de stress tout en s'assurant qu'il les utilise vraiment.
- 3- les mettre en application progressivement lors des séances puis « sur le terrain ».

Ceci se fait sous forme de jeux de rôle ou de discussions qui ont pour objectifs de :

- montrer aux patients que les autres personnes parmi leurs relations ont à surmonter le même stress qu'eux.

- leur faire comprendre le rôle de leur affect et de leur cognition dans leur façon d’appréhender leur stress et donc leur responsabilité quant à leur état.
- leur apprendre à s’auto-observer, notamment la façon de gérer leur stress.
- leur apprendre à aborder les circonstances stressantes une à une pour ne pas être dépassés.
- s’assurer qu’ils ont acquis les aptitudes de gestion du stress et de relaxation (Bourassa, 1998).

3. La perception et la motivation

3.1. **La perception**

3.1.1. Définition

La perception que nous avons de notre environnement se définit comme l’interprétation des sensations que perçoivent nos capteurs sensoriels. Elle nous procure l’information qui est indispensable à notre survie, car elle nous permet d’éviter les dangers qui menacent notre intégrité ou notre survie. Elle découle d’un ensemble de phénomènes sensoriels, physiologiques et psychologiques (Bourassa, 1998).

3.1.2. Facteurs déterminants

La perception adéquate de la réalité et des expériences vécues dépend de quatre facteurs fondamentaux :

- l’**observation**.
- l’**attention**.
- la **discrimination** (suppression des données superflues).
- la **recognition** (association des stimuli aux expériences vécues dans le passé).

Les autres facteurs influençant la perception sont :

- la **prédisposition** qui se définit comme une plus grande tendance à réagir face à un stimulus ou une situation particulière. En effet, plus une information est significative pour un individu, plus celui-ci est « prédisposé » à la percevoir et est attentif à la façon dont elle se présente à lui et moins la perception qu’il en a est nuancée et subtile. Ceci augmente donc le risque que son idée préjugée se confirme à ses yeux.

Ceci est d’autant plus vrai au cabinet dentaire. Prenons l’exemple d’un enfant qui présente une prédisposition à percevoir le rendez-vous comme menaçant, quelle qu’en soit la raison. Il est plus susceptible qu’un autre d’entendre les pleurs d’autres enfants de la salle d’attente, de remarquer les instruments d’aspect menaçant en salle de soin, de ressentir la moindre sensation comme douloureuse

ou désagréable et de ce fait, n'est pas en mesure de percevoir les stimuli positifs tels qu'une ambiance calme et agréable, une décoration attrayante, une équipe soignante accueillante...

C'est pourquoi le chirurgien-dentiste se doit de détecter les prédispositions négatives de ses patients pour essayer de sortir de ce cercle vicieux. Pour y parvenir, il doit essayer de minimiser le côté négatif du rendez-vous et attirer l'attention du patient sur ses aspects positifs.

- l'**apprentissage** qui repose sur les principes du conditionnement classique de Pavlov peut affecter les perceptions et donc le comportement d'un individu. Il est plus efficace et durable lorsque le stimulus a été antérieurement associé à une émotion. Ainsi, les expériences passées déterminent les prédispositions d'un individu à percevoir les éléments d'une situation en fonction de ses craintes. Ceci permet de comprendre qu'un patient qui a vécu une mauvaise expérience dentaire risque d'avoir une perception faussée lors de situations similaires, ce qui le prédispose à mal vivre ces situations. On n'abordera donc pas de la même façon un enfant qui consulte pour la première fois un chirurgien-dentiste que celui qui a déjà une expérience dentaire positive ni que celui qui a une expérience dentaire négative.
- la **motivation**, en étroite relation avec la perception. Comme dit le proverbe : « On ne voit que ce que l'on veut bien voir. » (Bourassa, 1998).

3.2. La motivation

3.2.1. Définition

La motivation est un des facteurs déterminants du comportement les plus puissants. En effet, elle est à l'origine de toute action humaine : elle permet le déclenchement du comportement mais aussi contrôle son intensité et sa continuité jusqu'à satisfaction du besoin qui en est à la source. Une fois ce besoin exaucé, la motivation s'atténue pour disparaître complètement.

On distingue :

- les **besoins de base** ou **primaires**, tels que la soif ou la faim : ce sont de puissants éléments de motivation qui impliquent une satisfaction quasiment immédiate.
- les **besoins d'ordre supérieur** ou **secondaires** qui impliquent une satisfaction plus subtile et complexe (Bourassa, 1998).

3.2.2. Théorie de la motivation de Maslow

Maslow (1970) nous propose une classification des besoins fondamentaux que l'on peut ressentir à un moment de notre vie et qui sont donc à l'origine de nos comportements. Cette classification est schématisée sous la forme de l'échelle des besoins de Maslow (1970).

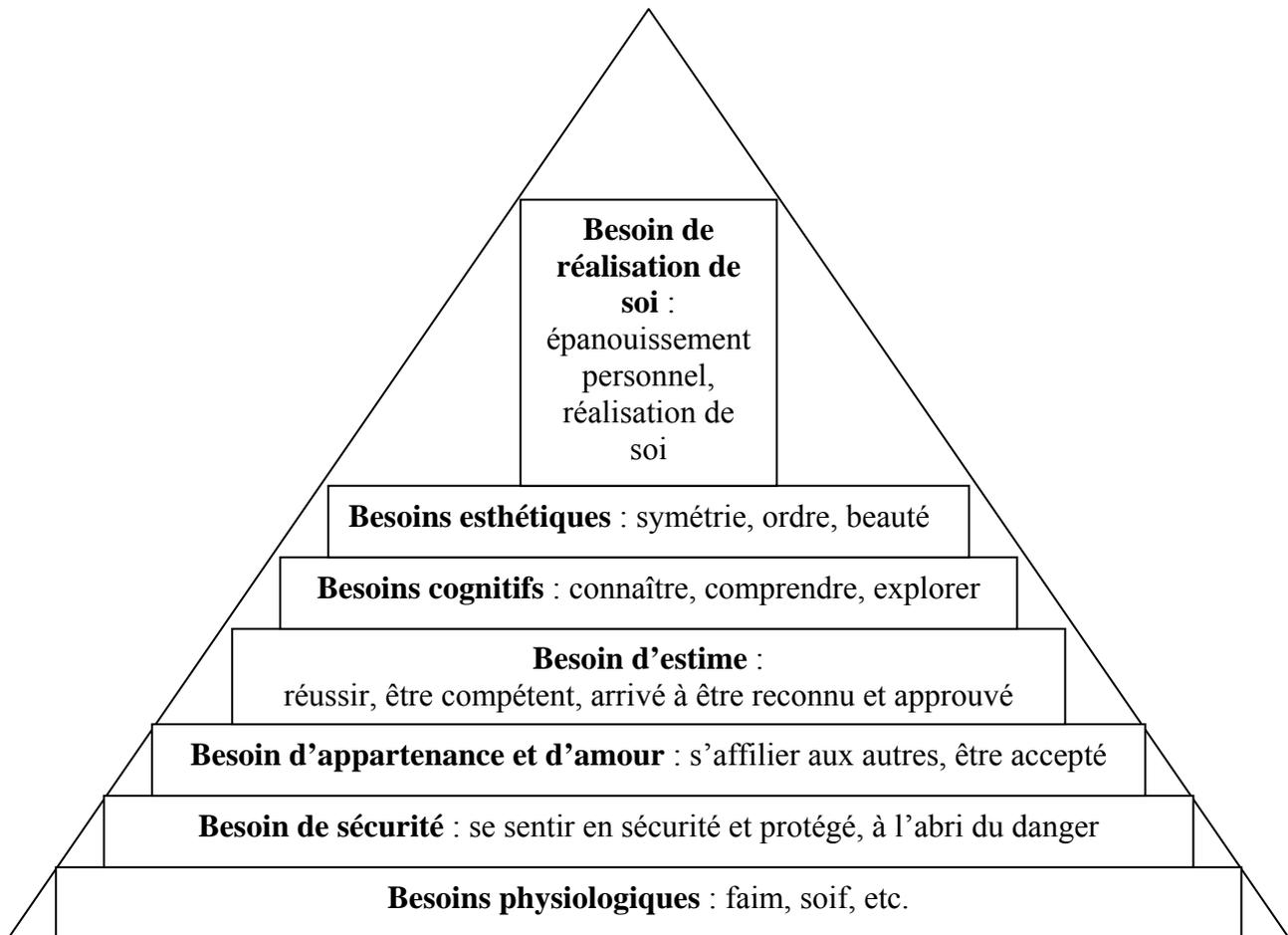


Figure 11 : Echelle des besoins de Maslow, d'après Maslow (1970).

3.2.3. Intérêts en odontologie

De ces notions, nous pouvons déduire qu'il est possible de modifier un comportement inadapté ou de favoriser l'apparition d'un nouveau plus adéquat en agissant sur les motivations et donc sur les besoins à satisfaire de notre patient. En effet, en jouant sur son intérêt, on agit sur la durée et l'intensité du comportement qu'on veut voir disparaître ou apparaître.

Pour ceci, il est important de détecter ses besoins réels : un besoin déjà comblé (comme les besoins physiologiques et de sécurité) ou de niveau trop élevé (comme les besoins de réalisation de soi) ne constitue pas une motivation efficace. En fait, ce sont le plus souvent les besoins d'appartenance et d'amour et les besoins d'estime de soi qui s'avèrent être les motivations les plus efficaces. Chez un enfant, ce peut être coopérer pour faire comme un grand frère qui se laisse soigner par exemple et qui reçoit les félicitations de ses parents, mais aussi réussir à surmonter sa peur ou son anxiété pour se sentir grand, capable de le faire et le montrer... (Bourassa, 1998).

4. Les émotions

4.1. Définition

Les émotions constituent un phénomène extrêmement complexe qui a suscité de nombreuses recherches et théories depuis le siècle dernier, aucune ne permettant à elle seule d'en expliquer tous les aspects. Nous pouvons simplement retenir qu'au même titre que les réactions comportementales, les réactions émotives des individus découlent de trois sources d'information : physiologique, situationnelle et cognitive. Il en découle des modifications fonctionnelles à la fois sur le plan physiologique, comportemental et cognitif, auxquelles s'ajoutent des particularités individuelles, sexuelles et culturelles qui influent sur l'expression même des émotions. Ceci implique donc toute une variété de réactions qui viennent compliquer les relations interpersonnelles (Bourassa, 1998).

4.2. Développement de la fonction tonique chez l'enfant

Le tonus musculaire a un rôle très important dans le développement de l'affectivité de l'enfant, car il constitue le premier mode de communication des émotions dont il dispose. En effet, lorsqu'un de ses besoins primaires n'est pas satisfait, l'enfant ne pouvant pas exprimer ses émotions par le langage, c'est la tension musculaire qui lui permet de communiquer l'émotion ressentie à son entourage. Le tonus musculaire devient donc le reflet de l'émotion et la tension est rapidement associée à la frustration qui l'a occasionnée. C'est pourquoi la tension est ressentie comme quelque chose de désagréable, alors que la détente musculaire associée à la satisfaction d'un besoin est signe de plaisir. Ce mode de communication des émotions s'avère indispensable à sa survie car il lui permet d'exprimer un inconfort lié à une insatisfaction de ses besoins de base. Il s'étoffe progressivement avec le développement de la fonction symbolique et de l'intentionnalité d'expression de l'enfant. Le vécu émotionnel de l'enfant devient plus complexe et l'émotion plus subtile, de la même façon que le niveau de tension musculaire associé. Mais la fonction tonique accompagne toujours l'expression de l'affect et la tension conserve toute sa connotation négative.

C'est dans ce cadre que les techniques de relaxation musculaire trouvent tout leur intérêt : en apprenant à une personne à se détendre, on lui rend le pouvoir qu'elle a sur son tonus musculaire et donc le contrôle sur ses émotions (Bourassa, 1998).

4.3. Etude des émotions

4.3.1. Manifestations physiologiques

D'un point de vue phylogénétique, les émotions contribuent à notre survie en mettant l'organisme en état d'alerte face à un danger. Les manifestations physiologiques qui interviennent résultent d'une interaction entre les voies de communication neurophysiologiques et endocriniennes et se traduisent par une hausse générale de l'état d'activation de l'organisme (tension) correspondant à une mise en alerte de celui-ci. Les dangers que nous rencontrons de nos jours sont bien différents de ceux de nos ancêtres et bien souvent, nous ne pouvons ni les fuir ni les combattre. Dans ce cas, l'énergie ne peut être canalisée dans aucune action et la tension persiste, ce qui est généralement ressenti comme quelque chose de désagréable.

Une mesure « objective » des manifestations physiologiques peut être réalisée avec fiabilité, le corps s'exprimant indépendamment de la volonté consciente. Ainsi, on mesure le plus souvent la fréquence cardiaque, la pression sanguine, la respiration (fréquence, intensité)... Ceci est facilement réalisable au cabinet dentaire (Bourassa, 1998).

4.3.2. Manifestations comportementales

Les manifestations comportementales qui découlent des émotions sont d'autant plus évidentes que les émotions sont fortes. Elles peuvent, elles aussi, se mesurer de façon « objective » par une simple observation de la voix, des mimiques et des gestes de l'individu. Ceci peut aussi nous être d'une grande aide au cabinet, notamment avec les enfants : les rires, les pleurs, les cris, un recul de peur, les bras crispés sont autant d'indices qui nous renseignent sur leur état émotionnel (Bourassa, 1998).

4.3.3. Mesures subjectives

L'émotion étant quelque chose de ressenti par l'individu, il existe toute une composante subjective qui ne peut pas être mesurée directement car elle implique des sentiments, des sensations et fait parti de son vécu. Selon les humanistes et les cognitivistes, la façon la plus simple de savoir ce que quelqu'un ressent, c'est de le lui demander, en faisant preuve de confiance. Ceci nécessite un exercice d'auto-observation de la part du patient, appelé *introspection*. Aujourd'hui, des mesures subjectives de l'émotion sont admises par les scientifiques, elles sont basées sur l'utilisation de questionnaires ouverts ou fermés, lors d'entrevues structurées ou semi-structurées (Bourassa, 1998).

5. La communication interpersonnelle

5.1. **Principes généraux**

5.1.1. Définition

La communication peut se définir de façon large comme « un partage de l'expérience », ceci concernant aussi bien l'espèce humaine que l'espèce animale. C'est l'aptitude de l'homme à inventer et utiliser des symboles qui lui confère un mode de communication unique.

Une communication peut être qualifiée d'interpersonnelle si :

- les interlocuteurs sont à **courte distance** l'un de l'autre, la distance variant selon la nature du message.
- ils peuvent **émettre et recevoir** des messages, une interaction s'exerce alors et l'échange évolue en fonction des deux personnes.
- ces messages contiennent des **stimuli verbaux et non verbaux** (expression faciale, mouvement des yeux ou des mains, posture, ton de la voix...), ces derniers étant souvent oubliés à tort. Ils viennent en effet compléter les stimuli verbaux mais peuvent aussi s'y substituer ou les contredire, d'où leur importance. Par exemple, à la question « Comment allez-vous ? », une personne peut répondre positivement avec un large sourire et un visage épanoui, ce qui confirme sa réponse, une autre ne répond qu'avec un haussement d'épaules, une autre peut répondre positivement mais avec lassitude, le visage fermé et le regard triste. Dans ce cas, son expression contredit sa réponse.

Une communication interpersonnelle est considérée comme entière et complète si le stimulus reçu par la personne réceptrice est conforme au stimulus émis intentionnellement par la personne émettrice. La conformité parfaite est très difficile à atteindre, mais plus on s'en approche, plus la communication est efficace (Bourassa, 1998).

5.1.2. Objectifs de la communication

5.1.2.1. La compréhension du message

C'est l'objectif premier, qui nécessite que la communication soit efficace pour être atteint. La compréhension du message dépend donc de la réception du message que l'émetteur veut transmettre. Plus le nombre de récepteurs est important, plus il est difficile de s'assurer que le message a été reçu correctement et donc compris. Dans ce cas, il est intéressant d'utiliser des procédés linguistiques comme des analogies, des exemples... pour éclaircir le discours (Bourassa, 1998).

5.1.2.2. L'influence sur l'attitude d'autrui

Parfois, lorsque nous communiquons, nous souhaitons non seulement que le récepteur saisisse le message que nous voulons transmettre, mais aussi que cela nous permette d'influencer son attitude. Ceci est valable au sein de petits groupes ou entre deux personnes. C'est le cas par exemple des thérapies pour les conduites addictives comme l'alcoolisme. Cela nous concerne quand nous essayons de motiver un enfant à ne plus sucer son pouce ou à adopter un bon contrôle de plaque.

Cependant, l'efficacité de la communication ne dépend pas que de l'influence qu'elle permet d'exercer sur le récepteur. Nous pouvons très bien réussir à faire passer un message à l'autre sans pour autant que cela agisse sur son comportement. Nous ne pouvons pas parler d'échec de la communication puisque le message a été compris, seulement elle n'a pas permis de servir le second objectif (Bourassa, 1998).

5.1.2.3. L'amélioration des relations entre les interlocuteurs

Comme nous l'avons déjà vu, un émetteur qui prépare ses propos, choisit les mots corrects et donc transmet son message avec justesse communique habituellement efficacement. Toutefois, un *climat de confiance* et un *environnement psychologique approprié* sont également très importants. Quel enfant croira un chirurgien-dentiste qui lui dit que le soin qu'il va réaliser ne lui fera pas mal, alors que lors des trois précédents rendez-vous il a ressenti des douleurs lors du soin ? (Bourassa, 1998).

5.1.2.4. L'action

Parfois, la communication a pour objectif de convaincre l'interlocuteur de la nécessité d'agir et dans ce cas, le succès dépend de l'action qui en découle. Par exemple, l'échange entre un dentiste et un enfant est considéré comme réussi si l'enfant accepte le traitement proposé et si celui-ci est réalisé.

Cette communication est la plus difficile à réussir. Ceci nécessite de favoriser la compréhension de la suggestion, de montrer qu'elle est sensée et d'entretenir avec l'interlocuteur une relation de confiance (Bourassa, 1998).

5.1.2.5. Le plaisir

Pour terminer, la communication peut être simplement l'occasion d'entrer en contact et de discuter agréablement avec quelqu'un, sans avoir pour but de diffuser une information utile. Dans ce cas, l'objectif est le plaisir de l'échange qui varie selon les sentiments des uns et des autres (Bourassa, 1998).

5.1.3. Principaux éléments qui entrent en jeu

La communication interpersonnelle est un processus complexe et ce, d'autant plus qu'il y a de participants (Bourassa, 1998). Nous allons essayer d'en expliquer simplement les principaux éléments sans oublier que chaque communication a ses propres caractéristiques qui sont impossibles à prévoir en totalité.

5.1.3.1. Les interlocuteurs

Ce sont les participants de la communication interpersonnelle. Ils sont interdépendants et du fait de l'échange qui se crée, chacun est à la fois et à tour de rôle émetteur et récepteur (Bourassa, 1998).

5.1.3.1.1. Leurs responsabilités

Dans le but d'améliorer la communication, chacun des interlocuteurs doit respecter certaines règles logiques. Celui qui parle, pour se faire bien comprendre, doit :

- parler suffisamment fort et distinctement pour se faire entendre correctement.
- s'exprimer clairement, ce qui implique d'avoir réfléchi avant de parler.
- toujours avoir à l'esprit que l'auditeur peut ne pas le comprendre.
- s'assurer que l'auditeur a compris et lui demander s'il a besoin d'un complément d'informations.
- répéter et éclaircir ses propos si nécessaire, mais en d'autres termes et d'une voix plus forte sans manifester d'énervement ou de mauvaise humeur, ce qui peut inciter l'auditeur à faire semblant de comprendre et ne plus poser de questions.

Celui qui écoute doit :

- prévenir le locuteur s'il ne l'entend pas.
- faire preuve d'attention, le plus souvent au moyen de réactions non verbales (hochements de tête, regard).
- prévenir avec tact le locuteur si certains propos ont besoin d'être clarifiés.
- accepter le fait de ne pas comprendre et que cela nécessite des explications supplémentaires, cela fait partie du processus normal de communication.
- essayer de reformuler les propos du locuteur tel qu'il les a compris, ce qui permet de s'assurer qu'ils ont été correctement perçus (Bourassa, 1998).

5.1.3.1.2. Les « filtres »

Ce sont les limites à notre aptitude de percevoir les stimuli. Ils sont de deux ordres :

- **physiologique** : ce sont les « filtres perceptuels » qui sont les limites biologiques intrinsèques au sujet (sa vue, son ouïe, son toucher, son odorat). Ils sont irréversibles et différents d'une personne à l'autre, le plus troublant étant la limite de notre capacité à entendre (Bourassa, 1998).
- **psychologique** : ce sont les dispositions mentales de chacun, qui peuvent être parasitées par un état d'anxiété ou une mauvaise expérience passée par exemple (Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).

Il est facile de comprendre que ces filtres peuvent fausser la communication et donc la compréhension entre les interlocuteurs. Admettre nos limites et comprendre celles de notre interlocuteur peuvent nous aider à améliorer nos échanges (Bourassa, 1998).

5.1.3.2. Les stimuli

Lorsque nous communiquons, nous utilisons des mots et des gestes, intentionnellement ou non. On parle alors de communication verbale et non verbale. On distingue ainsi quatre types de stimuli :

- les stimuli verbaux intentionnels.
- les stimuli verbaux non intentionnels.
- les stimuli non verbaux intentionnels.
- les stimuli non verbaux non intentionnels (Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).

5.1.3.2.1. Les stimuli verbaux

Ils sont à la base de toute communication orale. La plupart du temps, les échanges font intervenir des stimuli verbaux intentionnels qui sont des tentatives conscientes pour entrer en relation avec les autres par la parole. Les stimuli verbaux non intentionnels sont ce qu'on appelle *lapsus linguae* et sont caractérisés par des propos qui n'ont apparemment pas de sens, perçus uniquement par les auditeurs en général, mais qui auraient un « motif inconscient » selon Freud (Bourassa, 1998).

5.1.3.2.2. Les stimuli non verbaux

Ce sont des stimuli transmis implicitement en plus des paroles, qui font appel à différents aspects du comportement, que ce soit la posture, les mouvements des mains, l'expression faciale, le regard, le ton de la voix... Les stimuli non verbaux intentionnels sont ceux qu'on souhaite émettre. Ils sont utilisés seuls ou peuvent accompagner des mots que ce soit pour les renforcer ou pour les annuler. Ils peuvent être difficiles à interpréter mais leur utilisation courante aide à les discerner chez les autres. Les stimuli non verbaux non intentionnels sont les aspects extériorisés du comportement qui échappent à la volonté. Par exemple, un patient peut intentionnellement vouloir se montrer détendu au cabinet dentaire, mais par son comportement, signifier involontairement son stress.

D'une manière générale, qu'ils soient verbaux ou non, les stimuli non intentionnels sont d'autant plus utilisés par une personne que celle-ci a des difficultés à communiquer (Bourassa, 1998). Ils peuvent constituer un filtre à la communication s'ils ne sont pas adaptés au discours qu'ils accompagnent, ce qui arrive notamment en cas de stress mal géré ou de manque de savoir-faire (Théry-Hugly et Todorova, 1998).

5.1.3.3. Les canaux

Ce sont eux qui permettent d'acheminer les stimuli de communication entre les interlocuteurs. Au sein d'une conversation, ce sont les organes sensoriels qui jouent ce rôle, notamment l'ouïe, la vue et le toucher. Souvent, plusieurs sont utilisés en même temps et plus ils sont nombreux, plus de stimuli non intentionnels sont transmis (Bourassa, 1998).

5.1.3.4. L'interférence

Elle se définit comme l'ensemble de ce qui altère l'information communiquée ou distrait et empêche le récepteur de recevoir les stimuli (Bourassa, 1998). Selon Festinger et Maccoby (1964), dans certaines circonstances, les auditeurs qui sont perturbés par une interférence ont tendance à adopter le point de vue de leur interlocuteur. On distingue deux types d'interférences :

- l'**interférence technique** qui correspond aux éléments qui nuisent à la perception de ce que l'émetteur veut transmettre. Elle peut être sonore ou visuelle, peut venir de celui qui parle (bégaiement, accent marqué, mauvaise prononciation) ou de l'environnement (bruit, sources de distraction extérieures comme une conversation simultanée).
- l'**interférence sémantique** qui peut survenir quand les interlocuteurs ne confèrent pas la même signification aux mots ou expressions employés (Bourassa, 1998). La connotation d'un mot est extrêmement variable d'une personne à l'autre et d'un moment à l'autre. Elle est fonction du contexte socio-culturo-économique de l'émetteur et du récepteur, mais aussi de leur âge (Théry-Hugly et Todorova, 1998).

5.1.3.5. Le temps

Il intervient à deux niveaux :

- il joue tout d'abord un **rôle sur l'intensité des relations humaines**. Celle-ci dépend à la fois de la durée pendant laquelle les personnes ont été ensemble et de l'intervalle de temps qui s'est écoulé entre deux rencontres. Cette intensité est variable dans le temps, l'exemple le plus frappant étant la relation entre une mère et son enfant : au fur et à mesure que l'enfant grandit, le mode et la qualité de la communication évoluent. Elle est d'abord non verbale et unilatérale, puis l'enfant apprend à s'exprimer par des cris, des sourires, des gestes, des mots. Elle se fait alors dans les deux sens et devient verbale, les possibilités de communication augmentent en même temps que la relation entre la mère et l'enfant évolue.
- il joue aussi un **rôle sur le style de la communication**. En effet, deux personnes ont besoin d'un certain délai pour apprendre à se connaître. Au fur et à mesure

qu'elles s'habituent l'une à l'autre, elles peuvent exprimer la même chose en moins de mots par anticipation en partie de ce que l'autre veut dire : leur style de communication évolue avec le temps. Ceci peut se rencontrer entre des amis intimes ou des collègues qui travaillent ensemble depuis longtemps par exemple. Cet effet du temps sur la communication a deux inconvénients : le style de communication qui en découle peut déboucher sur des malentendus si le récepteur ne devine pas correctement ce que l'autre veut dire et l'interprète mal, il peut également exclure involontairement les autres de la conversation, ceux-ci ne la comprenant pas (Bourassa, 1998).

5.1.4. Echecs de la communication

On les appelle un bris dans la communication. On en distingue deux sortes :

- les **bris primaires**, qui se produisent lorsque le message n'est pas compris.
- les **bris secondaires**, qui impliquent un premier échec duquel découlent de la colère, de la confusion ou bien de la frustration pouvant aboutir à une incompréhension et donc une mésentente (Bourassa, 1998).

5.2. Communication entre le praticien et le patient : les conditions générales d'une bonne relation

On peut définir une consultation médicale comme une relation établie entre un professionnel et un patient dans le but de résoudre un problème nécessitant une compétence médicale spécifique. Cette relation nécessite donc :

- l'élaboration d'objectifs communs (Bourassa, 1998).
- une collaboration réciproque. En effet, quand le patient crée une interaction en participant de manière active, cela permet au dentiste de lui confier certaines fonctions et donc de travailler au meilleur de ses capacités (Pasini et Haynal, 1992).
- une définition claire et précise de la part contractuelle de la relation pour permettre une entente mutuelle (Bourassa, 1998).

A ceci s'ajoutent les rapports psychologiques entre l'un et l'autre.

Tous ces éléments impliquent donc que le praticien soit capable de communiquer correctement avec son patient, ce qui nécessite non seulement une connaissance des techniques de communication mais aussi le développement de certaines aptitudes pour pouvoir les utiliser (Bourassa, 1998). Nous n'aborderons dans ce chapitre que les conditions générales nécessaires à l'établissement d'une bonne relation entre un praticien et son patient, les techniques de communication pouvant nous aider à améliorer notre approche de l'enfant seront développées ultérieurement.

5.2.1. L'écoute active

5.2.1.1. Définition

L'écoute est une attitude de réceptivité à l'égard d'une autre personne, qui s'applique aux communications verbales et non verbales. Elle implique de la part de celui qui s'y astreint une présence entière, tant psychologique que physique. C'est l'élément de base de toute

communication et donc la première condition de toute relation thérapeutique au cours de laquelle elle doit être manifeste du premier contact jusqu'à la fin de la consultation.

Du point de vue psychologique, écouter consiste à se préparer à être réceptif aux messages de l'autre tant sur le plan affectif qu'intellectuel, c'est à dire être « émotionnellement disponible ». En effet, l'écoute peut être perturbée par certaines situations ou certains états comme le stress, une dépression, une douleur, une maladie, l'excitation suite à une bonne nouvelle, l'attente de quelque chose d'important, un conflit...

Physiquement, l'écoute consiste en des comportements non verbaux tels que la position et la posture, le regard, l'expression faciale et les mouvements de tête, la façon de parler, les signes d'attention (Bourassa, 1998).

5.2.1.2. Messages à saisir chez le patient

Ils sont à la fois verbaux et non verbaux.

De son discours, il faut dégager les informations importantes qui permettent de bien comprendre le problème qui l'amène à consulter ainsi que ses attentes en terme de prise en charge et de résultats. De plus, ses propos et sa manière de s'exprimer nous donne un début d'indications sur son profil psychologique.

Les messages non verbaux sont très utiles dans la relation praticien-patient lors de l'entretien clinique car ils nous disent quel type de patient nous avons face à nous en termes de personnalité, psychologie, niveau de stress et collaboration (Pasini et Haynal, 1992). Mais selon Pasini et Landoni (1992), ils prennent toute leur importance lorsque le dentiste travaille en bouche. En effet, l'usage de la parole n'est alors pas possible et est remplacé par des éléments de communication non verbale que nous allons rapidement rappeler :

- **le regard** : il peut traduire l'émotion qui anime le patient ou son besoin de contrôler la situation. Ainsi, certains peuvent avoir un regard effrayé, paniqué ou angoissé, d'autres fixent ardemment le chirurgien-dentiste pendant son travail, d'autres regardent dans le vide ou d'autres ferment les yeux, ce qui est un signe de laisser-aller et de détente, donc atténuée souvent la tension musculaire (Pasini et Haynal, 1992).
- **la mimique ou expression faciale** : les émotions qui s'expriment sur le faciès témoignent de la vérité. En effet, selon Eckman (1988), il existe des muscles du mensonge, comme il existe des muscles de la colère, de la peur, de la tristesse, de la joie, de la surprise, de l'excitation, de l'émerveillement... La mimique faciale est donc un précieux indicateur de la collaboration du patient pour le chirurgien-dentiste (Pasini et Haynal, 1992).
- **la voix** : le ton et le timbre sont, eux, d'excellents indicateurs du niveau d'anxiété ou de l'état dépressif d'un patient.
- **la posture** : la façon dont le patient se tient sur le fauteuil est à observer. En effet, avoir les jambes croisées est fréquemment un signe de défense, une posture tendue et les mains cramponnées aux accoudoirs sont des signes de stress.

- **la gestualité** : alors que les patients dépressifs sont plutôt hypomimiques et hypotoniques, les patients angoissés ou anxieux ont une tension musculaire exacerbée, ce qui peut aller jusqu'à une hyperagitation pouvant empêcher la réalisation du soin. Freud, en 1923, a désigné les tics comme étant des « révélateurs de l'inconscient » : même quand le patient ne peut pas parler, son corps le fait pour lui.
- **la présentation et l'aspect vestimentaire** : un patient maniaque s'habille plutôt d'une manière trop méticuleuse alors qu'un patient dépressif ou à risque (toxicomane, alcoolique...) a plutôt un air négligé. Si le patient est un enfant, son aspect extérieur est alors le reflet du tempérament de ses parents (Pasini et Haynal, 1992).

5.2.1.3. Caractéristiques de l'écoute physique

Parmi les comportements non verbaux qui entrent en jeu dans l'écoute active, certains la favorisent et d'autres la desservent. Nous allons essayer de résumer les grands principes qu'il est souhaitable de respecter pour garantir une écoute efficace.

En ce qui concerne la position et la posture :

- préférer une position de face à face qui permet de bien saisir la totalité de l'expression corporelle à une position de retrait obligeant le patient à se contorsionner pour voir le praticien. Donc chaque fois que l'intervention le permet, il est préférable de se positionner face au patient plutôt que de conserver une position fixe et rigide.
- la posture du praticien doit être naturelle mais non relâchée de manière à ce qu'il soit à l'aise et donc plus apte à l'écoute.
- de même, il doit être physiquement détendu.
- ne pas engager la conversation en ayant le dos tourné ou en faisant autre chose (se laver les mains, consulter le dossier, préparer ses instruments...) car ces attitudes non réceptives peuvent être perçues comme un manque d'intérêt par le patient.
- éviter dès que possible de porter gants, masque et lunettes de protection qui entravent la communication non verbale en masquant l'expression faciale.

Le regard doit être dirigé vers le patient tout en étant naturel. Mais il faut éviter de le regarder trop fixement ou avec insistance de manière à ne pas le mettre mal à l'aise.

En ce qui concerne l'expression faciale et les mouvements de la tête :

- préférer un visage détendu, expressif, animé et reflétant l'émotion présente à un visage tendu, sans expression, imperturbable, qui n'incite pas le patient à communiquer.
- des hochements de tête occasionnels, en signe de compréhension l'encouragent aussi à poursuivre ses propos.

La manière de s'exprimer verbalement entre également en jeu :

- la voix doit être suffisamment forte pour que le patient entende sans effort, mais sans excès pour qu'il ne se sente pas agressé.
- le débit verbal doit être modéré. Trop rapide, il peut stresser le patient. Trop lent, il peut être perçu comme un manque d'intérêt ou d'assurance.

- le ton doit être adapté à la situation et aux propos exprimés par le patient, en aucun cas il ne doit être monotone ou brusque.

Les marques d'écoute sont très importantes pour faire sentir au patient la disponibilité et l'implication du praticien dans son cas :

- des interjections (Hum ! Ah !), la répétition du dernier mot prononcé par le patient, la demande de précisions et d'explications sont judicieuses pour l'encourager à poursuivre.
- changer de sujet de conversation ou interrompre le patient, être dérangé par des communications téléphoniques ou des interruptions du personnel dans la salle de soin sont mal venus (Lecompte, 1978 ; Bourassa, 1998).

5.2.1.4. Objectifs de l'écoute active

Tout d'abord, l'écoute a pour but de **montrer à la personne qui parle que nous la respectons**. En effet, elle est à la base des attitudes de respect, d'empathie, d'authenticité et de pertinence qui sont très importantes dans l'établissement d'une relation de confiance et de coopération.

Elle permet également de repérer les éléments importants du récit du patient de manière à en **retirer l'essentiel**, que ce soit des mots, des phrases, des idées, le comportement non verbal ou le contexte socioculturel. Cette faculté est nécessaire à la compréhension et donc à une communication efficace.

Elle a aussi un effet de **renforcement positif** : le fait d'être à l'écoute à la fois psychologiquement et physiquement confère généralement au praticien un côté rassurant, consolant, sincère et authentique aux yeux du patient. Cet effet sécurisant aide à créer un climat de confiance qui incite le patient à se confier davantage.

Enfin, l'écoute doit permettre d'amorcer une **relation de collaboration avec le patient** du fait de l'intérêt que nous lui témoignons. Ainsi, nous pouvons l'amener à porter attention aux points de vue qui nous intéressent en accordant de l'importance à certains propos plus qu'à d'autres. Mais il est important de respecter ses valeurs et son schéma de référence afin qu'il puisse formuler ce qui, lui, l'intéresse également.

→ Donc, cette technique de communication doit rester naturelle chez le praticien qui doit l'intégrer à son comportement professionnel à tous les stades de prise en charge du patient, tout en restant authentique (Bourassa, 1998).

5.2.2. La relation de confiance et le respect de l'intimité

La notion de confiance joue un rôle primordial dans l'établissement d'une relation de coopération. Le développement d'un climat de confiance dépend de certains aspects de la relation que nous avons avec le patient, notamment le contact physique qui doit s'effectuer en respectant des distances psychologiques qui correspondent aux limites personnelles de l'espace vital de chacun. On peut définir ces limites comme la distance physique qu'on ne désire pas voir enfreindre par autrui sans raison valable.

La relation entre un chirurgien-dentiste et son patient est extrêmement particulière en ce sens, car elle impose un rapprochement physique entre deux personnes qui, au départ, ne se

connaissent pas et se retrouvent à une distance quasi intime. De plus, par son geste, le chirurgien-dentiste pénètre dans la cavité buccale et donc l'espace privé du patient. Son regard qui s'exerce aussi dans un espace plus restreint peut être perçu comme intrusif. Les distances physiques nous permettant de conserver notre intimité, il semble évident que cette situation de proximité, qui n'est pas naturelle, peut déclencher des situations troublantes sur le plan émotif et engendrer chez le patient un sentiment de gêne ou de malaise qui va à l'encontre de la détente, le confort et la confiance recherchés. Ceci peut pousser certains patients à adopter une attitude de défense ou de fermeture, d'autres à une intimité non souhaitée (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).

Afin de mieux comprendre comment y remédier, nous allons d'abord rappeler les travaux d'Hall (1971) sur les distances physiques que les personnes établissent entre elles :

- la **distance intime** (du contact physique à 45 cm) : dans ce cas, la présence de l'autre s'impose et si cet autre n'est pas un proche, elle peut devenir encombrante du fait de son impact sur le système sensoriel (vision, odeur et chaleur du corps de l'autre, rythme de sa respiration, odeur et souffle de son haleine...). En effet, le toucher et l'odorat, lorsqu'ils ne sont pas de puissants stimuli érogènes, sont des facteurs de répulsion. C'est à l'intérieur de cette distance que le dentiste travaille (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998, Théry-Hugly et Todorova, 1998).
- la **distance personnelle** (45 à 125 cm) : c'est la distance qu'établissent naturellement deux personnes qui entrent en communication, elle correspond à une sorte de « bulle protectrice » que se forge une personne autour d'elle pour se protéger des autres. C'est aussi la distance qu'établit le praticien lorsqu'il serre la main de son patient. Cela permet d'avoir une bonne perception de l'autre et de distinguer tous ses messages non verbaux. C'est donc la distance recommandée pour l'entretien clinique.
- la **distance sociale** (1,20 à 2,10 mètres) : c'est la distance qu'établit le praticien quand il s'adresse à son patient dans la salle de soin sans être au fauteuil, elle permet une perception d'ensemble de l'autre.
- la **distance publique** (3,60 à 7 50 mètres et plus) : elle correspond aux échanges dans la salle d'attente, ce qui les limite à des formules générales ou superficielles du fait du peu d'intimité.

Le praticien intervient donc obligatoirement dans une zone intime. Le patient l'accepte intellectuellement car il est demandeur de soins, mais cela n'empêche pas la situation d'être anxiogène. Dans le but d'instaurer un climat de confiance, il faut faire en sorte de diminuer cette anxiété en donnant à la notion de contact physique un sens de réconfort et en préparant progressivement le patient à la proximité que le soin exige, en ne passant pas brutalement d'une distance publique à une distance intime. Le praticien doit en quelque sorte « désensibiliser » cette zone d'intimité par des contacts physiques progressifs. Par exemple, en allant chercher le patient dans la salle d'attente, il peut faire un mouvement vers lui en signe d'ouverture. Puis il peut lui tendre la main en signe d'accueil, ce qui permet d'établir la distance personnelle et d'établir le contact physique. Ceci fournit alors au patient l'information sensorielle (chaleur, fermeté, douceur, tremblements) et le prépare donc au contact intime au niveau du visage et de la bouche (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).

De ces quelques rappels de psychologie, nous retiendrons que le psychisme s'imisce inévitablement dans toute relation entre un chirurgien-dentiste et son patient. Or, du fait de sa subjectivité, la part psychique de la relation est la plus difficile à percevoir, concevoir, interpréter et comprendre pour le clinicien, ceci peut-être encore plus lorsque le patient est un enfant. L'implication du psychisme au sein de la relation thérapeutique est loin d'être négligeable. Les émotions viennent en effet souvent compliquer les relations interpersonnelles et ce, d'autant plus dans notre spécialité. Cette participation psychologique ne peut donc plus être ignorée par l'odontologiste qui souhaite établir une relation efficace et de qualité avec ses jeunes patients. Un moyen pour lui d'y accéder consiste à communiquer correctement, ce qui, nous l'avons vu, nécessite le respect de certains principes. Le comportement de l'enfant intervient lui aussi dans la qualité de la relation thérapeutique, nous y reviendrons par la suite.

Il est donc primordial, pour le chirurgien-dentiste qui souhaite obtenir la coopération de ses petits patients et établir une bonne communication et des relations satisfaisantes avec eux, de prendre en compte à la fois leur psychisme et leur comportement. Des techniques simples à mettre en oeuvre peuvent l'aider à améliorer son approche de l'enfant. Ce sont :

- Les techniques comportementales qui lui permettront de modifier les comportements inadaptés de ses patients ou de favoriser l'apparition de nouveaux plus appropriés, essentiellement :
 - o Les techniques basées sur le renforcement positif et le déconditionnement, notamment la méthode mixte.
 - o Les techniques qui agissent sur les motivations et donc sur les besoins à satisfaire de l'enfant et plus particulièrement ses besoins d'appartenance et d'amour et ses besoins d'estime de soi.
- Les techniques de communication verbale et non verbale.

C'est ce que nous allons approfondir en deuxième partie de notre travail. Après avoir présenté les particularités inhérentes à l'enfance et qui font toute la singularité et l'originalité de notre patient, les spécificités concernant l'expérience que fait l'enfant de la situation dentaire et les facteurs qui interviennent dans la relation thérapeutique, nous exposerons l'approche qui est classiquement préconisée actuellement concernant la première visite de l'enfant au cabinet dentaire et la présence parentale et permettant l'établissement d'une relation de confiance avec l'enfant.

PARTIE 2 : L'ENFANT ET LE CABINET DENTAIRE

1. « L'enfant », un patient complexe

La premier élément à intégrer lorsque l'on doit soigner des enfants est que ce ne sont pas des adultes en miniature : ils ont leur propre perception de la réalité et leur propre univers qui diffèrent de ceux des adultes. Leur forme de pensée relève du ludisme (recherche du plaisir par le jeu) et de la pensée intuitive, encore appelée pensée magique. De plus, ils sont en plein processus de développement sur les plans psychomoteur, cognitif et affectif.

A l'âge adulte, nous n'avons plus le souvenir de ces particularités qui ont fait notre enfance. Cependant, l'adaptation à l'autre et à sa réalité est primordiale dans la relation avec les enfants : c'est ce qui va nous permettre de pénétrer dans leur univers pour y introduire des réalités nouvelles. Il faut également considérer que l'enfant avec qui nous sommes en relation est en évolution constante et qu'il est plus vulnérable sous certains aspects selon les périodes. Il existe donc autant d'approches qu'il y a d'enfants.

En tant que praticiens, nous devons être en mesure de moduler au mieux notre approche en fonction de chacun, en nous basant toujours sur la confiance réciproque et la coopération (Bourassa, 1998). C'est en effet notre capacité à reconnaître notre petit patient dans sa dimension de sujet qui contribue à la qualité de sa prise en charge (Dajeau-Trutaud et coll., 1998). Ceci nécessite des connaissances et des aptitudes particulières, c'est pourquoi il nous semble intéressant de rappeler les particularités inhérentes à l'enfance.

1.1. Relation de l'enfant à la mère : apparition ontogénique de l'anxiété

Au début de sa vie, l'enfant est en *symbiose* avec sa mère : l'objet, la mère, fait partie de lui et il fait partie d'elle. Elle est omniprésente dans sa vie, ne peut pas disparaître, donc les besoins de base sont forcément satisfaits. Il y a comme une *autosatisfaction de ses besoins de base*.

Entre 8 et 13 mois commence la *phase de séparation-individualisation* : l'enfant prend conscience que sa mère ne fait pas partie de lui, ce qui se manifeste par des pleurs lorsqu'elle le quitte. Apparaissent aussi la notion de *temporalité* (l'enfant se rend compte que sa mère était avec lui tout à l'heure et qu'elle n'est plus là maintenant) et d'*incertitude* (elle risque de ne pas revenir) car il n'a pas encore la capacité de concevoir la permanence de l'objet (quand sa mère le quitte, rien ne lui prouve qu'elle n'a pas cessé d'exister, elle n'existe qu'à travers le contact sensoriel).

La mère étant associée à la satisfaction des besoins de base, donc à la détente et au plaisir, son absence se traduit par une perte de sécurité. En effet, les notions de temporalité et d'incertitude ouvrent la porte à l'anticipation : il anticipe le fait que sa mère puisse disparaître et que ses besoins ne soient pas comblés. Il se heurte donc à un obstacle qu'il lui est impossible de franchir, d'où l'installation d'un état de conflit entre ses désirs et la réalité : c'est là qu'apparaît la première réaction d'anxiété, l'**anxiété de séparation**.

Elle s'extériorise sous forme de pleurs et d'une modification du tonus musculaire, seuls moyens de communication dont il dispose. En fait, cette anxiété naît d'une frustration, puis de l'éventualité d'une prochaine insatisfaction de ces besoins. L'enfant est à ce moment-là en très étroite relation avec sa mère, il supporte mal d'en être séparé.

Au cours de sa deuxième année, l'enfant développe la capacité à concevoir la *permanence de l'objet* : il commence à comprendre que sa mère continue d'exister même si elle quitte la pièce, donc il ne pleure plus obligatoirement à son départ. Sa réaction d'anxiété est alors atténuée, voire complètement dissipée. C'est sa première expérience de résolution d'anxiété.

→ L'anxiété de séparation peut se résumer ainsi :

D'abord il y a la volonté essentielle de maintenir un équilibre qui satisfait, puis il y a une rupture de cet équilibre par la survenue d'un obstacle, ce qui engendre de la frustration ; celle-ci se transforme en motivation à évincer l'obstacle pour retrouver l'équilibre initial ; s'ensuit un conflit entre cette motivation et l'obstacle. S'il n'est pas résolu, l'anxiété apparaît.

C'est sur ce modèle que se calque la dynamique ultérieure de l'anxiété. Cependant, les besoins en jeu et les obstacles sont plus complexes, plus subtils et avec le développement des fonctions cognitives, la réaction d'anxiété se complique et s'affine (Bourassa, 1998).

1.2. Maturation de l'enfant et stades de développement

L'enfant se développe sur plusieurs plans simultanément (motricité, cognition, affectivité), mais de façon inégale. Selon les phases, chacun de ces domaines connaît une plus ou moins grande impulsion. Les périodes de grande activité rendent l'enfant relativement sensible et vulnérable (Bourassa, 1998). Il est important que le praticien conçoive que chaque phase soit caractérisée par des aptitudes et des traits de caractère spécifiques, qui influencent la manière dont il pourra entrer en relation avec le petit (Widmer, 2002). Même si l'environnement joue un rôle modulateur important sur la progression de l'enfant en le stimulant plus ou moins, l'âge reste un indicateur déterminant de son niveau de maturation. Le praticien doit donc connaître les caractéristiques et les limites propres à chaque tranche d'âge (Bourassa, 1998).

1.2.1. Développement psycho-moteur et cognitif

La cognition se définit comme l'ensemble des processus psychologiques par lesquels un être vivant acquiert des informations sur son environnement et qui aboutissent à la connaissance (Larousse, 1995 ; Garnier Delamare, 1997). Les fonctions cognitives concernent donc :

- l'intelligence globale.
- l'attention.
- la mémoire.
- le jugement.
- le langage.
- la perception.
- la pensée (Kernbaum et coll., 1998).

S'il veut travailler avec succès avec les enfants, le praticien doit acquérir des connaissances au sujet des théories du développement cognitif et sur la façon dont elles affectent sa manière d'aborder ses petits patients. De nombreux chercheurs ont œuvré à établir de telles théories. Celle développée par Piaget (1954), qui est la plus répandue, distingue quatre étapes de développement intellectuel (Widmer, 2002). Nous allons les développer.

1.2.1.1. Période « sensori-motrice »

Elle s'étend de la naissance à l'âge de 2 ans et correspond théoriquement à l'âge du premier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste.

Pendant cette période, il apprend à se redresser, se tenir assis, se déplacer à quatre pattes, jusqu'à acquérir la marche.

→ Le praticien peut l'examiner dans sa poussette ou avec l'aide de la mère, en se positionnant face à face, genoux contre genoux : le petit est allongé sur le dos, faisant face à sa mère, sa tête posée sur les genoux du praticien.

Ses bras sont généralement agités : il applaudit, montre les choses du doigt, etc. Il s'exprime essentiellement en babillant et commence à connaître des mots simples. Son vocabulaire reste toutefois très sommaire : il ne dépasse pas 25 à 50 mots.

L'apprentissage se fait principalement par la *perception*, notamment le toucher, la vue, les sons qu'il entend et la manipulation. L'enfant n'est pas encore apte à la réflexion (Piaget, 1954 ; Widmer, 2002). Il n'est pas en mesure de comprendre les raisons qui justifient le traitement, ni l'ensemble des gestes techniques réalisés par l'équipe dentaire (Bourassa, 1998). Sa concentration est très limitée dans le temps (Anastasio, 2000).

→ D'un point de vue pratique, le praticien doit avoir pour objectif d'amorcer un processus de prévention en installant les bases d'une relation saine et efficace dans le système parents-enfant-praticien (Piaget, 1954 ; Widmer, 2002).

1.2.1.2. Période « pré-opératoire »

Cette période, qui débute à l'âge de 2 ans et se poursuit jusqu'à 6-7ans, est celle de l'*intelligence pratique* et de l'*acquisition du langage* (Piaget, 1954 ; Anastasio, 2000 ; Widmer, 2002 ; Weilenmann et Egli-Bernd, 2004). L'enfant développe une *pensée intuitive*, mais il apprend toujours essentiellement grâce à la perception : il croit la plupart du temps ce qu'il voit et ce qu'il entend. Il continue à percevoir le monde extérieur en grande partie de façon non différenciée et n'est toujours pas capable de raisonner : il ne pense que de manière partiellement logique, ne sépare pas les éléments importants des informations non importantes, n'obéit pas bien aux instructions, etc (Piaget, 1954 ; Widmer, 2002 ; Weilenmann et Egli-Bernd, 2004).

- De 2 à 3 ans : son vocabulaire ne dépasse pas 200 mots, il est capable de faire des phrases de 2 à 3 mots. Sa période d'attention dure de 1 à 5 minutes (Piaget, 1954 ; Widmer, 2002).

→ Au cabinet, les enfants de 3 ans et moins sont impressionnés par la nouveauté que constitue l'environnement dentaire, tout y est excitant, ils ont besoin d'explorer ce nouveau monde et de bouger dans tous les sens (Harper et D'Alessandro, 2004). Le praticien doit parler à l'enfant avec des phrases courtes, en utilisant des mots simples, de manière à ne pas l'intimider. Il peut commencer à expliquer à l'enfant et son parent comment brosser la face occlusale des molaires mandibulaires et la face vestibulaire des incisives maxillaires (Piaget, 1954 ; Widmer, 2002).

A partir de 3 ans, l'hippocampe arrive à maturité et permet ainsi de former les premiers souvenirs, encore flous mais marquants (Weilenmann et Egli-Bernd, 2004).

- De 3 à 4 ans : c'est l'âge où il apprend en général à faire du vélo. Son vocabulaire s'étoffe de 800 à 900 mots, il fait des phrases de 3 à 5 mots, sait compter jusqu'à 10, mais reste difficile à comprendre par les étrangers. Sa période d'attention augmente de 4 à 8 minutes.

→ Le praticien peut donner à l'enfant de cet âge des instructions simples s'il les accompagne de gestes en guise de démonstration : il peut alors étoffer sa technique de brossage aux trois faces des dents antérieures, ainsi qu'aux faces linguales des molaires mandibulaires. C'est l'âge à partir duquel il va pouvoir commencer à l'installer seul dans le fauteuil dentaire (Piaget, 1954 ; Widmer, 2002).

- De 4 à 5 ans : à 4 ans, le vocabulaire de l'enfant est constitué de 900 à 1200 mots. Il s'exprime avec des phrases correctes : elles sont courtes, contiennent peu de mots, mais chacun délivre l'essentiel du message. Le vocabulaire s'étoffe progressivement jusqu'à 1500 à 2000 mots entre 4 et 5 ans (Bourassa, 1998). Il raconte des histoires longues et souvent imaginaires, connaît quelques couleurs et fait preuve d'une dextérité et d'une coordination meilleures. Il est par exemple capable de sauter sur un pied ou de dessiner une croix (Piaget, 1954 ; Anastasio, 2000 ; Widmer, 2002).

→ Le praticien va pouvoir tenir une conversation avec son petit patient. Il doit cependant faire très attention à utiliser les termes descriptifs les plus appropriés pour expliquer ce qui va se passer pendant la visite. L'amélioration de l'habileté s'accompagne d'une amélioration du brossage (Piaget, 1954 ; Widmer, 2002).

- De 5 à 7 ans : le vocabulaire atteint 2500 mots (Bourassa, 1998). L'enfant commence à parler avec plus d'aisance et de façon plus compréhensible, il établit des rapports avec de nombreux autres enfants. Sa période d'attention dure de 12 à 25 minutes. Sa coordination s'améliore considérablement : il réussit généralement à s'habiller tout seul, sait dessiner un personnage et commence à écrire des mots.

→ Du fait de l'augmentation de ses compétences verbales, c'est le bon moment pour le praticien de commencer à dissiper les mythes que l'enfant a pu entendre de la part d'autres enfants ou d'adultes, concernant les soins dentaires. Le petit doit être capable de nettoyer correctement toutes les régions de sa bouche avec sa brosse à dents (Piaget, 1954 ; Widmer, 2002).

En conclusion, les enfants entre 2 et 6-7 ans sont beaucoup plus faciles à soigner car ils sont plus indépendants, capables d'imitation et de coopération. Il est possible de communiquer avec eux, mais le praticien doit faire attention à toujours rester global dans ses propos car ils ne sont pas capables de tout comprendre (Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000).

1.2.1.3. Période « des opérations concrètes »

C'est pendant cette période, qui commence vers l'âge de 6-7 ans et dure jusqu'à 11-12 ans environ, que la pensée concrète et opérationnelle se met en place. L'enfant commence à faire

preuve de *logique*, à *raisonner* et à avoir une meilleure perception de la réalité (Piaget, 1954 ; Anastasio, 2000 ; Widmer, 2002 ; Weilenmann et Egli-Bernd, 2004). Il peut en conséquence changer complètement d'opinion à propos de quelque chose. C'est notamment la période au cours de laquelle il s'interroge sur le bien-fondé des croyances populaires, comme le Père Noël ou la petite souris, en se basant sur des faits. La seule limite à sa compréhension est le vocabulaire avancé (Piaget, 1954 ; Widmer, 2002 ; Weilenmann et Egli-Bernd, 2004). En effet, au fur et à mesure que l'enfant grandit apparaissent des modes d'expression plus complexes, parfois surprenants, auxquels il faudra s'adapter. Mais son vocabulaire continue de s'étendre progressivement jusqu'à atteindre 4000 mots à l'âge adulte. Il a également une forte aptitude à assimiler les concepts et règles de vie comme la loyauté et le sentiment d'appartenance.

→ Il est donc capable de comprendre et d'honorer les règles de conduite fixées par le chirurgien-dentiste, ainsi que la manière générale de se comporter que requiert une situation donnée.

A cet âge, l'enfant est animé d'une grande curiosité. Ceci correspond à une phase d'acquisition de connaissances et d'expérimentation de la réalité : les lois de la nature et les sciences l'intéressent. C'est l'âge des jeux de vulgarisation scientifiques comme les mini laboratoires de chimie, les malles de docteur, les encyclopédies interactives, les globes terrestres électroniques, etc (Bourassa, 1998). En outre, ses centres d'intérêt l'influencent de plus en plus.

→ C'est un atout dont le praticien doit savoir tirer parti, en expliquant au jeune patient le pourquoi et le comment du traitement, toujours en tenant compte de ce que son niveau intellectuel lui permet de comprendre. Il ne doit pas oublier de discuter avec lui de ses loisirs et activités : l'enfant appréciera qu'il s'intéresse à lui sur un plan plus personnel (Bourassa, 1998 ; Widmer, 2002).

Il apprend beaucoup par *observation et imitation*.

→ Le praticien peut donc utiliser avec succès chez cet enfant la *technique de l'apprentissage par imitation* (encore appelée apprentissage vicariant ou modelage) dont nous avons décrit le principe en première partie (Bourassa, 1998).

1.2.1.4. Période « de la pensée opératoire formelle »

L'enfant acquiert des capacités d'*abstraction* à cette période, qui s'étend de 11-12 ans à 15-17 ans selon les cas. C'est l'âge où il commence à apprendre les mathématiques et la géométrie, il est normalement capable de tout comprendre (Piaget, 1954 ; Widmer, 2002).

1.2.2. Développement psycho-affectif

1.2.2.1. Petite enfance : stades « prégénitaux »

La théorie freudienne distingue trois stades dans l'évolution psycho-affective et l'organisation de la libido du petit enfant.

1.2.2.1.1. Stade oral

C'est la première phase, qui s'étend de la naissance jusqu'à 18 mois. Elle est caractérisée par la prévalence de la zone orale comme zone érogène. Le plaisir sexuel est lié de façon prédominante à l'excitation de la cavité buccale et des lèvres qui accompagne l'alimentation. La relation d'objet liée à l'alimentation et l'incorporation s'exprime sur le mode : manger – être mangé. Ce stade peut être subdivisé en :

- **stade oral précoce et passif**, correspondant à la succion (Freud, 1923 ; Garnier Delamare, 1997 ; Kernbaum et coll., 1998). La pulsion orale se traduit alors par une hypertonie musculaire. L'aliment n'étant pas toujours présent, le pouce s'y substitue souvent afin de tenter de satisfaire la pulsion. Cette activité auto-érotique constitue un apaisement compensatoire aux immanquables et indispensables frustrations, ainsi qu'une première tentative d'autonomie et d'agencement de la solitude (Ruel-Kellerman, 1989 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998).
- **stade oral actif ou stade sadique oral**, correspondant à la morsure (Freud, 1923 ; Garnier Delamare, 1997 ; Kernbaum et coll., 1998). L'éruption des dents temporaires s'accompagne en effet du surgissement de la pulsion orale sous sa forme agressive et destructrice. La capacité à mordre confère à l'enfant une forme de puissance, ce qui remanie son rapport avec sa mère. Il en résulte généralement un sevrage « castrateur » qui l'oriente vers un autre rapport à la zone érogène qu'est devenue sa bouche et traduit le début d'un lent processus de séparation d'avec la mère. La persistance de la succion du pouce prend alors une autre dimension (Ruel-Kellerman, 1989 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998).

Le stade oral est en outre caractérisé par une très grande exigence de l'enfant, notamment à l'égard de sa mère dont il ne doit pas être séparé (Anastasio, 2000 ; Widmer, 2002). En effet, le parent fait partie de lui et il en a énormément besoin. C'est également une période pendant laquelle l'enfant découvre et conquiert le monde par l'intermédiaire de sa bouche (Widmer, 2002). Et les nourrissons peuvent manifester, dès leur quatrième mois, des réactions de peur plus ou moins prononcées lorsqu'ils sont exposés à des stimuli extérieurs (Weilenmann et Egli-Bernd, 2004).

→ Le praticien doit donc toujours avoir à l'esprit, lorsqu'il soigne un petit de cet âge, que sa bouche est tout pour lui et que toute atteinte de cette zone risque d'être ressentie comme une agression, donc d'être source d'angoisse (Widmer, 2002).

1.2.2.1.2. Stade anal

Encore appelé stade sadique anal, il correspond à la deuxième phase et est caractérisé, chez l'enfant entre 18 mois et 3 ans, par une fixation sur la zone anale : le plaisir est lié de façon prépondérante aux fonctions excrétoires, que ce soit l'expulsion ou bien la rétention des matières fécales (Freud, 1923 ; Garnier Delamare, 1997 ; Kernbaum et coll., 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998). C'est la période au cours de laquelle il apprend à être propre et manifeste généralement un comportement négatif, qui se traduit par l'utilisation de son sphincter de manière agressive à l'égard de ses parents et des prescriptions de propreté (Widmer, 2002).

Il est très *inconstant* à ce stade : son attention, très facile à capter du fait de sa nature généralement confiante, peut être tout aussi rapidement détournée ; ses réactions sont vives et fugaces, donc difficiles à maîtriser ; il peut être colérique, impossible à raisonner.

C'est à ce moment précis que sa relation avec sa mère est la plus étroite car il fait l'expérience de l'anxiété de séparation dont le processus de résolution n'est pas encore achevé (Bourassa, 1998 ; Widmer, 2002). Il est très attaché à ses objets de substitution, donc très *fragile* sur le plan affectif : il convient de ne pas séparer l'enfant de sa mère à ce stade (Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000 ; Widmer, 2002).

Malgré cela, il peut d'emblée refuser toute coopération, ce qui est une réaction tout à fait normale à cet âge. En effet, c'est la période d'*affirmation du moi* avec le « je » et donc de l'*opposition par le « non »* (Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).

1.2.2.1.3. Stade phallique

C'est la troisième phase de l'évolution psychologique de l'individu, qui s'étend de l'âge de 3 à 6-7 ans. Au cours de cette période, la dentition temporaire est en place et le primat est alors accordé à la zone génitale sur laquelle sont alors axées les pulsions instinctives. Mais seul l'organe génital mâle est reconnu, vécu comme présent ou absent (et donc châtré). L'enfant est de ce fait perturbé et donc angoissé. Il réagit en développant des mécanismes de défense du type refoulement ou régression (Freud, 1923 ; Garnier Delamare, 1997 ; Kernbaum et coll., 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998). De plus, c'est une période pendant laquelle le petit vit facilement les dangers comme des situations qui mettent en péril son existence. La maladie ou le fait de devoir se faire soigner est alors ressenti comme une agression et vécu comme une punition, avec un sentiment de culpabilité. Un traumatisme psychique à cet âge risque de perturber l'ensemble de sa personnalité ! (Weilenmann et Egli-Bernd, 2004).

De plus, cette période est marquée par son entrée à l'école maternelle et le début de la socialisation (Théry-Hugly et Todorova, 1998). Son comportement social est alors fréquemment marqué par une *impulsivité*. Il est susceptible de changer facilement de comportement, ce qui peut se traduire au cabinet dentaire par le passage d'une coopération idéale et active à un état de soumission passive ou des réactions brusques et agressives en cas de peur par exemple.

→ Le praticien doit donc être extrêmement prudent avec les enfants de cet âge. Son objectif est de prévenir une éventuelle association entre une expérience négative et le cabinet dentaire, ceci pour éviter d'occasionner de l'anxiété chez l'enfant aux visites suivantes. La première visite doit donc se limiter à un simple examen (Bourassa, 1998).

1.2.2.2. Grande enfance : stade de « latence »

Entre l'âge de 6-7 qui correspond à « l'âge de raison » et l'âge de 12-13 ans, l'enfant entre dans une phase de latence qui coïncide avec la fin du complexe d'ŒDIPE. Cette période est marquée par la perte de la première dent temporaire, l'éruption de la première dent définitive et l'établissement de la denture mixte. Elle est caractérisée par une ouverture au monde extérieur, une affirmation des mécanismes de défense et une capacité d'identification à l'agresseur. Le grand enfant a donc tendance à jouer au dentiste pour sublimer la situation (Freud, 1923 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).

- De 6 à 9 ans : les enfants sont animés par un grand besoin de **socialisation avec le groupe des pairs**. Au cours de cette période, marquée par l'entrée à l'école primaire, les relations sociales qu'ils développent sont solides et ils sont sujets à se laisser influencer par leurs copains. Ils sont également en recherche d'**indépendance à l'égard de leur famille** (Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Anastasio, 2000 ; Widmer, 2002).
- De 9 à 12 ans : ils **savent dominer leurs réactions émotionnelles** face à la douleur et la peur.

→ Si leurs expériences précédentes ont été agréables et qu'on a réussi à leur inculquer de bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire, ils ne posent plus de problèmes majeurs (Bourassa, 1998) : ce sont des patients « *expérimentés* », leur comportement est plus stable (Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000).

En revanche, cette période de préadolescence est souvent marquée par un **repli sur soi** et une **relative timidité**.

→ Le praticien doit donc prendre certaines précautions sur le plan de la communication : c'est à lui que revient l'initiative de susciter l'échange, en devenant le pôle le plus actif de la relation (Bourassa, 1998).

Les enfants jusqu'à l'âge de 8 ans peuvent toutefois facilement régresser vers la phase antérieure. Un enfant d'apparence calme peut accuser une fréquence cardiaque de plus de 100 pulsations par minute lorsqu'il est installé sur le fauteuil par exemple. Ceci est dû au fait que les signaux de peur sont très puissants à cet âge. Malgré cela, il reste nettement plus coopérant qu'un enfant plus jeune et est capable de se maîtriser en dominant son anxiété pendant un bref laps de temps (Weilenmann et Egli-Bernd, 2004).

1.2.2.3. Adolescence : stade « génital »

Entre 12 à 15 ans, on n'est plus un enfant, mais pas encore un adulte. Le passage entre ces deux états, marqué par la puberté, se fait rarement sans difficultés : c'est une période critique ! (Bourassa, 1998 ; Widmer, 2002).

En effet, le développement de l'adolescent est centré sur le **concept de soi** : c'est à cet âge qu'il cherche son **identité**, ce qui est source d'angoisse, et qu'il se positionne par rapport aux **notions de société et d'autorité**. (Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Widmer, 2002).

→ Face au chirurgien-dentiste, il peut donc se comporter de façons très différentes. L'adolescent peut voir en lui le « monde adulte » dans lequel il souhaite s'intégrer et dans ce cas, collaborer parfaitement au traitement. Il peut à l'inverse voir en lui un représentant de l'autorité familiale et sociale avec laquelle il est en conflit et à laquelle il ne veut plus s'astreindre. Il risque dans ce cas d'être sur la défensive (Bourassa, 1998). Le refus des soins ou de l'hygiène bucco-dentaire constituent alors fréquemment un déguisement de son hostilité (Théry-Hugly et Todorova, 1998). Dans ce cas, le praticien devrait lui accorder suffisamment de temps pour lui permettre de s'adapter avant de lui demander des choses plus exigeantes (Widmer, 2002).

De plus, l'adolescent éprouve un grand besoin :

- de *contrôle*.
- d'*indépendance vis-à-vis du noyau familial* qui a été son « port d'attache » jusque là.
- de ressentir que ses aspirations et ses opinions sont prises en *considération* (Bourassa, 1998 ; Widmer, 2002).

→ Le praticien a donc tout intérêt à s'adresser à lui comme à un adulte et directement, plutôt que par l'intermédiaire de ses parents. Ceci a tendance à le valoriser dans sa démarche de démarcation (Bourassa, 1998). Il est impératif que le clinicien lui accorde un contrôle sur les procédures dentaires, notamment en lui donnant le choix et en lui demandant son avis sur la réalisation du traitement : « Préfères-tu que je fasse la totalité des soins aujourd'hui ou préfères-tu revenir me voir à un autre moment pour que je puisse terminer ? » peut être une manière de proposer ce contrôle par exemple (Widmer, 2002).

En constante évolution biologique (endocrino-génitale) et psychologique, l'adolescent passe par des périodes de *fatigabilité*, d'*hypersensibilité* et d'*instabilité émotionnelle* qui sont à l'origine de sautes d'humeur et de réactions impulsives qui en font un patient relativement peu fiable, aux conduites paradoxales (Ruel-Kellerman, 1989) :

- d'un côté, même s'il est mal à l'aise face à l'image de son propre corps, il semble en être soucieux : toute dent cariée ou absente représente une véritable atteinte narcissique. L'apparence de ses dents et de sa bouche est en effet très importante pour l'estime qu'il a de lui-même (Ruel-Kellerman, 1989, Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Widmer, 2002).
- de l'autre, il peut être à certains moments fort négligeant à l'égard des soins d'hygiène. Ce comportement s'instaure généralement en réaction contre les principes éducatifs de son enfance ou bien par souci de conformité au modèle adolescent en vogue ou encore lors d'une évolution dépressive favorisant des conduites auto-agressives. L'attitude arrogante et irrespectueuse qu'il peut avoir est donc classique pendant cette phase de sa vie (Ruel-Kellerman, 1989, Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Widmer, 2002).

Entre 15 et 18 ans, le cortex est arrivé à maturité. Le jeune adulte, lorsqu'il est anxieux, essaie de se contrôler par un tonus maximal du système nerveux sympathique. En raison de l'épuisement, du soulagement et du besoin de récupération qui font suite à l'expérience stressante, la situation peut facilement se renverser après. Cela se traduit par un tonus maximal du système nerveux parasympathique et peut aboutir à un malaise vagal, voire une syncope vaso-vagale (Weilenmann et Egli-Bernd, 2004).

1.3. Personnalité de l'enfant

Le tempérament de l'enfant est un facteur qui doit interpeller l'odontologiste car il influe de façon directe sur la relation thérapeutique. En effet, chaque enfant naît avec une combinaison unique de traits de caractère qui définit son « style comportemental individuel ». A ceci s'ajoutent les effets de son vécu et de l'environnement dans lequel il vit, le tout aboutit à sa personnalité.

En fonction de la répercussion de celle-ci sur le comportement de l'enfant au cabinet dentaire, on peut distinguer des enfants au tempérament :

- « facile ».
- « difficile ».
- « lent à apprivoiser » (Pinkham, 1995 ; Widmer, 2002).

2. Le cabinet dentaire ou la découverte d'un « monde nouveau »

2.1. Un environnement particulier

L'environnement du cabinet dentaire est un monde complètement étranger pour l'enfant. Les objets et instruments qui s'y trouvent n'ont pas de sens pour lui et peuvent volontiers éveiller sa crainte (Bourassa, 1998).

2.2. L'équipe soignante

Le chirurgien-dentiste est doté d'une **image sociale et d'une fonction symbolique fortement ancrées dans l'inconscient collectif**. Donc même si l'enfant n'en a encore jamais consulté, il se fait forcément une certaine représentation de celui qu'il va rencontrer prochainement, ce qui n'est pas pour le rassurer en général. Afin de mieux comprendre ce phénomène, nous allons rappeler comment la perception du chirurgien-dentiste par la société a évolué au fil des années (Bourassa, 1998).

L'image du chirurgien-dentiste est en effet en train de changer et nous sommes loin désormais des clichés populaires de « l'arracheur de dents », du « mauvais médecin recyclé », du « dentiste puissant castrateur » ou du « personnage terrifiant et dangereux qui fait mal et qui coûte cher ». Le chirurgien-dentiste moderne est plutôt perçu comme un personnage qui ne fait plus mal, doté d'une grande compétence technique et capable de répondre positivement aux désirs de ses patients en leur rendant le sourire. Redonnant fonctionnalité et beauté, il appartient, entre autre, à la médecine de la qualité de vie et de valorisation de l'image de soi. Selon certains psychanalystes, il n'est plus castrateur mais réparateur, « revirilisant », car il est capable de restituer la puissance masticatoire et l'efficacité esthétique. Le stéréotype négatif tend donc à s'estomper, à condition que le praticien soit sympathique, compétent et pas trop onéreux... Il reste cependant enraciné dans les esprits et la peur irrationnelle du dentiste subsiste (Pasini et Haynal, 1992 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998). Le chirurgien-dentiste est encore souvent jugé « moins humain » que le médecin généraliste, plus porté sur l'argent et trop prompt à critiquer ses prédécesseurs ! (Ruel-Kellerman, 1989). Ceci se ressent de nos jours à travers la place importante qu'occupe le chirurgien-dentiste dans l'humour et les caricatures, la plaisanterie étant certainement un moyen efficace pour essayer de surmonter une situation angoissante. Le chirurgien-dentiste est, après le psychanalyste, le personnage le plus représenté par les humoristes, à travers les stéréotypes du « dentiste bourreau » et du « patient victime » par exemple (Pasini et Haynal, 1992 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).

Le chirurgien-dentiste est donc parfois susceptible de représenter un objet phobique particulier pour l'enfant. Ceci repose moins sur la réalité du soin que sur la représentation fantasmatique qu'il peut se faire du praticien. Cette représentation se situerait quelque part entre l'Ogre et Dracula, deux créatures dont le rapport à la dentition ne fait qu'accroître le fantasme (Dajean-Trutaud et coll., 1998).

2.3. Problèmes rencontrés au cabinet dentaire

Ce sont essentiellement des problèmes de nature émotionnelle comme la peur, l'anxiété et l'expérience de la douleur et de nature comportementale comme le refus de coopération.

2.3.1. Particularités inhérentes à l'expérience dentaire de l'enfant

2.3.1.1. La douleur

Selon deux enquêtes commanditées par l'ADF (SOFRES, BVA) concernant les réticences des Français à l'égard des soins dentaires, il semble que la principale barrière à l'accès aux soins soit liée à la peur de la douleur et la seconde au manque de disponibilité du praticien. La douleur, la peur et l'impression d'une prise en charge insuffisante apparaissent donc comme les facteurs principaux de la mauvaise santé bucco-dentaire. La douleur est en effet un problème quotidien en chirurgie dentaire car :

- elle est le motif de consultation principal et le geste thérapeutique doit être antalgique dans ce cas.
- le geste du praticien peut provoquer une douleur qu'il doit alors prévenir (Deville de Perière et coll., 2001). Et la douleur d'origine iatrogène constitue le facteur essentiel d'angoisse à l'égard des soins dentaires (Ackley, 2003 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

Combattre la douleur et la peur des soins constitue donc pour notre profession une nécessité technique incontournable et une obligation déontologique vis-à-vis des données acquises de la science. Ainsi, le chirurgien-dentiste se doit de tenir compte de la dimension subjective de la douleur orofaciale et des affects angoissants qui lui sont associés dans sa pratique clinique (Deville de Perière et coll., 2001).

2.3.1.1.1. Définition

Déjà Ambroise Paré définissait la douleur dentaire comme « la plus grande et la plus cruelle des douleurs qui n'entraînent pas la mort ».

A l'époque actuelle, malgré le haut niveau de technicité auquel notre profession a accédé et les progrès concernant les protocoles anesthésiques, des personnes souffrent encore chez le chirurgien-dentiste. Cela semble être dû à une souffrance psychique sous-jacente. La douleur est en fait un phénomène neuro-biologique complexe dont la perception est habituellement liée à la prise de conscience d'une agression interne ou externe menaçant l'intégrité de l'organisme. Cette notion apparaît clairement dans la **définition de l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (1994) retenue par l'OMS**. En effet, selon Merskey et Bogduk (1994), il s'agit d'une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion réelle ou potentielle des tissus ou décrite en termes d'une telle lésion. » Cette conception écarte la liaison nécessaire entre douleur et stimulus et admet le caractère incontestablement subjectif de la sensation douloureuse. On comprend mieux qu'il soit difficile de faire la part entre le stimulus du corps physique et la souffrance liée au vécu psychique : le mesurable diffère du ressenti (Ruel-Kellerman, 1989 ; Deville de Perière et coll., 2001).

En résumé, la douleur apparaît comme :

- un phénomène pluridimensionnel.
- une expérience existentielle et individuelle qui lui confère son caractère fatalement subjectif (Ruel-Kellerman, 1989 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Deville de Perière et coll., 2001).

Sa mesure semble donc être réductrice, approximative, voire aléatoire malgré l'existence d'une sémiologie des douleurs. Nous pouvons conclure en affirmant que la douleur est un **phénomène bio-psycho-social** (Ruel-Kellerman, 1989 ; Deville de Perière et coll., 2001).

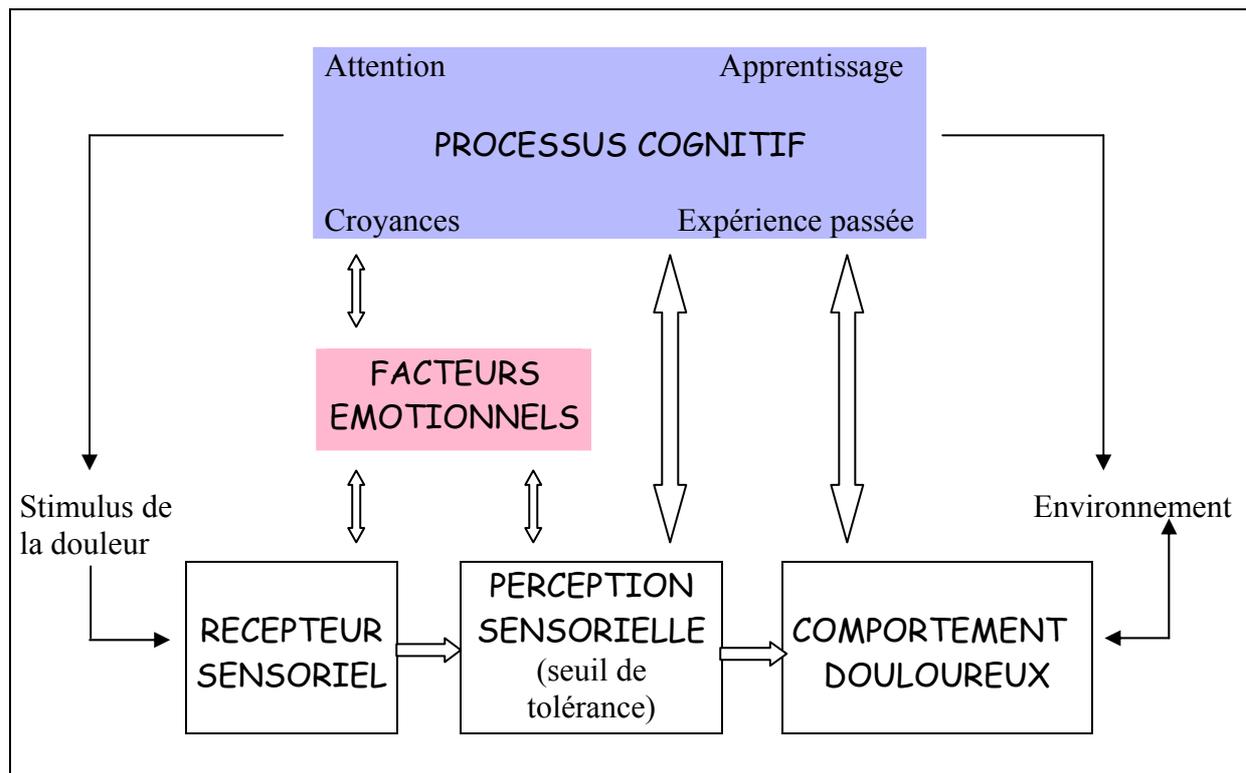


Figure 12 : Phénomène bio-psycho-social de la douleur, d'après Melzack (1984).

2.3.1.1.2. Aspects psycho-comportementaux

Actuellement, on distingue classiquement deux niveaux de l'expérience douloureuse :

- une **composante sensori-discriminative** qui correspond à la nociception (détection et transmission du signal douloureux).
- une **composante cognitivo-affective** qui conditionne la perception et le mode d'expression de la douleur.

Nous allons nous attarder un peu sur ce deuxième aspect de l'expérience douloureuse qui paraît étroitement lié aux perturbations émotionnelles qui émanent du vécu dentaire de l'enfant (Deville de Perière et coll., 2001).

2.3.1.1.2.1. Aspects psychologiques

Dans les conditions normales, tous les individus possèdent le même équipement neurophysiologique. En revanche, le vécu douloureux est fortement individualisé. Ceci est dû à l'influence de facteurs psychologiques qui modulent l'intégration des messages douloureux au niveau central :

- la **composante émotionnelle** confère à l'expérience douloureuse son aspect plus ou moins désagréable (Deville de Perière et coll., 2001 ; Skaret, 2004).
- l'**état cognitif** (niveau de vigilance, focalisation, anticipation, etc.) module la perception douloureuse.
- l'**histoire de l'individu** (sa culture, sa fonction sociale, ses expériences passées et son environnement affectif notamment) influence la représentation et les interprétations qu'il a de sa douleur (Deville de Perière et coll., 2001).

2.3.1.1.2.2. Aspects comportementaux

Les réponses comportementales à la perception douloureuse sont variées : elles consistent en des modifications posturales, des inhibitions motrices, des prises d'antalgiques ou des consultations médicales par exemple. Elles correspondent à des réponses adaptatives qui peuvent être bénéfiques, mais peuvent devenir inadaptées, ce qui risque de renforcer l'expérience douloureuse dans ce cas. Les soignants jouent un rôle important vis-à-vis de la correction de ces comportements (Deville de Perière et coll., 2001).

2.3.1.1.3. Particularités chez l'enfant

2.3.1.1.3.1. Perception et expression de la douleur

Savoir reconnaître la spécificité de l'expression douloureuse chez l'enfant est primordial pour tout praticien qui souhaite comprendre et évaluer la douleur de son petit patient afin de la prévenir et de la traiter. Cette expression est étroitement liée à la perception que l'enfant a de sa douleur.

- La perception de la douleur dépend essentiellement de deux facteurs chez l'enfant:
 - o les **éléments psycho-socio-culturels** qui le caractérisent. Ils modifient la relation directe entre l'intensité de la stimulation douloureuse et l'intensité de la douleur qu'il ressent. Son vécu à ce sujet est en effet largement influencé par sa vie psychique qui favorise notamment l'association à des sentiments de culpabilité (Deville de Perière et coll., 2001). L'angoisse, par exemple, joue un rôle dans le ressenti de la douleur en abaissant son seuil (Pasini et Haynal, 1992 ; Skaret, 2004). A l'inverse, le fait de faire confiance au praticien augmente le seuil de la douleur que l'enfant sera capable de tolérer sans paniquer (Ackley, 2003).
 - o le **niveau qu'il a atteint dans son processus de maturation** psychomotrice, cognitive et affective importe également sur la façon dont il peut ressentir le mal. De 0 à 2 ans, le petit enfant est incapable de différencier une pression d'une douleur. Entre 2 et 10 ans, il devient progressivement conscient de ce qu'est une douleur, en comparaison avec une forte pression

ou un inconfort. A partir de 10 ans, il est doté d'une intelligence abstraite. Il peut donc participer activement aux décisions concernant le contrôle de sa douleur (Widmer, 2002).

- L'expression de la douleur de l'enfant diffère de celle de l'adulte en raison de son immaturité (Deville de Perière et coll., 2001) :
 - o en effet, il sera plus ou moins apte à s'exprimer clairement en fonction de son âge et niveau intellectuel (Widmer, 2002).
 - o de plus, il a généralement tendance à dire que « ça fait mal » à partir du moment où la stimulation à laquelle il est soumis revêt une tonalité affectivement désagréable. Il différencie moins bien que l'adulte les sensations de douleur, de déplaisir et d'anxiété. C'est pourquoi le petit se manifeste sur le plan émotionnel dès l'instant où il a mal assimilé l'expérience du vécu opératoire, même si celui-ci est exempt de douleurs (Pasini et Haynal, 1992).

L'expression de la douleur se traduit chez l'enfant par des manifestations non-spécifiques comme les pleurs ou les cris et des altérations psychomotrices dont l'observation et l'analyse ont permis d'aboutir à une « spécificité de la sémiologie algique de l'enfant ». Celle-ci est à la base de l'évaluation de la douleur chez l'enfant.

Toutes ces particularités rendent bien entendu difficile l'évaluation et la prise en charge de sa douleur (Deville de Perière et coll., 2001).

2.3.1.1.3.2. Conséquences au cabinet dentaire

La douleur est un phénomène qui, contrairement aux autres sensations qui surviennent plutôt fortuitement, peut aisément être anticipée. De cette anticipation naît la peur d'avoir mal ou l'anxiété (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Skaret, 2004), qui sont amplifiées par l'imagination. L'attente anxieuse abaissant le seuil de la douleur, on entre alors dans un cercle vicieux (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).

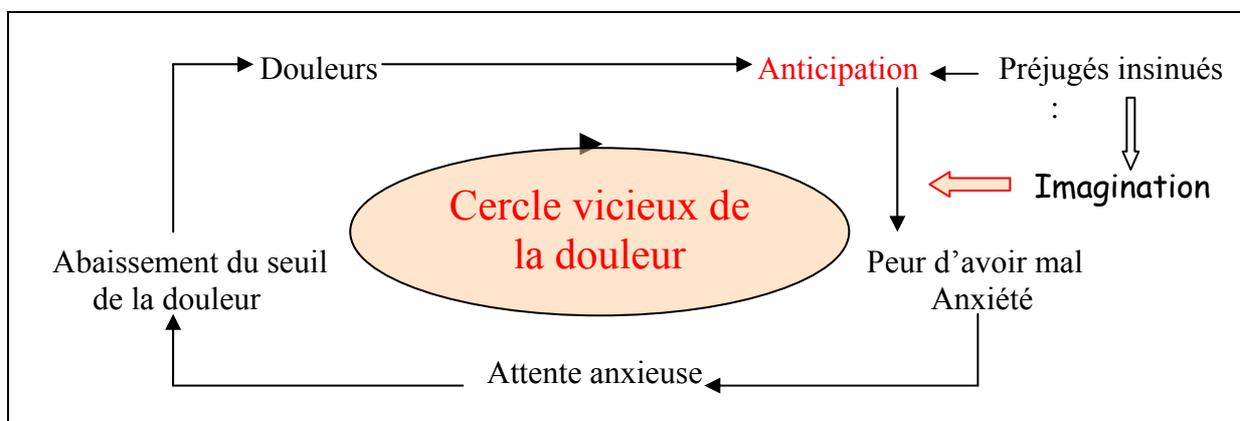


Figure 13 : Cercle vicieux de la douleur.

En outre, l'anticipation est accrue s'il a été insinué à l'enfant qu'une visite chez le chirurgien-dentiste pouvait être douloureuse. Dans ce cas, se faire soigner revient en quelque sorte pour

lui à accepter que quelqu'un d'autre lui fasse mal (Ruel-Kellerman, 1989 ; Acensi, 2003). Ce sentiment étant difficile à surmonter, c'est ainsi qu'un enfant peut percevoir les soins dentaires comme un épisode terrorisant dans lequel le chirurgien-dentiste joue le rôle du « méchant » (Ruel-Kellerman, 1989 ; Bourassa, 1998).

2.3.1.1.4. Conclusion

La douleur dentaire que peut ressentir l'enfant n'est plus à considérer uniquement comme une interprétation d'un dysfonctionnement dentaire, mais plutôt comme une souffrance du petit à la fois sur le plan physique et sur le plan psychique (Dajean-Trutaud et coll., 1998).

2.3.1.2. La signification psychologique et symbolique de la bouche et des dents

2.3.1.2.1. La bouche

Que ce soit du point de vue physiologique ou psychanalytique, la bouche est une zone qui a une forte valeur sensorielle et émotive. Elle peut-être considérée à la fois comme :

- un contenant symbolique et affectif : associée aux premières émotions, elle est l'organe le plus richement investi en symboles fondamentaux de vie et de mort.
- une zone érogène.

En effet, l'importance des voies nerveuses sensorielles afférentes et efférentes en fait un territoire où se concentrent des sensations, qu'elles soient agréables ou douloureuses. C'est un organe très réflexogène. L'importance qu'elle prend au cours du développement de l'enfant en atteste également. Nous allons donc en rappeler les éléments essentiels.

- Au début de son existence, le nouveau-né expérimente la vie par l'intermédiaire de sa cavité buccale :
 - c'est par la bouche qu'il satisfait sa faim, sa soif et qu'il respire. Elle constitue ainsi le lieu vital de la sphère oro-respiratoire. Cette partie de son corps lui procurant ses premières satisfactions, elle est d'abord associée à l'apaisement et donc au *plaisir* (Bourassa, 1991 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Deville de Perière et coll., 2001).
 - c'est également par l'intermédiaire de sa cavité buccale que l'enfant découvre le monde qui l'entoure : il y porte tout objet qu'il peut saisir, c'est sa première façon d'apprendre à le connaître. La bouche constitue alors un organe d'exploration et façonne sa relation au monde comme une empreinte émotionnelle primordiale (Bourassa, 1991 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).
 - en outre, la cavité buccale est l'organe de ses premières relations et donc de ses premiers contacts avec sa mère, celle qui lui procure chaleur, nourriture (par la tétée) et sécurité. C'est une zone de contact par laquelle passent les premiers liens affectifs. Ceci persiste d'ailleurs par la suite avec le contact amoureux ou affectueux (Bourassa, 1991 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).

- organe de la parole et du cri, la bouche constitue le premier organe de communication et ceci avant même la structuration du langage. Elle possède en effet un rôle social non verbal à travers la mimique notamment, ce qui permet à l'enfant de s'exprimer dès son plus jeune âge (Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Deville de Perière et coll., 2001).

Ainsi, au début de la vie, sa bouche est source de multiples plaisirs. Ceci nous renvoie au stade oral du schéma freudien de l'évolution psychosexuelle (Bourassa, 1991 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).

- Au cours de son développement ultérieur, l'enfant expérimente la *douleur* et la frustration, notamment lorsque les dents de lait font leur éruption. Ceci lui fait éprouver une sensation désagréable et est à l'origine d'une séparation d'avec sa mère à travers le sevrage (Bourassa, 1991 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998). C'est pourquoi il exprime par la suite sa colère et son opposition avec ses dents. La morsure traduit une agressivité dans son aspect le plus primitif. Le fait de serrer les dents pour bloquer l'entrée de la bouche (appelé *syndrome des dents serrées* ou *érotisation du non*) traduit une agressivité d'opposition et un plaisir d'être en contradiction, c'est une réaction de défense symbolique de l'enfant. La bouche devient alors un organe d'agression (Bourassa, 1991 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).

→ Finalement, tout au cours de son développement, la signification émotionnelle de sa bouche oscille entre plaisir et douleur (Bourassa, 1991 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998). Cette dualité est source de « fantasmes ». Et comme l'imagination est à l'origine d'une amplification et d'une dénaturation de la réalité, **une intrusion dans la cavité buccale peut être facilement ressentie comme une atteinte à sa propre personne et à son intégrité** (Ruel-Kellerman, 1989 ; Pasini et Haynal, 1992). Ouvrir la bouche revient en fait, pour l'enfant, à en livrer l'intimité profonde et sensible à une autre personne, qui se trouve en position de maîtrise et est animée d'un souhait mystérieux et d'intentions secrètes. Ceci relève d'un abandon et d'une confiance absolue car c'est en fait sa vie qu'il confie symboliquement au praticien à travers sa bouche (Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).

2.3.1.2.2. Les dents

D'un point de vue symbolique, les dents ont pour l'homme une fonction :

- d'arme (pour l'attaque ou la défense).
- d'instrument (outil pour mastiquer et sourire).
- d'ornement (attribut esthétique).

D'une fonction érogène primaire, la bouche devient à travers les dents, non seulement un organe sexuel secondaire, mais une des « armes » de séduction les plus puissantes. La valorisation esthétique du sourire se substitue alors à l'archaïque fonction agressive. La valeur d'objet séparable des dents, dont l'enfant fait l'expérience au déclin de la période oedipienne par la chute de ses dents temporaires, leur confère en outre un caractère phallique. Elles se lient ainsi à une angoisse de castration et d'autres sentiments de frustration, d'abandon, de blessure narcissique, de culpabilité, etc (Ruel-Kellerman, 1989 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998).

L'atteinte dentaire, quelle qu'elle soit, peut être ressentie comme un signe de vieillissement, une perte sur le plan esthétique ou une punition de ne pas avoir consulté régulièrement qui s'accompagne d'un sentiment de culpabilité (Pasini et Haynal, 1992). La douleur dentaire comporte toujours un arrière-fond de châtement. Le traitement peut être perçu comme une agression sur les dents qui risquent alors d'être interdites de morsure (Ruel-Kellerman, 1989). L'extraction dentaire est plus particulièrement assimilée à une mutilation (Pasini et Haynal, 1992). La possibilité de perte de cet organe réactive en effet les problématiques oedipiennes. L'enfant se retrouve ainsi réduit à l'impuissance et dépendant de la volonté obscure du praticien (Dajean-Trutaud et coll., 1998).

→ Ces associations inconscientes confèrent à l'**acte dentaire une connotation castratrice et anxiogène.**

Mais la portée de la fonction symbolique dépasse ce cadre. En effet, l'image du corps a une profonde influence sur le sentiment de soi-même. Ainsi, une extraction dentaire peut être source d'anxiété du fait de la douleur et du sentiment de perte qui lui sont associés, mais aussi du fait de la **modification de l'apparence** qui en découle et ce, quel que soit l'âge. Et même si la forme de narcissisme qui consiste à se faire soigner pour satisfaire l'image que l'on a de soi est incontestablement une source de bien-être, elle est souvent liée à la gêne ou la culpabilité de se permettre ce « luxe » (Pasini et Haynal, 1992).

2.3.1.2.3. Conclusion

Du fait des représentations complexes liées à la bouche et aux dents et de l'intensité de la réaction émotionnelle accompagnant tout ce qui affecte ces organes, on comprend aisément que la douleur, phénomène d'expression subjective, peut avoir une tonalité cognitive et affective particulière au niveau oro-facial (Deville de Perrière et coll., 2001).

2.3.1.3. La nouveauté de la situation

Une expérience nouvelle est souvent *ambiguë et mystérieuse* pour l'enfant car ne l'ayant jamais vécue, il ne peut pas lui conférer de signification claire et précise. Elle est source d'incertitude (Bourassa, 1998). Ceci est accentué par le fait que le motif de consultation n'émane pas nécessairement de l'enfant. Il ne sait pas toujours pourquoi il va chez le chirurgien-dentiste car bien souvent il ne se sent pas malade et ses dents cariées ne lui font pas forcément mal (Ruel-Kellerman, 1989).

Une situation inconnue peut en outre être considérée comme menaçante si un de ses aspects a été préalablement associé, directement ou par apprentissage, à quelque chose de négatif (douleur, dommage, perte, etc.) Un enfant qui vient pour la première fois chez le chirurgien-dentiste peut donc percevoir le rendez-vous comme un danger s'il en a déjà entendu parlé négativement autour de lui. Les *préjugés* communiqués par les parents sont largement impliqués dans ce fait. En effet, les phrases du style : « si tu n'es pas sage, je t'emmène chez le dentiste et il te fera une piqûre » ne nous sont pas d'une grande aide. Mais parfois, certains parents veulent seulement rassurer leur enfant et lui disent que la première visite ne sera ni désagréable ni douloureuse. Même si cela part d'un bon sentiment de leur part, cela implique que les suivantes peuvent l'être. Sans le vouloir, ils peuvent être responsables d'une association entre « douleur » et « dentiste » chez leur enfant. Cette douleur présumée risque alors de le mettre sur ses gardes lors de la consultation.

Dans les deux cas, l'inconnu confère à la nouvelle situation un caractère confus et aléatoire. L'**incertitude** concernant la probabilité qu'un événement stressant se produise dans un avenir plus ou moins proche et l'anticipation qui en résulte sont sources d'anxiété (Bourassa, 1998 ; Chadwick, 2002). Deux explications s'offrent à nous :

- la personne, ne sachant pas ce qui va arriver, ne peut pas s'y préparer de façon appropriée. L'incertitude est alors un facteur d'immobilisation des processus d'adaptation et de gestion du stress de l'individu, elle est donc responsable d'une inhibition de l'action.
- la personne est obligée d'élaborer plusieurs stratégies d'adaptation simultanées, ce qui génère de la confusion et donc de l'anxiété (Bourassa, 1998).

→ Le caractère incertain confère à l'enfant une peur de l'inconnu et de la douleur. Celle-ci suscite de l'**appréhension** et de la **crainte à l'égard du chirurgien-dentiste** qui apparaît comme un des praticiens les plus « terrorisants » de la médecine pour les enfants (Ruel-Kellerman, 1989 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).

2.3.1.4. Les exigences du traitement

La thérapeutique dentaire implique que le praticien travaille dans la cavité buccale de l'enfant. Celui-ci n'a **pas de vision directe** sur l'intérieur de sa bouche. Or, la vue est très impliquée dans les processus de vigilance qui sont mis en jeu lors des phénomènes douloureux. Il ne peut ni contrôler, ni maîtriser ce qui lui arrive : il est obligé de déléguer ce pouvoir au praticien. De cette circonstance naît le sentiment d'être forcé, soumis, dominé dans la passivité. Ce sentiment est augmenté par le fait que le petit patient est allongé, donc installé dans une **position de grande vulnérabilité** qui gêne les mécanismes de défense et de fuite, et qu'il **ne peut pas s'exprimer verbalement** pendant le soin (Ruel-Kellerman, 1989 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Chadwick, 2002 ; Acensi, 2003 ; Ackley, 2003). La bouche étant le premier organe de la communication, le thérapeute, en empêchant l'enfant de s'exprimer pendant le soin, perturbe momentanément l'équilibre relationnel et social de son petit patient (Théry-Hugly et Todorova, 1998).

Parallèlement à cette impossibilité de contrôler le soin, l'enfant est exposé à une **abondance d'informations sensorielles** telles que la vue des instruments qui « piquent, creusent, font mal », le bruit des instruments et appareillages du cabinet dentaire, les vibrations, les odeurs, le goût des produits mis en bouche, les températures, etc (Pasini et Haynal, 1992 ; Acensi, 2003).

L'enfant peut également avoir des **difficultés à gérer sa respiration et sa déglutition** lors des soins, d'autant plus s'il est un respirateur buccal. En effet, sa cavité buccale est relativement petite et peut rapidement être encombrée par les instruments, les rouleaux de coton, le système d'aspiration, etc. L'eau du spray des instruments rotatifs peut, elle aussi, être gênante. Ceci peut lui donner une sensation d'étouffement et donc l'angoisser.

Toutes ces contraintes physiques, peu favorables à alléger la tension émotionnelle, contribuent à procurer au petit un sentiment d'impuissance et d'insécurité (Ruel-Kellerman, 1989 ; Acensi, 2003).

2.3.2. Pourquoi ces particularités inhérentes à la situation dentaire constituent-elles un problème pour l'enfant ?

Les outils cognitifs et psychoaffectifs qui permettent à un individu de supporter les agressions liées à la situation dentaire sont particulièrement élaborés (Acensi, 2003). Ils nécessitent une certaine maturité et s'acquièrent progressivement au cours de son développement, mais relativement tardivement (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a). Ils comprennent notamment :

- une **capacité à attribuer des intentions à autrui**.
- une **capacité à retenir les mécanismes de défense** que l'individu est susceptible de développer face à n'importe quelle source de douleur : il doit être capable de « se défendre de se défendre » (Acensi, 2003).
- une **capacité à surmonter une nouvelle expérience** pour pouvoir ensuite l'évaluer, lorsque la précédente a été négative et a suscité la crainte d'une future mauvaise expérience (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).
- une **capacité d'auto-réassurance** et un **matériel relationnel sophistiqué** (curiosité, humour, réceptivité à l'empathie du soignant, etc.) Cette aptitude permet à l'individu de se déconnecter d'une expérience désagréable et de dépasser la situation telle qu'elle se présente, afin de pouvoir y faire face.
- une **capacité à interpréter les signes de la communication non verbale**, à **comprendre les mots** et à **associer un mot, un signe ou une image à une situation**.
- une **capacité à anticiper et inscrire quelque chose dans le temps**. Cette aptitude permet à l'individu de supporter une expérience qui est désagréable sur le moment, car il sait que l'expérience (et donc le désagrément) a une fin et qu'il se sentira mieux après.
- une **capacité à identifier ce qui peut être une source de douleurs**.

Ces élaborations mentales font toutefois défaut :

- de manière prolongée, voire définitive aux individus qui présentent des troubles névrotiques ou de traitement de l'information (liés à des retards ou des lacunes).
- de manière transitoire à *tout individu émotionnellement perturbé* (Acensi, 2003), et aux *enfants jusqu'à l'âge de 6 ou 7 ans* (Sheskin et coll., 1982 ; Acensi, 2003).

Nous venons d'expliquer qu'au cabinet dentaire, de nombreux facteurs inhérents au contexte font que l'enfant se trouve en situation de trouble émotionnel. Ces circonstances le démunissent des élaborations mentales dont il a besoin pour faire face aux diverses agressions en jeu. On comprend donc qu'il ait fréquemment des difficultés à surmonter l'expérience dentaire et ce, d'autant plus qu'il n'a pas encore atteint l'âge de six ans.

2.3.3. Conséquences

2.3.3.1. D'ordre émotionnel : peur et anxiété de l'enfant

2.3.3.1.1. Définitions

La peur et l'anxiété sont des phénomènes psychosomatiques qui font partie de l'équipement biopsychologique de chacun d'entre nous. Elles ont pour mission de signaler à l'être humain les dangers qui l'entourent. Il en fait sa première expérience vers l'âge de 1 an avec l'apparition de l'anxiété de séparation. La peur et l'anxiété sont donc nécessaires au développement de chaque individu et se manifestent presque toujours pendant la croissance de l'enfant. Elles occasionnent cependant des manifestations somatiques et psychiques et peuvent poser problème si :

- Elles sont insoutenables et deviennent souffrance en infiltrant toutes les activités de la vie d'un individu, comme dans le cas des phobies.
- Elles perturbent les interactions sociales et notamment celles qui contribuent à maintenir ou rétablir la santé.

Elles sont donc relativement incommodantes lorsqu'elles sont liées à la rencontre du chirurgien-dentiste et de son patient. Avant de présenter leurs principales étiologies et conséquences chez l'enfant au cabinet dentaire, il nous semble important de rappeler quelques termes (Pasini et Haynal, 1992).

2.3.3.1.1.1. Terminologie

Anxiété, stress, peur, angoisse... Tous ces mots nous sont familiers et nous les employons fréquemment les uns pour les autres, la subtilité des termes nous échappant bien souvent (Skaret, 2004). La compréhension du phénomène est la première arme contre l'anxiété. Elle permet en effet au praticien de savoir comment utiliser les moyens dont il dispose pour y faire face (Chadwick, 2002 ; Ackley, 2003). C'est pourquoi nous avons jugé utile de rappeler les définitions de ces quelques termes avant de nous arrêter sur ce qui les rapproche et les différencie :

- angoisse : du latin *angustia* (resserrement), **inquiétude profonde**, peur intense, née d'un *sentiment de menace imminente* et accompagnée de symptômes neurovégétatifs caractéristiques (spasmes, dyspnée, tachycardie, sudation, etc.)
- anxiété : 1. **vive inquiétude** née de *l'incertitude d'une situation, de l'appréhension d'un événement*. C'est une attente inquiète et tourmentée d'un danger inconnu. 2. d'un point de vue médical, elle est définie comme une angoisse pathologique.
- peur : 1. sentiment de **forte inquiétude**, d'alarme, en présence ou à la pensée d'un **danger**, d'une **menace**. 2. état de crainte (le danger est bien connu), de frayeur (le danger est subit et inattendu) dans une situation précise.
- stress : mot anglais qui signifie l'ensemble des perturbations biologiques et psychiques provoquées par une **agression quelconque sur un organisme**.

(Pasini et Haynal, 1992 ; Larousse, 1995 ; Chadwick, 2002).

→ Ces définitions confirment bien l'ambiguïté du sujet, mais deux éléments s'en dégagent toutefois : ce sont des états émotionnels de nature différente, mais qui s'extériorisent tous en partie sous la forme d'un sentiment profond d'inquiétude et ont une forte incidence sur le comportement (Bourassa, 1998).

D'après Bourassa (1998), les états d'anxiété, d'angoisse et de stress présentent de nombreux points communs :

- ils renvoient à un inconfort ou une **expérience désagréable**.
- ils sont caractérisés par un état de **tension** et un niveau d'**activation** psychique et physique élevé.
- ils se manifestent à la fois par des symptômes psychiques et physiques, dont le principal est la sensation de resserrement ou d'oppression, ce qui leur confère une **dimension psychophysologique**.
- il y a toujours une **anticipation** vis-à-vis d'un danger réel ou non ou d'une menace qui semble imminente.
- ils s'accompagnent d'un **sentiment d'impuissance**, ce qui d'après le *concept d'impuissance apprise* de Seligman (1991) conduit à une attitude apathique en présence de situations stressantes. Ainsi un patient convaincu qu'il ne peut exercer aucun contrôle sur la situation la subit sans s'y opposer, même s'il lui est possible de réagir. Il a donc beaucoup moins de réactions d'évitement.
- l'**incertitude** à l'égard de l'élément anxiogène est présente.

→ En résumé, on peut dire d'un patient qu'il est anxieux s'il appréhende l'arrivée possible d'un événement négatif devant lequel il ne peut pas réagir (Bourassa, 1998 ; Skaret, 2004).

Rappelons maintenant à l'aide du tableau ci-dessous ce qui oppose la peur de l'anxiété.

	Peur	Anxiété
durée	transitoire et passagère	processus à plus long terme
stimulus	précis (peur des piqûres par ex.)	diffus, mal défini
	objet connu, bien identifié	objet mal identifié
	possible de le fuir ou de le combattre	ne peut pas être fui ou combattu
rôle	organise le comportement dans une direction précise	immobilise le comportement
	est le fruit d'un processus d'intervention active	est le fruit d'une action inhibée

Tableau 1 : Comparaison des éléments constitutifs de la peur et l'anxiété, d'après Bourassa (1998), Chadwick (2002) et Skaret (2004).

→ Nous pouvons donc retenir que la peur constitue une « motivation de fuite devant le danger », alors que l'anxiété correspond plutôt à une peur non résolue, « non canalisée dans l'action » (Bourassa, 1998).

2.3.3.1.1.2. Classification

La psychologie cognitive distingue classiquement deux types d'anxiété :

- l'**anxiété caractérielle** ou **trait d'anxiété** qui émane de la personnalité : c'est la prédisposition de certaines personnes à être anxieuses de façon plus ou moins chronique, donc même lorsque la situation n'est pas stressante et avec une régularité prévisible. Ces personnes sont donc plus susceptibles que d'autres de ressentir un état d'anxiété au cabinet dentaire. Cependant, cette prédisposition ne permet pas forcément de prédire une réaction anxieuse avec certitude. Elle ne doit donc pas aboutir à un préjugé qui peut nous amener à catégoriser ces patients. Un patient de nature très anxieuse peut très bien être détendu au cabinet dentaire, de même qu'un patient habituellement calme peut être très tendu.
- l'**anxiété situationnelle** ou **état d'anxiété** : c'est un état émotionnel transitoire qui découle d'une situation extérieure particulière et est susceptible de persister tant que cette situation dure dans le temps. Il est caractérisé par l'appréhension, la tension et une hausse de l'activation du système nerveux autonome. Il est ressenti à un moment précis et à un certain degré d'intensité qui dépend du stress qu'éprouve la personne vis à vis de la situation.

→ Même si la crainte des soins dentaires peut se référer tant à l'une qu'à l'autre, c'est à l'état d'anxiété que le chirurgien-dentiste est le plus souvent confronté, la consultation dentaire étant alors ressentie comme une situation anxiogène (Bourassa, 1998).

2.3.3.1.1.3. Conclusion

Toutes ces émotions de stress, d'anxiété, d'angoisse et de peur se contrôlant de la même façon, nous emploierons dorénavant ces termes les uns pour les autres, en leur donnant la signification de l'anxiété situationnelle. Le phénomène très fréquent d'appréhension des patients à l'égard des soins dentaires est appelé *odontophobie* (Pasini et Haynal, 1992 ; Skaret, 2004).

2.3.3.1.2. Facteurs à l'origine de l'angoisse des soins dentaires

La peur chez l'enfant est un phénomène multifactoriel et complexe à analyser (Dajeau-Trudaud et coll., 1998 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a ; Harper et D'Alessandro, 2004). Il résulte de :

- **facteurs antécédents** : ce sont ceux qui peuvent conduire à l'apparition d'une peur des soins dentaires (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a) :
 - facteurs situationnels (Sheskin et coll., 1982 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998 ; Widmer, 2002 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a ; Harper et D'Alessandro, 2004) :
 - **expériences dentaires antérieures négatives** : elles sont le plus souvent liées à une douleur inattendue lors du traitement. La relation entre l'expérience traumatisante et l'angoisse n'est pas

systematique, c'est le *contexte* dans lequel cette expérience a été vécue qui semble essentiel à l'apparition de l'angoisse (Corkey et Freeman, 1994 ; Chadwick, 2002 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

- *expériences médicales antérieures négatives*, notamment l'amygdalectomie et la narcose. Elles semblent toutefois jouer un rôle moins prépondérant (Chadwick, 2002 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).
- facteurs environnementaux, notamment l'influence de l'entourage direct : toute personne qui est importante aux yeux de l'enfant, que ce soit ses parents ou ses frères et sœurs, peut être à l'origine d'une angoisse. Il suffit pour cela qu'elle ait une attitude négative à l'égard des soins dentaires (crainte du traitement, désintérêt de l'état bucco-dentaire, contrôles vains ou irréguliers chez le chirurgien-dentiste) et qu'elle lui présente son expérience avec une connotation négative. Ceci explique pourquoi certains enfants arrivent au cabinet dentaire dans un état d'anxiété alors qu'ils n'ont jamais été confrontés à la situation dentaire (Corkey et Freeman, 1994 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Chadwick, 2002 ; Widmer, 2002 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a ; Harper et D'Alessandro, 2004 ; Weilenmann et Egli-Bernd, 2004). C'est l'anxiété maternelle à l'égard des soins qui semble être le facteur qui influence le plus la capacité de l'enfant à réagir face à l'expérience dentaire (Sheskin et coll., 1982 ; Corkey et Freeman, 1994 ; Rousset et coll., 1997 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Chadwick, 2002).
- personnalité et comportement du chirurgien-dentiste : ce sont des facteurs essentiels, à mettre en relation avec des événements spécifiques antérieurs tels qu'une erreur de traitement, une approche désagréable, autoritaire ou brutale par exemple (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a). Le stress et les capacités d'empathie du praticien semblent aussi avoir d'importantes répercussions sur le développement de la peur chez l'enfant (Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998). De toute manière, l'enfant a peur de l'adulte en général, de son pouvoir et de sa force. Le praticien étant un adulte face à lui, il peut par ce simple fait éveiller sa peur, d'autant plus qu'il lui est inconnu (Théry-Hugly et Todorova, 1998).
- qualité de la relation enfant-praticien-parent : un mauvais rapport entre n'importe lequel des trois pôles de la relation peut suffire à susciter de la peur chez l'enfant (Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Chadwick, 2002).
- médias : télévision, bandes dessinées, dessins animés. Malgré ce qu'on pourrait croire, leur influence ne semble pas majeure (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

- **variables intermédiaires** : ce sont essentiellement des facteurs individuels qui jouent un rôle dans le maintien de l'angoisse vis-à-vis des soins dentaires et indiquent au chirurgien-dentiste pourquoi l'angoisse se développe dans un cas et pas dans l'autre (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a) :
 - caractéristiques psychologiques de l'enfant (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a ; Harper et D'Alessandro, 2004) :
 - **angoisse générale** : un enfant qui est généralement anxieux le serait aussi face aux soins dentaires. La peur des injections et l'angoisse en présence de personnes étrangères sont les facteurs les plus prédisposant (Corkey et Freeman, 1994 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Chadwick, 2002 ; Widmer, 2002 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).
 - **caractère** : son rôle est moindre et se voit surtout dans la manière dont l'enfant gère l'angoisse. Il existerait une corrélation, cependant douteuse, entre une personnalité introvertie, timide ou gênée et une crainte des soins plus précoce (Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Chadwick, 2002 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a ; Harper et D'Alessandro, 2004).
 - **aptitude interne ou externe** ou « *locus of control* » : c'est l'aptitude de l'enfant à s'adapter pendant l'expérience dentaire, à réussir à contrôler la situation et à participer au processus décisionnel. Elle joue, elle aussi, un rôle dans la manière dont l'enfant gère son angoisse. En cas d'aptitude interne ou de fort « *locus of control* », l'enfant essaie de contrôler la situation par lui-même et participe activement à la prise de décision. En cas d'aptitude externe, l'enfant est incapable de s'adapter : il a besoin d'une tierce personne pour garder le contrôle et prendre une décision (Widmer, 2002 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).
 - **perception de la situation** : qu'elle soit fidèle ou non à la réalité, elle constitue un motif de peur. Donc selon la concordance entre les impressions de l'enfant et les faits avérés, son angoisse est plus ou moins justifiée. La peur survient classiquement quand il s'aperçoit qu'il ne peut pas surmonter la situation qu'il est en train de vivre, quelle qu'en soit la cause (Ackley, 2003).
 - âge et niveau de développement de l'enfant (Corkey et Freeman, 1994 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a ; Harper et D'Alessandro, 2004 ; Skaret, 2004).

Les jeunes enfants sont généralement plus inquiets que les plus âgés. Ceci semble être dû à une plus grande probabilité qu'ils trouvent la situation dentaire menaçante et à leur développement moins avancé. Les plus âgés disposent en effet de capacités cognitives plus élaborées, ce qui leur permet facilement de réévaluer eux-mêmes la situation dentaire (Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

Le niveau d'évolution psychique influence, quant à lui, leur manière de réagir à cette situation potentiellement anxiogène. A partir de 6-7 ans (début de la phase de latence), ils sont plus armés pour y faire face (Dajean-Trutaud et coll., 1998). A 9 ans, ils sont normalement capables de maîtriser leurs réactions émotionnelles face à la peur (Bourassa, 1998). En outre, les réactions de peur chez l'enfant seront prédictibles en fonction de leur âge :

- les enfants de 2 à 3 ans réagissent aux situations immédiates et sont peu imaginatifs dans leur conception de la peur. Celle-ci découle souvent de la séparation parentale, de la nouveauté de la situation ou du caractère étrange de l'environnement qui les entoure (Harper et D'Alessandro, 2004). Les bébés et les tout-petits perçoivent en effet tout nouvel environnement comme anxiogène (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a). Et ils sont plus particulièrement sensibles aux expériences négatives (Vinckier et Vansteenkiste, 2003b).
- entre 4 à 8 ans (jeunes enfants et enfants d'âge scolaire), ils se focalisent sur des peurs plus imaginaires et fantaisistes, qui sont en relation avec leurs expériences antérieures (Harper et D'Alessandro, 2004). Ils ont souvent peur de certaines situations spécifiques comme de l'obscurité, des personnages ou objets de leurs histoires (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a). Ils commencent à anticiper les situations et y réagissent (Harper et D'Alessandro, 2004).
- à partir de 8 à 9 ans apparaissent les peurs particulières, comme la peur existentielle et celle de la mort qui peuvent s'exprimer selon des modalités hypochondriaques (Pasini et Haynal, 1992), mais aussi les peurs médicales, telles que celle du « docteur », des « piqûres », du « dentiste » ou des hôpitaux par exemple. Ces peurs sont basées, elles aussi, sur des expériences préalables et entretenues par le vécu familial. Elles peuvent être ressenties par l'enfant comme un échec personnel ou être une source de pression sociale (Harper et D'Alessandro, 2004). A partir de cet âge, l'enfant développe également une certaine angoisse liée au risque d'être blessé psychologiquement.
- l'angoisse connaît généralement un pic vers **11 ans** et diminue souvent avec les années. Le réflexe d'angoisse est à considérer comme une étape dans le développement de l'enfant : il aurait un rôle de protection et disparaîtrait automatiquement en grandissant. Dans certains cas, il ne disparaît pas, devient plus intense et évolue vers une phobie. Ceci n'est pas prévisible.
- les adolescents, quant à eux, appréhendent souvent de ne pas être acceptés par autrui et sont très sensibles à tout jugement relatif à leur corps. C'est pourquoi une critique à propos de leur bouche ou de leur hygiène bucco-dentaire peut être considérée comme très blessante ou menaçante (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a). Leur peur dépend en général des expériences de l'enfance ou de la

nouveauté de la situation. Elle est directement liée à la douleur (Ruel-Kellerman, 1989).

○ sexe de l'enfant.

L'angoisse se rencontre un peu plus fréquemment chez les filles que les garçons (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a ; Skaret, 2004) car :

- les filles sont généralement un peu plus timides.
- l'éducation nous enseigne toujours inconsciemment que les garçons doivent savoir masquer leurs émotions.
- les garçons expriment moins spontanément leurs émotions (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

○ facteurs d'ordre génétiques.

Lesch et coll. (1996) supposent en effet l'existence de 10 à 15 gènes qui seraient liés à la peur. Le premier, qui a été identifié chez environ 30% des adultes, modifie le métabolisme de la sérotonine. La susceptibilité plus élevée aux angoisses qui en résulte a été démontrée. Il émane donc de ces constatations que bon nombre d'enfants peureux ne peuvent rien à leur susceptibilité accrue aux traumatismes psychiques (Weilenmann et Egli-Bernd, 2004).

○ niveau socio-économique et niveau de formation de la famille.

Les enfants issus de familles de faible niveau socio-économique et de faible niveau de formation sont généralement plus anxieux que les autres (Wright et Alpern, 1971 ; Wright et coll., 1973 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

Nous pouvons conclure en remarquant que l'angoisse à l'égard des soins dentaires apparaissant au cours de l'enfance est essentiellement exogène. Elle s'acquiert soit par conditionnement direct (expérience négative), soit par conditionnement indirect (influence de l'entourage) (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a ; Skaret, 2004). Sa modulation et son maintien sont plutôt dûs à des facteurs intrinsèques, propres à chaque enfant (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

2.3.3.1.3. Manifestations au cabinet dentaire

Comme toutes les émotions, la peur se traduit chez l'enfant par des réactions physiques puis psychiques (Théry-Hugly et Todorova, 1998). L'anxiété agissant comme un inhibiteur, elle est en effet responsable d'une **hausse de l'activité physiologique, de la tension et des contenus affectifs négatifs**. A ceci s'ajoute souvent une sensation de resserrement, d'oppression. Les enfants ont généralement tendance à **extérioriser leur anxiété de façon motrice**, par le passage à l'acte (crise de colère, fuite, etc.), plutôt que de façon somatique (vomissement, céphalées, etc.) (Bourassa, 1998 ; Chadwick, 2002).

2.3.3.1.4. Problèmes engendrés

La peur des patients est source de problèmes, à la fois pour le patient lui-même et pour son praticien (Ackley, 2003).

L'inconvénient de l'anxiété le plus pénalisant pour le patient est qu'il **n'est pas disposé à apprécier sa visite** du fait de la tension physiologique, de l'inquiétude et de l'inconfort émotionnel qui en découlent (Bourassa, 1998). Les émotions étant généralement contagieuses, cet inconfort influe bien souvent sur l'**humeur du praticien**. En effet, le fait de devoir faire face quotidiennement et de manière répétée à l'anxiété de ses patients est un exercice relativement fatigant, voire stressant pour celui-ci (Chadwick, 2002 ; Ackley, 2003 ; Do, 2004). Cela peut même aller jusqu'à altérer ses convictions personnelles : s'il rencontre trop de personnes qui le voient comme quelqu'un d'effrayant, il y a un risque qu'il finisse par accepter et admettre l'opinion générale (Chadwick, 2002 ; Ackley, 2003).

L'anxiété risque également d'empêcher le patient de consulter et d'entraver le travail du praticien. L'enfant va en effet développer des stratégies de défense en réaction à l'objet de sa peur, pour tenter d'émerger de la passivité et de maîtriser ses angoisses (Ruel-Kellerman, 1989 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Chadwick, 2002 ; Ackley, 2003). Ceci peut importuner le clinicien et compliquer son travail. Ces stratégies peuvent être de deux ordres :

-1- **comportements d'évitement ou de fuite** : ils se traduisent par la rareté et l'absence de régularité des visites chez le chirurgien-dentiste, les retards fréquents, l'oubli des rendez-vous, l'abandon en cours de soins, ainsi que par un long délai entre la survenue de la gêne ou la douleur et le moment de la consultation. Certains en arrivent même à attendre que la situation devienne intolérable avant de se manifester et sont capables de supporter des douleurs bien supérieures à celles qu'aurait causées le traitement. Ce comportement compromet la mise en œuvre de mesures préventives, le diagnostic précoce et donc la possibilité de réaliser un traitement curatif conservateur. Ceci est d'autant plus vrai que le délai avant de consulter est long. Il empêche également les patients d'accéder aux soins qui leur sont nécessaires (Ruel-Kellerman, 1989 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Chadwick, 2002 ; Ackley, 2003). Il est toutefois rare chez les enfants car ce sont les parents qui les amènent à leurs rendez-vous (Chadwick, 2002).

-2- **comportements d'attaque** : plus fréquents chez l'enfant, ils sont dirigés non pas contre le chirurgien-dentiste mais contre l'objet menaçant, à savoir l'acte dentaire. Cela se traduit par des gestes ou des actes visant à empêcher la mise en œuvre du traitement, comme les mouvements d'impatience ou d'évitement des instruments, ainsi que la non observance des prescriptions d'hygiène (Ruel-Kellerman, 1989 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Chadwick, 2002 ; Ackley, 2003).

De plus, l'angoisse abaisse le seuil de la douleur. Elle joue donc un rôle important dans le ressenti de certaines douleurs et sensations désagréables (Pasini et Haynal, 1992).

Poussée à l'**extrême**, la tension physiologique peut être à l'origine d'un climat tendu avec des mouvements parasites, des sursauts au moindre geste, des palpitations qui nuisent au traitement en empêchant le chirurgien-dentiste de travailler convenablement. Plus rarement,

des manifestations excessives de l'anxiété, telles qu'une syncope ou une hyperventilation peuvent aussi survenir (Bourassa, 1998).

2.3.3.1.5. Conclusion

Comme l'a dit Morgan (1976), « les peurs s'acquièrent rapidement et s'installent à demeure à moins que nous ne nous donnions la peine de les désapprendre. » Donc l'enfant qui associe le traitement dentaire à un sentiment ou une sensation négative craindra sans doute cette sensation chaque fois qu'une visite dentaire s'imposera à lui. La peur engendrée peut l'amener à adopter un comportement de fuite pour éviter d'y faire face, ce qui nuit au bon déroulement du soin. Mais cet état émotionnel est bienheureusement réversible grâce à des approches et des techniques que nous aborderons par la suite (Bourassa, 1998 ; Do, 2004).

2.3.3.2. D'ordre comportemental : manque de coopération de l'enfant

Le défaut de coopération que peut présenter l'enfant lors d'une situation dentaire est généralement dû aux mêmes facteurs que ceux qui sont à l'origine de l'anxiété à l'égard des soins dentaires. La seule différence réside dans le fait que les peurs et l'anxiété peuvent constituer, elles aussi, une source de non-coopération. Il sera important, lors de l'évaluation psychologique de l'enfant, d'affiner notre évaluation de son éventuelle non-coopération en situation dentaire et d'apprécier si elle résulte du fait qu'il est anxieux ou a peur, ou plutôt d'un comportement général non coopérant, même dans ses activités quotidiennes. La prise en charge qui en découle est en effet différente (Widmer, 2002 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

3. La relation avec l'enfant

3.1. Particularité de cette relation

La relation praticien-patient constitue d'une manière générale la toile de fond de toute démarche médicale. Elle est conditionnée par la demande et le désir du patient et en retour, influence les étapes du diagnostic et participe à la réalisation de la thérapeutique (Théry-Hugly et Todorova, 1998). En odontologie pédiatrique, la relation thérapeutique est encore plus complexe et particulière car elle fait intervenir à la fois le chirurgien-dentiste et son équipe, l'enfant et ses parents. Elle est triangulaire (Ruel-Kellerman, 1989 ; Bourassa, 1998 ; Tiberia, 2003). Ces trois pôles de la relation sont à la fois interdépendants et indissociables. Tout ce qui affecte l'un d'entre eux se répercute automatiquement sur les deux autres et donc sur la relation (Bourassa, 1998). Avoir conscience de ces interrelations est primordial pour tout praticien qui souhaite exercer la pédodontie d'une façon compréhensive (Harper et D'Alessandro, 2004).

Une relation solide est caractérisée par un respect mutuel et une confiance entre les trois parties (Chadwick, 2002 ; Ackley, 2003). Rien de tout cela n'est acquis pour le praticien, tout doit se gagner. Ceci implique un minimum d'investissement personnel de sa part, que ce soit en terme d'écoute ou de temps passé, mais la récompense en vaut généralement la peine. Des patients globalement moins anxieux et plus coopérants permettent la réalisation de traitements plus complets et plus performants sur le plan technique, ce qui participe forcément à la satisfaction professionnelle du chirurgien-dentiste (Ackley, 2003).

Dans ce but, la consultation dentaire doit être envisagée sous un angle relationnel dynamique et comporter trois temps :

- **le temps de l'écoute**, où le praticien recueille la demande de l'enfant et de ses parents.
- **le temps de l'objectivation**, où la cavité buccale devient l'objet d'examen et de traitement. A ce moment, la relation entre l'enfant et son praticien est de type praticien actif (dominateur et infantilisant) / patient passif (dépendant).
- **le temps de la personnalisation** où la relation évolue de la direction / coopération vers une relation plus équilibrée de compréhension et de participation mutuelle et réciproque qui aboutit à une collaboration. Ce troisième temps présente un intérêt évident dans la réduction de l'impact anxiogène du second et l'augmentation de la sensibilisation à la santé bucco-dentaire (Pasini et Haynal, 1992).

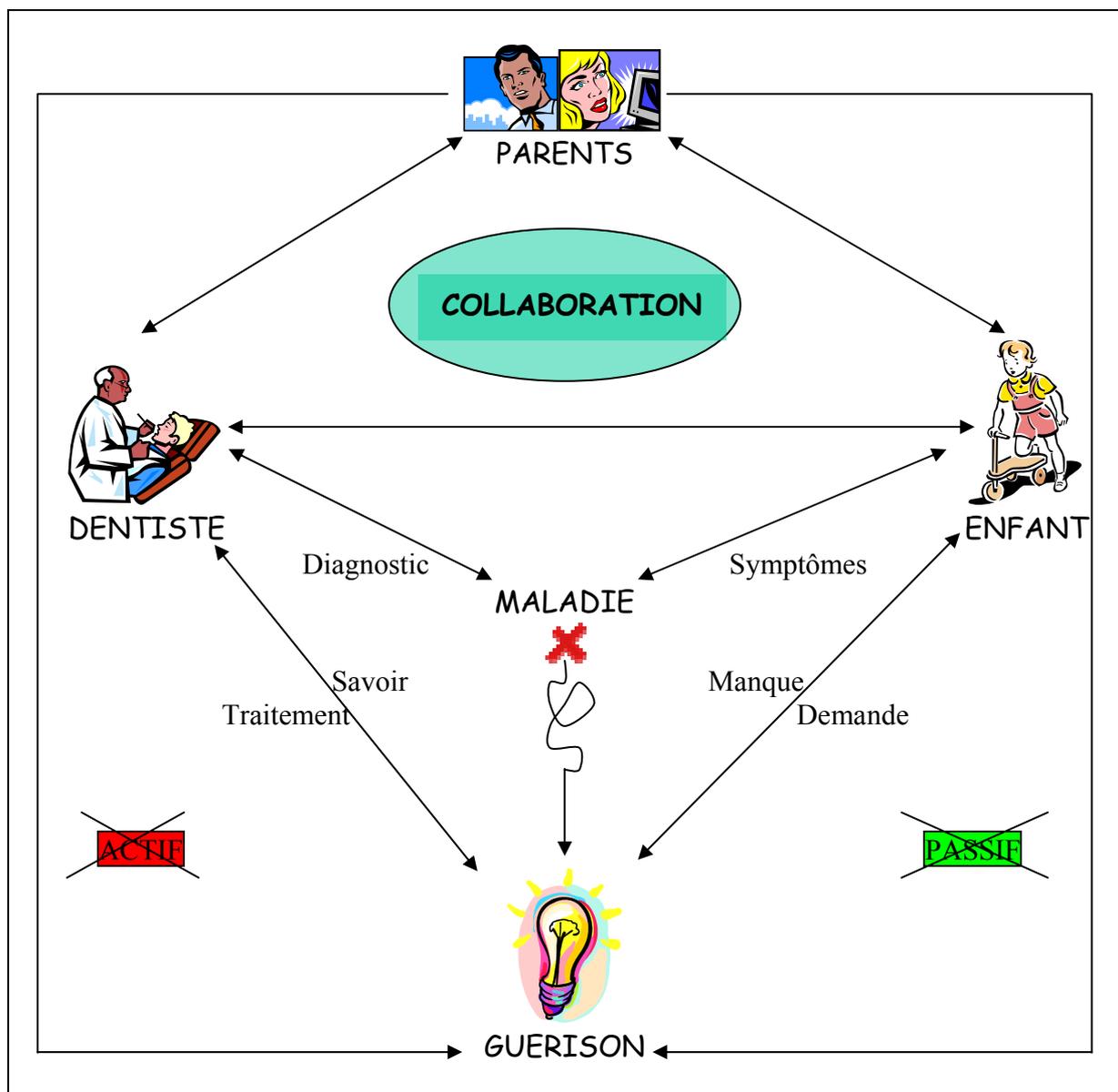


Figure 14 : Dynamique de la relation triangulaire, d'après Théry-Hugly et Todorova (1998).

Lorsque la relation thérapeutique est réussie, on parle alors d'alliance ou de complicité thérapeutique. C'est le but que doit atteindre l'odontologiste avec chacun de ses petits patients (Théry-Hugly et Todorova, 1998).

3.2. Facteurs influençant cette relation

De nombreux facteurs, qui interviennent dans les communications interpersonnelles d'une manière générale, peuvent influencer la relation qui s'établit entre l'enfant, le parent et le praticien. Nous allons maintenant les exposer afin de mieux comprendre ce qui peut contrarier la relation et sur quoi nous pouvons agir pour l'améliorer.

3.2.1. Facteurs liés aux personnes

3.2.1.1. L'enfant

Le praticien ne peut éveiller et développer le sens de coopération de l'enfant que s'il saisit son substrat émotionnel propre, chaque enfant étant à considérer comme un être humain unique demandant une approche particulière. Pour ceci, il doit connaître les facteurs psychologiques et sociaux qui sont à la base des comportements et attitudes qu'il remarque et qui par conséquent influent sur leur relation (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998).

3.2.1.1.1. Age et stade de développement

Nous rappellerons juste ici que l'âge mental de l'enfant et son niveau de maturation influent bien évidemment sur les rapports qui peuvent s'établir entre lui, le praticien et ses parents (Harper et D'Alessandro, 2004).

3.2.1.1.2. Vécu et environnement

Comme nous l'avons déjà expliqué, la prédisposition d'un enfant à percevoir une situation de telle ou telle manière dépend en grande partie de ses expériences antérieures, ce que nous avons nommé apprentissage. Et son comportement dans une situation donnée résulte d'un conditionnement qui émane de l'interaction avec son environnement psychosocial (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998). La relation entre le praticien et l'enfant peut donc être influencée par :

- **le vécu de l'enfant :**
 - o ses expériences antérieures.

Les antécédents dentaires de l'enfant influencent grandement la relation thérapeutique. Il sera en effet plus facile d'établir une relation de confiance et de coopération avec un enfant qui a déjà subi des traitements dentaires sans problèmes, qu'avec celui qui a été « traumatisé » par une expérience précédente (Sheskin et coll., 1982 ; Chadwick, 2002 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a ; Harper et D'Alessandro, 2004).

Ses antécédents médicaux sont non seulement de bons indicateurs de son niveau d'anxiété, mais aussi du degré de coopération que l'on peut attendre de lui. En effet, les enfants qui ont subi des expériences douloureuses ou difficiles chez leur

médecin ou en milieu hospitalier sont susceptibles d'être anxieux et donc moins coopératifs lors de leur première visite chez le chirurgien-dentiste (Sheskin et coll., 1982 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Chadwick, 2002 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a ; Harper et D'Alessandro, 2004).

→ Contrairement à l'idée reçue, ceci est plutôt dû au climat dans lequel ces interventions ont eu lieu, qu'à leur nombre (Bourassa, 1998 ; Chadwick, 2002 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

- son « niveau de conscience dentaire ».

Quel que soit son âge, il semble que la conscience qu'un enfant a de ses problèmes dentaires soit en relation avec son comportement anxieux et non coopératif au cabinet dentaire. Ceci serait dû à l'anxiété que sa mère laisse paraître lorsqu'elle le renseigne à ce sujet. C'est pourquoi il est préférable que les enfants consultent le chirurgien-dentiste dès le bas âge. A ce moment-là, ils ne sont pas encore aptes à comprendre des informations de ce type et sont donc peu influençables à ce niveau (Sheskin et coll., 1982 ; Bourassa, 1998).

- **l'environnement de l'enfant** : ses attitudes et comportements se développent sous l'influence de ses parents et des adultes en général, mais aussi des autres enfants qu'il côtoie (Bourassa, 1991 ; Rousset et coll., 1997 ; Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Chadwick, 2002).

L'attitude des membres de la famille à l'égard de la santé dentaire est donc importante (Sheskin et coll., 1982 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a ; Harper et D'Alessandro, 2004). Comme nous l'avons déjà vu, les *parents*, même à leur insu, peuvent être vecteurs de préjugés qui peuvent amener l'enfant à considérer la consultation dentaire comme une menace et craindre le dentiste. Leurs propres peurs peuvent se répercuter sur l'enfant qui aura inévitablement peur à son tour et coopérera donc moins bien (Bourassa, 1998).

De la même manière, s'ils ont déjà vécu une mauvaise expérience dentaire, ses *frères et sœurs* ainsi que ses *camarades* peuvent lui avoir relaté les faits de façon négative (Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Chadwick, 2002).

C'est l'effet du milieu qui prédomine par rapport à l'expérience personnelle directe, celle-ci étant forcément réduite chez l'enfant. Or, l'apprentissage par le milieu se fait souvent par le biais d'éléments négatifs comme des préjugés, une surprotection ou des craintes exprimées par l'entourage. Les enfants sont donc conditionnés à adopter une conduite négative vis-à-vis des soins dentaires. C'est ce conditionnement préalable à l'expérience réelle qu'il nous faut neutraliser (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).

En revanche, une bonne expérience peut être une amorce permettant à l'enfant de réaliser que la visite ne doit pas être considérée systématiquement comme quelque chose de négatif ou de douloureux (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

3.2.1.1.3. Caractéristiques psychologiques

A partir de l'observation de leur personnalité et de leur comportement au cabinet dentaire, il est possible de définir différents « types » de petits patients (Pasini et Haynal, 1992 ; Théry-

Hugly et Todorova, 1998). Chaque catégorie d'enfants requiert une approche particulière du praticien, mais certaines lui demandent un investissement personnel plus grand pour arriver au même résultat : la réussite du traitement. On distingue :

- le **coopérant** : il a une totale confiance en ce que le praticien lui fait et ne pose aucun problème.
- celui qui **collabore mais qui est tendu** : c'est un enfant parfaitement coopérant, qui veut se montrer à la hauteur vis à vis de ses parents, du chirurgien-dentiste et de lui-même, mais qui vit l'expérience dentaire sous le stress. Etant incapable de se relaxer durant le traitement, sa collaboration lui coûte une immense fatigue psychique et même s'il a résisté pendant toute la durée du traitement, il craque à la fin (ne veut plus, pleure, voire s'évanouit ou vomit)
- le **rebelle** ou enfant roi : il est habitué à ce qu'on lui cède tout et se comporte avec son praticien comme avec ses parents, c'est à dire qu'il est impoli, insolent et n'en fait qu'à sa tête.
- le **peureux** : il a le regard effrayé et suppliant, se réfugie dans les coins du cabinet ou derrière sa mère, chercher à s'enfuir, etc. Il est impossible de soigner un tel enfant tant qu'il n'a pas réussi à surmonter sa peur.
- le **crainitif** : c'est l'indécis qui ne sait pas quoi faire, ne sait pas s'il veut ou pas se faire soigner, demande des explications et pleurniche même parfois (Pasini et Haynal, 1992). Ce caractère est souvent associé à un tempérament timide, une tendance au caprice, une mauvaise humeur ou un handicap émotionnel (Pasini et Haynal, 1992 ; Harper et D'Alessandro, 2004).
- l'**émotif** : du fait de sa sensibilité et de sa fragilité émotive, il est imprévisible. Cela se manifeste par des mouvements d'humeur subits, parfois une interruption inattendue de la séance. Les émotifs sont en général les jeunes enfants qui sont encore totalement dépendants de leurs parents et n'ont pas commencé à élaborer de ligne de conduite personnelle (Pasini et Haynal, 1992).

3.2.1.2. Les parents

Ils ont en effet une influence directe sur la relation par leur personnalité, leur propre vécu, leur aptitude à maîtriser leurs craintes et les propos qu'ils entretiennent sur le praticien et les soins dentaires (Ruel-Kellerman, 1989). Ils sont donc à considérer comme des associés inévitables de la relation (Dajeau-Trudaud et coll., 1998).

3.2.1.2.1. Démarches et attentes

- Ce sont les parents qui choisissent le praticien qui va prendre en charge leur enfant et qui sont porteurs de la demande de soins. Ceci est moins vrai pour les adolescents : ils sont en âge d'avoir une démarche personnelle en matière de nécessité et de demande de soins et de choisir leur praticien, avec l'accord de leurs parents (Ruel-Kellerman, 1989 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998).

- Lorsqu'ils amènent leur petit en consultation chez le chirurgien-dentiste, les parents ont généralement des attentes particulières à l'égard du praticien, de la qualité de ses soins et des conseils qu'il prodigue en matière d'hygiène bucco-dentaire (Harper et D'Alessandro, 2004). Que la motivation de leur démarche soit préventive, curative ou punitive (sanction du manque d'hygiène ou d'une consommation excessive de sucreries), celui-ci doit non seulement faire impression sur le petit patient, mais aussi sur ses parents qui vont le juger sur sa manière d'établir la relation avec leur enfant et eux-même (Ruel-Kellerman, 1989 ; Tiberia, 2003). Ils ne veulent pas que leur enfant ait mal, mais ne veulent pas devoir venir trop souvent (Ruel-Kellerman, 1989). Et malgré leur bonne volonté et leur motivation, l'évolution scientifique et sociale fait qu'ils ont des lacunes en ce qui concerne la thérapeutique dentaire, l'initiation au brossage et la préparation de l'enfant à sa visite. Leur démarche est donc fréquemment éloignée des perspectives du chirurgien-dentiste, ce qui peut interférer avec la qualité de la relation thérapeutique qu'il va tenter d'établir avec l'enfant (Harper et D'Alessandro, 2004).

→ C'est pourquoi le praticien doit prendre en compte les desiderata des parents et leur position tant vis-à-vis du soin, de l'enfant ou de lui-même, tout en veillant à ce que leur participation à l'intervention dentaire soit positive, appropriée et conforme à sa démarche (Bourassa, 1991 ; Dajeau-Trutaud et coll., 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Dans ce but, il paraît essentiel de consacrer un peu de temps à leur annoncer et leur décrire ce qui doit être fait. Ceci leur permet de mieux accepter le soin et de transmettre à l'enfant un sentiment de confiance suffisant (Dajeau-Trutaud et coll., 1998).

Les adolescents, quant à eux, ont des attentes personnelles particulières vis-à-vis du rapport qui va s'établir avec leur chirurgien-dentiste. Même s'ils sont relativement peu enclins à s'engager dans la relation thérapeutique, ils sont paradoxalement très exigeants sur les qualités relationnelles du praticien (Ruel-Kellerman, 1989).

3.2.1.2.2. Vécu

En plus des contraintes matérielles (temps, accompagnement, etc.), les parents doivent faire face à des contraintes émotionnelles lorsqu'il s'agit d'amener leur enfant en consultation chez le chirurgien-dentiste (Ruel-Kellerman, 1989). Le parent, et plus particulièrement la mère, est en effet prédisposé à plus ou moins bien aborder la visite dentaire de son enfant en fonction de ses expériences passées, notamment son vécu dentaire du temps où il était lui-même un jeune patient. Il peut en effet avoir subi des traitements dentaires pénibles et il se peut qu'il en garde de l'appréhension et le souvenir d'avoir souffert. Ceci aura une influence primordiale sur son comportement et sa fonction d'intermédiaire entre le praticien et son enfant (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998). En effet, ce dernier peut alors s'approprier cette inquiétude par *apprentissage vicariant* ou de façon indirecte. L'anxiété de la mère constitue un préconditionnement négatif : les enfants qui subissent cette influence maternelle semblent avoir plus peur et être moins coopératifs que ceux dont la mère a un niveau d'anxiété plus bas, en particulier ceux qui ont entre trois et quatre ans (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Chadwick, 2002 ; Weilenmann et Egli-Bernd, 2004). L'anxiété transmise risque de se maintenir ensuite à l'âge adulte du fait des expériences infantiles. C'est pourquoi le praticien doit prendre en compte les craintes parentales et les détecter quand elles ne sont pas clairement extériorisées (Pasini et Haynal, 1992).

3.2.1.2.3. Caractéristiques psychologiques

Comme pour les enfants, il est possible de différencier plusieurs « types » de parents en fonction de leur comportement au cabinet dentaire. Le trait de leur caractère qu'ils extériorisent alors se manifeste surtout au début de la relation avec le chirurgien-dentiste, à savoir quand celui-ci a le plus de risques de commettre une erreur et que le risque d'interruption du traitement est le plus grand. Très souvent, le praticien se trouve face à des types « mixtes » qui n'expriment pas seulement un côté de leur personnalité mais plusieurs. Il est important de bien déterminer la typologie du parent de manière à adopter une conduite adaptée à leur égard (Pasini et Haynal, 1992). On en distingue sept :

- les parents **méfiant**s : ce sont ceux qui, malgré des explications claires et complètes en début de traitement sur le déroulement et le coût des soins, ont peur d'être abusés financièrement par le chirurgien-dentiste (Pasini et Haynal, 1992). Ils ont besoin d'être mis en confiance (Dajeau-Trudaud et coll., 1998).
- les parents **impatiens** : ils ne supportent aucune attente, s'irritent du comportement de l'enfant, ne tolèrent pas qu'il puisse avoir peur de se faire soigner, etc. Ce sont ceux qui aimeraient que le praticien fasse le maximum de travail possible lors de chaque séance pour diminuer leur nombre, ceci en dépit des efforts que fait l'enfant pour surmonter sa peur et du malaise qu'il peut ressentir lorsqu'une séance se prolonge trop (Pasini et Haynal, 1992). Ceux-ci ont besoin d'explications (Dajeau-Trudaud et coll., 1998).
- les parents **anxieux**. On distingue trois sous-classes :
 - ceux qui souffrent d'une peur du chirurgien-dentiste suite à des souffrances personnelles et qui les revivent à travers l'expérience que fait leur enfant.
 - ceux qui ont des difficultés quotidiennes à affronter leurs peurs et qui basculent dans l'anxiété chaque fois qu'ils doivent faire face à une situation nouvelle.
 - ceux dont l'anxiété est justifiée par des expériences réelles (maladies de l'enfant ou problèmes lors de soins dentaires précédents) et reflète une préoccupation générale pour la santé de leur enfant (Pasini et Haynal, 1992).

Ce type de parents a besoin d'être rassuré (Dajeau-Trudaud et coll., 1998).

- les parents **qui contrôlent** : ce sont généralement les mères hyperprotectrices qui semblent s'accomplir à travers leur enfant. Elles les surveillent donc de près et ne cessent de contrôler leur rendement. C'est le genre de parent qui invite vivement le praticien à faire en sorte que l'enfant ne perde pas de temps (car il doit faire son travail scolaire ou d'autres activités) et à lui accorder le maximum d'attention. Ils devront être rassurés à chaque fois sur le fait que le praticien a donné le meilleur de lui-même au cours de la séance (Pasini et Haynal, 1992). Il convient de les amener progressivement à prendre une certaine distance (Dajeau-Trudaud et coll., 1998).

- les parents **agressifs**. On distingue deux sous-classes :
 - ceux qui, généralement sans fondement, tendent à culpabiliser le chirurgien-dentiste vis-à-vis de tous les problèmes dentaires que peut présenter leur enfant (sa cariosusceptibilité, ses douleurs lors de l'éruption de ses dents définitives, ses dysfonctions, sa malocclusion, etc.) et ce, malgré les contrôles attentifs et les bons soins qu'il lui a prodigués.
 - ceux qui sont naturellement irritables et qui expriment leur nervosité à la moindre contrariété, bien qu'ils essaient souvent de contenir leurs réactions. Ceci favorise un climat de malaise relationnel qui peut aboutir à un sentiment de frustration croissante chez le praticien lors de soins prolongés (Pasini et Haynal, 1992).

Il sera indispensable face à des parents agressifs d'ouvrir le dialogue (Dajeau-Trudaud et coll., 1998).

- les parents **protecteurs** : ils ont tendance à fantasmer et percevoir le chirurgien-dentiste comme le « méchant » dont on réclame la collaboration, mais contre lequel on se ligue et on lutte. Ceci découle en général d'un sentiment inconscient de persécution. Ce sont des parents qui tolèrent et justifient tous les caprices de leur enfant, le consolent même, alors que la situation ne présente pas de difficulté particulière. C'est comme s'ils voulaient souligner leur bienveillance et leur gentillesse en opposition à la méchanceté de l'autre (Pasini et Haynal, 1992). Il est dans ce cas important d'essayer de ménager la place de l'enfant lui-même (Dajeau-Trudaud et coll., 1998).
- les parents **passifs** : dès la première rencontre, ils délèguent totalement au chirurgien-dentiste le « pouvoir » de soigner leur enfant. Ce sont des gens qui, généralement, attendent de la médecine et des soignants des prodiges. Ils ont tendance à adopter une attitude laxiste et dépendante qu'ils communiquent souvent à leur enfant, à qui ils ne demandent jamais de participation active. Ceci empêche d'ailleurs le jeune d'affronter une épreuve qui le ferait grandir (Pasini et Haynal, 1992). Ce genre de parents a besoin d'un soutien ferme et bienveillant (Dajeau-Trudaud et coll., 1998).

3.2.1.3. L'équipe odontologique

3.2.1.3.1. Le chirurgien-dentiste

La relation du chirurgien-dentiste à ses patients est assujettie à :

- **ce qu'il est**. Sa personnalité, son caractère et son professionnalisme évoluent au fil des années.
- **ce qu'il peut donner de lui-même**. Ce don varie selon les moments de sa vie personnelle, son état de santé et la foi, voire la passion qu'il garde ou non pour son métier qui ne lui procure pas toujours pleine satisfaction (Ruel-Kellerman, 1989).

Bien souvent, il est plus impliqué qu'il ne l'imagine dans la relation qu'il entretient avec ses patients. Même si sa profession est à la base très technique, il est un jour ou l'autre amené à s'occuper de la personnalité de ses patients. Ceci s'avère encore plus inévitable en pratique

pédodontique (Pasini et Haynal, 1992). Il doit cependant éviter d'instaurer une relation de type parental avec l'enfant (Ruel-Kellerman, 1989). Sans vouloir faire de lui un psychothérapeute, l'apprentissage d'un savoir-faire et d'un savoir-être dans le domaine de la *psychodontologie* semble indispensable pour en acquérir la compétence (Pasini et Haynal, 1992 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998). Ceci doit lui permettre de développer une **sensibilité psychologique particulière** afin d'être capable de se « mettre sur la même longueur d'onde » que son petit patient et d'apprendre à gérer une **juste distance affective** dans la relation thérapeutique, en tenant compte :

- de la psychologie de l'enfant et de ses parents.
- du contexte thérapeutique.
- de sa propre psychologie, personnalité et ses motivations personnelles (Pasini et Haynal, 1992).

A ceci s'ajoutent les difficultés qui pèsent sur son exercice : difficultés économiques des patients, difficultés financières personnelles, mais aussi difficultés relationnelles, émotionnelles, de gestion et d'ergonomie (Ruel-Kellerman, 1989). Le contexte actuel lui impose en effet d'être capable de délivrer des soins abordables financièrement, de manière compétente, sécurisée, indolore et compréhensive. Ces impératifs le soumettent à des pressions considérables et constituent une source de stress professionnel (Harper et D'Alessandro, 2004).

Les facteurs propres au chirurgien-dentiste et sa pratique professionnelle éprouvante, à la fois physiquement et psychiquement, influencent considérablement son comportement et la part de lui-même qu'il va être capable d'investir dans la relation thérapeutique. Ceci conditionne donc en partie sa façon d'aborder et de prendre en charge les enfants (Ruel-Kellerman, 1989 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

3.2.1.3.2. L'assistante

L'assistante, quant à elle, joue un **rôle intermédiaire** très important :

- en reconnaissant les enfants anxieux ou qui risquent de poser problème dès la première rencontre, elle peut commencer aussitôt à les rassurer et en informer le praticien afin qu'il adopte d'emblée une attitude qui sera favorable.
- elle humanise en quelque sorte le rapport entre l'enfant et le cabinet dentaire, apporte un peu de chaleur. Un insigne accroché à sa tunique portant son prénom par exemple aide à personnaliser la relation (Pasini et Haynal, 1992). Les enfants sont en général très sensibles à cette collaboratrice à laquelle ils font confiance (Ruel-Kellerman, 1989). Cependant, elle doit rester au second plan, en ce sens qu'elle ne doit se substituer ni au praticien, ni à la mère de l'enfant. En effet, même si elle participe à l'exécution des soins, elle ne peut pas faire plus qu'aider et assister le praticien et l'enfant doit en prendre conscience : ce n'est pas elle qui va le traiter. Aussi, même si elle se trouve aux côtés de l'enfant pendant le soin et peut l'encourager et le rassurer au même titre que le dentiste, elle ne doit pas pour autant lui serrer affectueusement la main ou le caresser, ce n'est pas son rôle (Pasini et Haynal, 1992).

3.2.1.4. Conclusion

Lorsque l'enfant est coopératif, le praticien doit faire en sorte de centrer la relation sur lui plutôt que sur ses parents. La plupart des efforts de communication doivent être orientés vers l'enfant de manière à favoriser l'interaction entre lui et le chirurgien-dentiste. Le parent est associé à la relation comme « accompagnant » et non comme « remplaçant » de l'enfant dans les conversations.

En revanche, face à un enfant non coopératif, le praticien doit focaliser dans un premier temps ses efforts sur le parent de manière à rassembler le maximum d'informations avant d'essayer d'établir une relation avec l'enfant (Tiberia, 2003).

3.2.2. Facteurs familiaux

3.2.2.1. Contexte familial actuel

Les évolutions de la société au cours de ces 30 dernières années ont considérablement changé les statuts et les rôles au sein de la famille (Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Ceci a conduit à des situations familiales particulières telles que :

- les familles recomposées.
- les familles monoparentales, avec le plus souvent la mère qui assume seule la charge familiale.
- les familles « métissées » du fait de l'adoption.
- les familles avec parents homosexuels.
- les familles mères.
- les familles « de substitution », lorsque les enfants sont retirés du domicile parental et placés chez un membre de la famille ou en famille d'accueil.

Les familles « ordinaires », avec deux parents mariés qui travaillent, ne sont pas pour autant devenues des exceptions (Harper et D'Alessandro, 2004). La structure familiale elle-même a connu des évolutions avec le temps (Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004), notamment en terme d'organisation : nombreuses sont les mères de famille qui travaillent à temps plein à l'extérieur de la maison et les enfants qui sont élevés par un substitut maternel (grands-parents, nourrice, crèche, etc.) (Harper et D'Alessandro, 2004).

3.2.2.2. Education des enfants

L'évolution du contexte familial a abouti à une modification des rapports entre les parents et les enfants ainsi qu'à un bouleversement dans le domaine de l'éducation qui semble orienté vers une tolérance accrue. La discipline n'est plus appliquée aussi rigoureusement que dans le passé. Les parents contemporains sont plus indécis quant à la façon d'éduquer leurs enfants et lorsqu'il s'agit de se mettre d'accord sur ce qu'est un comportement convenable (Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

De nombreux autres facteurs influencent les parents à cet égard, notamment :

- **les médias et l'internet** qui les « mitraillent » d'informations concernant la façon d'éduquer leurs enfants et d'exercer leur autorité parentale correctement. Il devient

alors difficile pour eux de faire la part des choses à ce sujet et de choisir une ligne de conduite convenable.

- **le fait d'avoir chacun une activité professionnelle** : ceci complique en général l'organisation de la vie de famille et aboutit souvent à un rythme de vie effréné, stressant, avec des difficultés à tout gérer. L'éducation des enfants peut être délicate à intégrer au sein d'un tel contexte familial.
- **la prise de conscience croissante des problèmes psychosociaux** que peuvent rencontrer leurs enfants, tels que l'hyperactivité ou les difficultés d'attention. Il a été remarqué chez les parents deux tendances actuelles :
 - o se décharger du contrôle qu'ils devraient avoir sur le comportement de leurs enfants.
 - o rejeter la responsabilité sur le diagnostic médical ou psychologique plutôt que de remettre en cause leurs compétences parentales (Harper et D'Alessandro, 2004).

Ces changements ont des répercussions sur la pratique pédodontique. Elles se traduisent par une aggravation du comportement des petits patients et une diminution de l'utilisation par les chirurgiens-dentistes des techniques de management comportemental autoritaires. Ceci semble résulter de l'immobilisme de certains parents face au mauvais comportement de leurs enfants (Casamassimo et coll., 2002).

3.2.3. Facteurs socio-économiques

Des facteurs socio-économiques peuvent intervenir sur la relation entre le praticien, le parent et l'enfant.

L'appartenance à un groupe social particulier peut susciter des idées stéréotypées. De part son statut social et sa fonction de soignant, le praticien est souvent sujet à des préjugés négatifs qui peuvent influencer le parent et constituer un obstacle à la communication. Il doit donc en tenir compte dans son approche et s'adapter au statut social de ses patients en essayant de trouver des groupes d'appartenance commune comme un sport, un loisir, une passion, etc (Bourassa, 1998).

Le **statut socio-économique** et le **niveau d'éducation** jouent, eux aussi, un rôle sur les comportements :

- il semble que les personnes issues d'un milieu défavorisé (faible revenu, niveau d'éducation relativement bas) ont des attitudes plus négatives vis à vis des soins dentaires, du fait du coût des soins premièrement, mais aussi parce qu'ils ne sont pas sensibilisés à l'importance du suivi médical. Ils ont donc tendance à consulter uniquement en cas de douleurs ou d'urgence et s'engouffrent ainsi dans un cercle vicieux (Bourassa, 1998). Selon Wright (1971, 1973), Vinckier et Vansteenkiste (2003a), les enfants issus d'un milieu à faibles revenus semblent ressentir une plus grande peur, se montrent plus anxieux et craintifs et sont donc moins coopératifs lors des premiers soins.

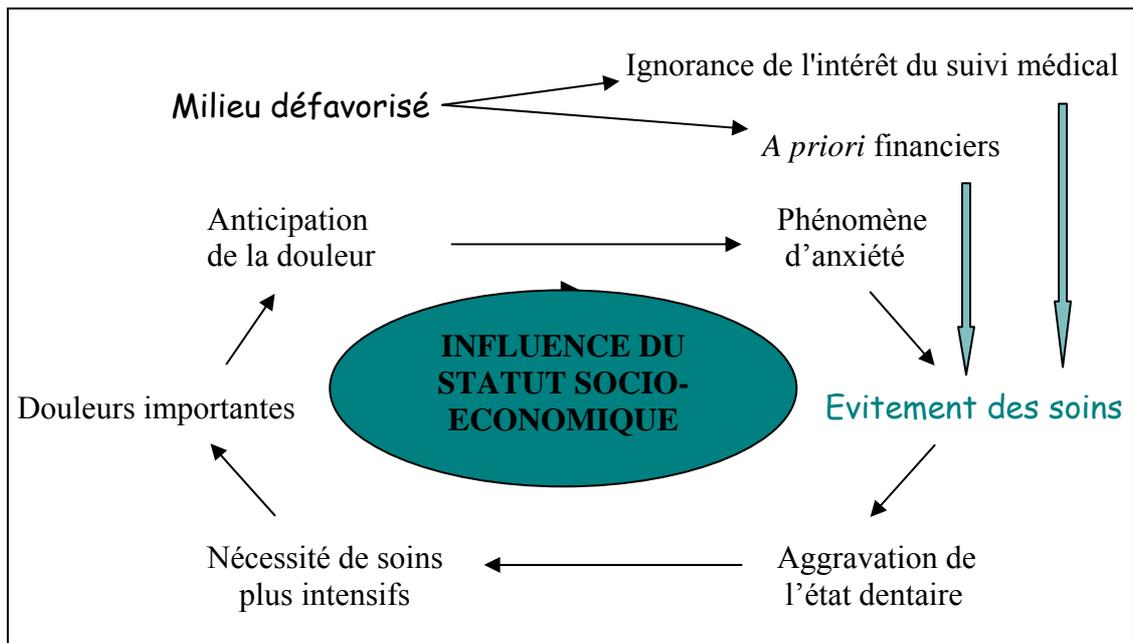


Figure 15 : Influence du statut socio-économique sur le rapport aux soins dentaires.

- le degré d'éducation des parents influe aussi sur l'approche que le praticien met en œuvre à l'égard de leur enfant. De part leur attitude, certains montrent une incapacité à comprendre pourquoi le chirurgien-dentiste passe du temps à préparer leur enfant aux futures séances de soins. Ils peuvent facilement être amenés à considérer que ce temps est perdu car passé à ne rien faire d'un point de vue purement médical. A l'opposé, d'autres apprécient car ils comprennent facilement l'intérêt d'une approche par étapes successives pour leur enfant et sont donc convaincus que le temps passé en vaut la peine (Pasini et Haynal, 1992).

3.2.4. Facteurs liés à des variables extérieures

3.2.4.1. Temps

Le facteur temps, c'est à la fois l'heure précise du rendez-vous et la durée qui lui est consacrée. Ce qui importe pour que ce facteur n'interfère pas avec la qualité de la relation, c'est de ne pas faire s'impatisser les patients trop longtemps en salle d'attente et de savoir fixer les objectifs que nous pouvons atteindre avec chaque patient dans le temps prévu (Bourassa, 1998). Consacrer suffisamment de temps à l'enfant lui donne le sentiment d'être perçu dans son individualité, d'être écouté et de pouvoir s'exprimer, ce qui facilite déjà une certaine confiance (Ruel-Kellerman, 1989).

3.2.4.2. Environnement

L'environnement influence également la communication entre le praticien et l'enfant. Celle-ci peut être altérée par une multitude de conditions externes comme le bruit, une température inadaptée, un fauteuil inconfortable, les appels téléphoniques, les mouvements du personnel, les interruptions inopinées, etc. Le décor et l'atmosphère doivent fournir des conditions propices à l'échange interpersonnel et dans ce but, ne doivent pas accroître la tension. Une bonne insonorisation, un éclairage adéquat, des couleurs sobres, un mobilier discret sont préférables à une pièce trop chargée (distrayant), un éclairage trop prononcé (incommodant) ou un ameublement trop luxueux (accentue les différences sociales) (Bourassa, 1998).

3.2.4.3. Position spatiale

En ce qui concerne la position spatiale, nous avons déjà vu que la communication doit se faire face à face pour être efficace. L'entretien ne doit donc pas avoir lieu quand le patient est allongé, ni en cours de soins (Bourassa, 1998).

3.2.5. Facteurs subjectifs

3.2.5.1. L'idée préconçue

L'idée que se fait à l'avance l'enfant du dentiste, du cabinet dentaire et du déroulement du rendez-vous peut influencer la communication, notamment s'il s'agit d'un premier contact et ce, quelle que soit la raison de l'idée préconçue (Bourassa, 1998).

3.2.5.2. Les réactions affectives spontanées

Dans nos relations de tous les jours, certaines personnes nous inspirent spontanément de la sympathie, d'autres plutôt de l'antipathie. Il en va de même pour nos relations avec nos patients, qui sont donc susceptibles d'en être affectées. Les réactions spontanées de l'enfant peuvent être dûes à ses goûts et sa sensibilité, à une ressemblance du praticien avec une personne appréciée ou détestée, à son apparence physique, à sa façon de se présenter ou de parler, à son sexe et son âge, etc (Bourassa, 1998). Le statut de chirurgien-dentiste contribue également aux réactions spontanées, principalement les négatives : il existe des gens qui manifestent de l'hostilité à l'égard de tous les chirurgiens-dentistes d'une manière générale (Widmer, 2002).

3.3. Conclusion

Une relation de qualité entre le chirurgien-dentiste, l'enfant et ses parents est indispensable à une prise en charge thérapeutique réussie. Une participation conjointe au plan de traitement et le dialogue entre les trois pôles de la relation semble être la meilleure stratégie pour apaiser les peurs de l'enfant (Harper et D'Alessandro, 2004).

4. Approche classique actuellement préconisée

Les techniques d'approche ont eu tendance à changer avec l'évolution sociale et les bouleversements éducatifs. Actuellement, on s'oriente préférentiellement vers des approches empathiques qui associent l'écoute et la participation de l'enfant à ses propres soins, en lui conférant un statut et une responsabilité. Les techniques dites de contrainte sont réservées aux situations d'urgence, car il semble en effet inutile et même néfaste de perpétuer l'image désuète du chirurgien-dentiste agressant le patient pour son bien (Dajeau-Trutaud et coll., 1998).

4.1. Etablissement des premiers contacts avec l'enfant

4.1.1. A quel âge doivent-ils nous consulter ?

Nous avons précédemment décrit la tendance des tout-petits à percevoir un nouvel environnement comme anxiogène et à être particulièrement sensible aux expériences négatives. C'est pour cette raison qu'il est important que les parents les amènent

suffisamment tôt au cabinet dentaire (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a/b). Jung (2003) recommande de les voir en consultation dès l'âge de 1 an. La médecine préventive dentaire est en effet primordiale chez les jeunes enfants. La visite précoce permet d'éduquer la famille, notamment en ce qui concerne le risque de colonisation de la cavité buccale de l'enfant à partir de la flore orale de la mère et de mettre en œuvre précocement les programmes de prophylaxie anti-cariéuse (hygiène bucco-dentaire, prescription fluorée, conseils diététiques) (Ruel-Kellerman, 1989 ; Jung, 2003 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a/b). Si l'enfant est un peu plus âgé, un examen bucco-dentaire, des conseils de brossage ou des radiographies peuvent être réalisés, un scellement de sillon ou un détartrage peuvent éventuellement être faits si nécessaire : ce sont des actes peu invasifs qui génèrent rarement de l'anxiété. Ils permettent au petit d'apprendre à connaître l'environnement, à gérer la situation propre au cabinet dentaire et à avoir confiance. Il peut ainsi réaliser que cet environnement n'est pas nécessairement angoissant. Une fois l'enfant accoutumé à la situation, le passage éventuel à un acte plus important comme une petite obturation pose peu de problèmes (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a/b).

4.1.2. Importance de premiers contacts sereins

Le bon déroulement de la première rencontre est primordial aussi bien pour l'enfant que pour ses parents, car il en découle le succès des séances suivantes, mais aussi la bonne santé bucco-dentaire et l'attitude générale que l'enfant aura à l'avenir envers l'odontologie (Bourassa, 1998 ; Widmer, 2002).

4.1.2.1. Pour le bon déroulement de l'expérience dentaire de l'enfant

La première rencontre entre l'enfant, ses parents, le chirurgien-dentiste et son équipe est un moment privilégié et décisif pour la relation naissante, qui reste gravé dans la mémoire du petit et donne la tonalité de la suite de la relation thérapeutique (Ruel-Kellerman, 1989 ; Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998) :

- en effet, on n'a jamais de seconde chance quand il s'agit de faire une première bonne impression à quelqu'un (Tiberia, 2003). Et d'une manière générale, on a tendance à garder longtemps la **première impression** qu'on a eue d'une situation.
- en outre, c'est lors des premiers contacts avec le chirurgien-dentiste que se forge le « **modèle de réactions émotionnelles** » de l'enfant vis-à-vis des soins dentaires et que peuvent être conditionnées la peur, l'anxiété ou la confiance.
- et la première entrevue détermine bien souvent la **relation de confiance** qui s'installe entre le praticien, l'enfant et le parent. Celle-ci doit être établie dès le départ si on aspire à obtenir une interaction de type **coopératif** (Bourassa, 1998).

Le succès que l'odontologiste rencontre auprès de ses petits patients lors des visites ultérieures dépend de la relation qu'il a établie avec eux dès la première visite (Bourassa, 1991).

→ C'est pourquoi la première rencontre est un moment stratégique qui nécessite un bon encadrement pour éviter les dérives comportementales qui peuvent découler des réactions de peur et d'anxiété. Une erreur de parcours dès le début de la relation pouvant être très difficile à corriger, elle nécessite donc plus de savoir-faire et d'attention de la part du praticien qui se

doit le plus possible d'adopter une attitude qui favorise une bonne relation. L'écoute active prend ici toute son importance (Bourassa, 1998).

N'oublions pas non plus qu'une expérience de ce type vécue positivement a un **impact qui dépasse amplement le cadre des soins médico-dentaires**, car elle atteste d'un gain de confiance envers un adulte inconnu qui n'appartient pas au petit cercle d'adultes que l'enfant côtoie quotidiennement (Pasini et Haynal 1992).

4.1.2.2. Pour sa future vie d'adulte

« L'enfant de 0 à 5 ans est le père de l'homme qu'il sera plus tard. » Cette remarque faite par Freud en 1922 montre bien l'impact des premières années de vie sur l'évolution subséquente d'un individu. Il existe en effet une réelle continuité entre l'enfance et l'âge adulte : la personnalité d'un adulte et son comportement sont fortement influencés par les expériences vécues pendant son jeune âge. De la même façon, les premiers contacts d'un enfant avec le chirurgien-dentiste sont capitaux : sa propre expérience, ainsi que l'interprétation subjective qu'il en fait, font que cette première rencontre aura une répercussion sur ses relations futures avec l'odontologie ainsi que sur la rigueur et la pérennité de ses habitudes d'hygiène bucco-dentaire. Ceci vient du fait que les émotions sont soumises au conditionnement au même titre que le comportement. Donc un enfant qui a une première expérience dentaire négative (précédée d'appréhension ou accompagnée de douleurs par exemple) risque de développer de l'anxiété lors des rendez-vous suivants, ce qui peut compromettre son rapport à la chirurgie dentaire pour l'avenir (Bourassa, 1998). L'objectif de l'odontologiste consistant normalement à accroître le nombre de ses patients qui sont à l'aise avec les soins dentaires, il doit faire en sorte que leurs expériences précoces soient positives et laissent un souvenir agréable (Bourassa, 1991 ; Widmer, 2002).

4.1.3. Moyens d'y parvenir

4.1.3.1. Principes à respecter

-1- Il est important, avant le rendez-vous, de **discuter avec les parents** des principaux aspects psychologiques associés à la première visite de l'enfant chez le chirurgien-dentiste (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998).

-2- Afin que l'enfant soit **le mieux disposé** à aborder positivement sa première visite, il faut éviter de le convoquer à un moment de la semaine et de la journée où il risque d'être fatigué, où il fait sa sieste ou bien a une activité qui lui est agréable et lui tient à cœur (Pasini et Haynal, 1992). La tension psychologique de l'enfant varie en effet en fonction des heures : les moments de fatigue s'accompagnent d'une acuité sensorielle accrue, l'enfant ressent alors davantage la douleur. Le comportement peut en outre régresser vers des formes inférieures comme de l'irritabilité, des cris ou des pleurs en cas de fatigue excessive. Le matin semble être le moment de la journée le plus adapté (Jasmin et Couton-Mazet, 1979). L'heure du rendez-vous doit être respectée rigoureusement pour ne pas susciter en lui d'impatience (Pasini et Haynal, 1992).

-3- Même si le but du praticien est de concentrer son attention sur l'enfant afin de favoriser chez lui de l'autonomie, **les parents lui seront d'une grande aide** pour cette première visite (Tiberia, 2003). Leur présence est donc importante (Bourassa, 1991 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998) et le praticien doit être à leur écoute autant qu'à celle du petit patient (Widmer, 2002).

-4- L'enfant doit être **accueilli chaleureusement** et **informé suffisamment** pour qu'il se sente dans un univers familial (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998).

-5- Tous les membres de l'équipe dentaire doivent travailler conjointement pour s'entendre sur une **approche psychologique commune** (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998). Le premier contact mobilise donc les qualités d'accueil, d'observation humaine et clinique, d'écoute, de communication, de disponibilité et d'empathie de toute l'équipe (Ruel-Kellerman, 1989). La réceptionniste et l'assistante doivent apprendre à connaître l'enfant le plus rapidement et le plus justement possible. Pour cela, elles recueillent des informations sur le caractère et le niveau de langage de l'enfant, ainsi que sur le comportement qu'il est susceptible d'adopter à son entrée en salle de soins. Ces informations, transmises au praticien, lui permettent d'aborder l'enfant comme il convient. De plus, le fait de s'occuper de lui, en s'intéressant ainsi à lui, le prépare à se conduire de manière à favoriser le travail du chirurgien-dentiste (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998).

-6- L'environnement du cabinet dentaire doit toujours être présenté à l'enfant sous l'aspect le plus sympathique et le plus doux possible (Bourassa, 1998). Sa première rencontre avec le chirurgien-dentiste doit, dans l'idéal, se faire « **en terrain neutre** », c'est à dire dans une pièce prévue à cet effet (Ingersoll, 1982 ; Ruel-Kellerman, 1989 ; Slovin, 1997 ; Bourassa, 1998). Il en va de même pour la prise de contact avec le personnel soignant. Ceci est favorable à la création d'une relation de complicité entre l'enfant et les assistantes, qu'il peut alors identifier à des alliées. Le fait de connaître le personnel traitant étant plus bénéfique pour l'enfant que des explications ou des démonstrations sur le traitement proprement dit, cette rencontre doit être chaleureuse (Ingersoll, 1982 ; Bourassa, 1998).

-7- Le chirurgien-dentiste doit prendre le temps de faire connaissance avec l'enfant, d'établir un contact positif et une communication efficace (Bourassa, 1991).

-8- L'ambiguïté et l'incertitude sont des facteurs générateurs d'anxiété et il n'est jamais bon de cacher la vérité à un enfant dont on cherche à gagner la confiance. Il est donc primordial de **ne pas entourer les premiers contacts de mystère**. Pour cela, on peut demander à l'enfant d'exprimer ses éventuelles angoisses, inquiétudes et interrogations et l'éclairer habilement, notamment sur ce qui est susceptible de l'impressionner, en se limitant à ce qui va se produire de façon certaine pour ne pas susciter des craintes superflues. Cette prise de contact préalable doit pouvoir lui donner le sentiment de maîtriser la situation, ce qui est indispensable à la création d'un climat de confiance et de collaboration (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998). La **communication verbale** a donc une importance capitale lors de la première consultation de l'enfant chez le dentiste (Ruel-Kellerman, 1989).

-9- Le praticien doit être **flexible** dans sa manière de faire les choix thérapeutiques, de sélectionner les techniques et d'administrer le traitement à l'enfant (Widmer, 2002).

4.1.3.2. Déroulement de la séance

La **durée** de la première entrevue dépend essentiellement de l'âge de l'enfant, mais aussi du motif de consultation. Un jeune enfant de 2 ou 3 ans n'est pas en mesure de supporter un contact prolongé et quelques minutes suffisent en général à cet âge pour le familiariser avec l'environnement dentaire. Donc, en dehors d'un contexte d'urgence, la première visite ne doit pas durer plus de 10 à 15 minutes en moyenne (Ingersoll, 1982 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).

Nous avons déjà vu que, du fait de son environnement psychosocial ou de ses expériences, la visite chez le chirurgien-dentiste peut être perçue par l'enfant comme une punition, ce qui peut l'amener à refuser de collaborer. Pour pallier cet éventuel a priori, le praticien doit dès la première séance tenter d'**associer à l'acte dentaire des sentiments autres que ceux de peur, de douleur, de souffrance ou de frustration**. Pour cela, il doit éliminer l'aspect punitif de l'expérience et insister sur les points positifs. L'attention et la réceptivité de l'enfant en sont augmentées, ce qui facilite le traitement. Par la suite, il sera plus facile de maintenir une attitude positive en motivant continuellement le patient (Bourassa, 1991 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).

- Il est donc préférable de ne procéder qu'à un examen bucco-dentaire sans traitement, sauf en cas d'urgence bien sûr. Pour cela, le praticien utilise seulement le petit miroir d'auscultation, en lui expliquant qu'il va regarder ses dents et voir si tout est en ordre. Ainsi, on lui *évite la confrontation à la douleur* et on *diminue la peur* que suscitera la prochaine visite. Si l'enfant a déjà vécu une expérience négative, différer le soin réel permet d'intercepter le problème et d'obtenir une modification de son comportement, par utilisation de sa faculté de discrimination (Jasmin et Couton-Mazet, 1979 ; Bourassa, 1991 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).
- Si cette première partie de la consultation se déroule sans problème et que l'enfant continue à *manifeste de l'intérêt*, le dentiste peut poursuivre en lui tendant une brosse à dent pour qu'il lui montre comment il se brosse les dents tout seul. C'est alors le moment de *le féliciter* (encouragement sur un fait positif) et, si besoin, de réajuster ou améliorer sa méthode de brossage (Pasini et Haynal, 1992). Le praticien ne doit pas oublier de lui expliquer qu'une bonne hygiène permet de réduire la douleur des éventuelles caries ainsi que le nombre de traitements requis et améliore aussi le bien-être général, l'apparence et l'estime de soi (Bourassa, 1991).
- De même, il est judicieux de terminer l'entretien sur un élément positif, qui est souligné, plutôt que de le retenir et de vouloir en faire trop. Ainsi il garde une *bonne impression* de cette première expérience. Il convient également d'interrompre la séance dès les premiers signes d'inattention et de la reprogrammer. Les objectifs de la séance suivante doivent être fixés : le clinicien explique à l'enfant qu'il devra regarder plus en détails la prochaine fois, pour décider des dents qui sont à traiter. Et en fin de visite, un renforcement de tous les points positifs de son comportement doit être effectué (Bourassa, 1991 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

Cette petite séance peut être répétée, jusqu'à 3 à 4 fois chez les enfants craintifs, pour mettre en place la relation de confiance avec le clinicien (Bourassa, 1998). Les premières séances sont en effet importantes tant dans leur fréquence que leur durée (Dajeau-Trudaud et coll., 1998). Dans tous les cas, au terme de cette prise de contact, il ne faut pas laisser l'enfant quitter le cabinet sans lui avoir dit ce qu'on envisage de faire la fois prochaine, à savoir introduire la notion de prévention en réalisant des radiographies « bite-wing ». Ceci a pour but de détecter d'éventuelles atteintes carieuses, auquel cas on **prépare psychologiquement** le jeune patient à se faire soigner, voire être anesthésier la séance ultérieure. L'objectif de ces séances préparatoires consiste à familiariser l'enfant avec les lieux et les instruments et à l'amener par paliers successifs au moment où il sera capable de « digérer »

psychologiquement la fameuse première séance de traitement. En effet, même si certains enfants sont prêts à tout dès la première séance, d'autres exigent plus de temps pour accepter le soin (Bourassa, 1991 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Tiberia, 2003).

C'est dans le cadre de la première visite que la **méthode de préexposition** prend tout son intérêt au cabinet dentaire. Elle a pour but de familiariser l'enfant avec une réalité nouvelle, et consiste à favoriser dès le départ dans son esprit une représentation positive de la visite et des instruments dentaires. Ceci est rendu possible grâce à la suppression du facteur « inconnu » (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trutaud et coll., 1998 ; Anastasio, 2000). On distingue :

- la **préexposition au stimulus neutre**, proposée par Wolpe (1958), qui s'insère dans le schéma du conditionnement classique.

L'enfant fait l'apprentissage d'une situation habituellement anxiogène avant qu'elle n'ait acquis des propriétés aversives, grâce aux informations qu'il en déduit lui-même.

Classiquement, la préexposition au stimulus neutre consiste en une ou plusieurs visites au cabinet dentaire sans traitement. Celles-ci ne provoquant aucune anxiété, l'enfant aborde plus calmement et en collaborant davantage le moment du traitement (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000).

- la **préexposition graduelle**, qui s'inspire de la précédente. Elle consiste à réduire la charge émotive associée à l'objet inconnu par l'intermédiaire du contact physique. On peut ainsi, en présentant graduellement quelques éléments constitutifs de l'environnement dentaire à l'enfant, l'apprivoiser et le rassurer (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000).

C'est ainsi que le fauteuil peut devenir très amusant pour notre petit patient si on lui montre « le poste des commandes » pour qu'il puisse le faire lui-même basculer tel un astronaute. Le scialytique est beaucoup moins impressionnant s'il est en fait « un soleil qui permet d'éclairer dans sa bouche ». Le miroir devient intéressant s'il le prend lui-même pour examiner ses dents. La sonde est un instrument pointu, elle peut lui faire peur si elle est introduite directement dans sa bouche sans qu'il sache à quoi elle sert. Une démonstration sur son ongle permet d'expliquer l'utilité de ce « crayon magique ». Le jet d'air de la soufflette quant à lui peut surprendre. Lui faire essayer sur sa main puis « faire du vent » sur son visage par exemple l'habitue à l'effet qui devient moins insolite en bouche.

→ Chaque élément étant associé à quelque chose de connu et d'utile, les sentiments d'appréhension, d'incertitude et d'impuissance n'ont pas lieu d'être et la situation a moins de raisons d'être anxiogène.

Lors des visites suivantes, il ne faut pas oublier de rappeler à l'enfant qu'il connaît les instruments présentés (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998).

Cette méthode, qu'elle soit neutre ou graduelle, se fait généralement lors des soins dentaires d'un membre de la famille (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000). Elle doit toutefois être mise en œuvre en prenant en compte l'âge de l'enfant. Selon Bourassa (1998), il est préférable de ne procéder qu'à une préexposition au stimulus neutre lors de la première

visite pour les enfants de moins de 9 ans. La familiarisation avec les instruments est alors réservée à la deuxième visite pour éviter de les fatiguer et de trop les stimuler la première fois. Ceci pourrait en effet leur donner une impression déformée de l'odontologie.

4.1.3.3. Bilan de la séance

La première séance doit permettre au praticien d'évaluer s'il peut prendre en charge et traiter l'enfant. Ceci nécessite toutefois de se poser quelques questions :

- l'enfant lui est-il ouvert ?
- est-il capable de communiquer et d'établir une relation avec lui ?
- est-il capable de suivre des instructions ?
- le fera-t-il ?
- quel est son niveau d'anxiété ?
- dans quelle mesure pourra-t-il coopérer ?
- les parents sont-ils d'accord avec lui en ce qui concerne le traitement de l'enfant ?
- quel contrôle veulent-ils avoir sur la situation ?
- le praticien est-il à l'aise avec l'enfant, les parents et le traitement ?

(Bourassa, 1998).

Puis le plan de traitement est établi (Anastasio, 2000). Le praticien doit alors :

- **saisir et clarifier les problèmes** avant d'essayer de les élucider. Il doit les présenter à l'enfant et ses parents de façon à les rendre solubles et s'assurer que le petit patient (ou ses parents s'il est trop jeune) en assume la responsabilité. S'il ne brosse pas ou brosse mal ses dents, il faut lui montrer que le faire correctement n'est pas si difficile et n'est donc pas insurmontable. En revanche, s'il accuse ses parents ou le fait de manquer de temps pour le faire, il n'est pas disposé à changer de comportement à ce sujet (Bourassa, 1998).
- **établir des priorités** en fonction des lésions carieuses et de leur urgence d'une part et du comportement de l'enfant d'autre part (Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000). Il convient de :
 - o ne commencer les soins qu'à partir de la deuxième séance, la première étant consacrée à la prise de contact avec l'enfant.
 - o débiter par les lésions simples et superficielles ne nécessitant pas d'anesthésie locale (Anastasio, 2000). Sinon procéder à des soins partiels en fonction de ce que l'enfant peut supporter (Dajeau-Trutaud et coll., 1998). Les premières séances doivent en effet être courtes et non complexes, de manière à encourager l'enfant et à pouvoir introduire de nouveau la prévention de façon ludique. A ce sujet, il peut être intéressant de s'attaquer en premier à un problème dont la solution procurera une amélioration immédiate afin de l'inciter à poursuivre ses efforts (Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000).
 - o progresser en fonction de la complexité technique des soins et de l'évolution du comportement de l'enfant.

- terminer par les extractions, actes les plus traumatisants pour les petits (Anastasio, 2000).
- **fixer des objectifs réalisables** : la règle d'or à suivre est de ne provoquer que ce dont l'enfant est capable de faire l'expérience sans peine. En cas de doutes à ce sujet, le praticien doit savoir s'adapter en ajustant son plan de traitement, voire en augmentant le nombre de séances par rapport à ce qui était prévu, afin de ne pas générer de blocage réactionnel de l'enfant à l'égard des futurs soins (Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000).
- **déterminer les moyens** qui peuvent aider l'enfant à atteindre les buts fixés, notamment en matière d'hygiène bucco-dentaire. Ainsi, il peut lui proposer de :
 - demander à quelqu'un de lui faire penser à se brosser les dents.
 - placer sa brosse à dent en vue dans la salle de bain.
 - noter par écrit le nombre de brossages quotidiens, etc.

Ce programme d'action doit être suffisamment concret pour que l'enfant puisse mesurer ses progrès. Pour cela, il faut d'abord fixer une situation de base qui correspond en général à l'état de santé bucco-dentaire initial (nombre de caries, état de la gencive, propreté des dents, etc.) Au fur et à mesure que l'enfant constate des améliorations, il doit être encouragé à continuer ses efforts (Bourassa, 1998).

4.2. Place des parents dans les soins

4.2.1. L'autorisation de soin, le consentement éclairé

Pour améliorer la collaboration de l'enfant au traitement, il est souhaitable de s'assurer de l'adhésion profondément convaincue de ses parents (Pasini et Haynal, 1992). A cette fin, le praticien doit entièrement les associer à toute prise de décision (Harper et D'Alessandro, 2004) et entretenir avec eux de bons rapports sur le plan émotionnel, ce qui facilite la création de bons liens avec l'enfant (Pasini et Haynal, 1992). Le diagnostic et le plan de traitement doivent donc être établis en accord avec le petit patient et sa famille. D'un point de vue légal, il est indispensable d'obtenir le consentement de son tuteur légal, que ce soit ses parents biologiques ou un substitut de l'autorité parentale (dans les cas où il est retiré du domicile familial) (Ruel-Kellerman, 1989 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

La réflexion précédant forcément la prise de décisions, il est important que le chirurgien-dentiste comprenne le mode de raisonnement des parents s'il souhaite les faire adhérer au plan de traitement qu'il propose pour l'enfant (Harper et D'Alessandro, 2004).

Toutes les solutions thérapeutiques doivent être exposées, ainsi que les risques et conséquences de chacune. Le plan de traitement doit être expliqué, si possible grâce à des aides visuelles, des images ou des modèles. Il ne faut pas hésiter à leur montrer les choses dans la bouche de leur enfant : la plaque dentaire, la gingivite, la technique de brossage, les caries, l'état de délabrement de la dent après curetage, l'obturation réalisée, etc. Ils comprennent ainsi plus facilement les nécessités thérapeutiques (Tiberia, 2003). L'information doit leur être délivrée dans un langage intelligible, simple, accessible et non dans un jargon médical. Ils risquent sinon de ne pas oser demander d'explications, de crainte

de manifester leur ignorance. Ceci peut être source de malentendus. Il convient donc d'apprécier leurs capacités intellectuelles afin d'utiliser un vocabulaire adapté et d'être certain d'être correctement compris. Pour s'en assurer, il suffit de leur demander si ce qui leur a été dit a du sens pour eux et s'ils ont des questions à poser (Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998 ; Tiberia, 2003).

Chez les adolescents, le souci d'information est le même. Leurs parents doivent être prévenus du projet thérapeutique au même titre que pour des jeunes enfants et donner leur accord avant toute extraction et bien évidemment toute restauration prothétique (Ruel-Kellerman, 1989).

4.2.2. Discussion au sujet de la présence parentale

4.2.2.1. Présentation de la problématique

La présence du parent dans la salle de soins peut constituer un atout aussi bien qu'un obstacle pour le praticien (Bourassa, 1998 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001) :

- en effet, elle provoque en général du réconfort, surtout chez les enfants en bas âge. Les parents semblent apprécier qu'on leur demande leur avis en ce qui concerne leur présence en salle opératoire et le cas échéant, préfèrent souvent rester avec leur enfant. Selon eux, leur présence aide à son bien-être et à sa coopération. Le fait de participer à la séance de soin a en outre tendance à diminuer leur niveau d'anxiété, bien que ce soit sans incidence sur la performance de l'acte réalisé (Ruel-Kellerman, 1989 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004).
- en revanche, si les parents ne savent pas de quelle façon intervenir, ce qui est compréhensible puisqu'ils n'ont pas les connaissances requises pour participer à un acte dentaire, ils peuvent compliquer le travail du praticien et susciter des problèmes malgré leur incontestable bonne volonté (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998). C'est au nom d'une relation directe de qualité entre le praticien et son petit patient que leur présence est traditionnellement rejetée, d'autant plus s'ils ont eux-mêmes des craintes à l'égard de la chirurgie dentaire (Dajeau-Trudaud et coll., 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).

→ Les opinions des praticiens sont donc mitigées à ce sujet (Harper et D'Alessandro, 2004). Certains préfèrent rencontrer l'enfant seul de manière à élaborer une interaction constructive avec lui, alors que d'autres demandent au parent d'accompagner l'enfant afin qu'il se sente plus en sécurité (Bourassa, 1998).

4.2.2.2. Facteurs à prendre en compte

Le chirurgien-dentiste doit observer plusieurs éléments lorsqu'il décide de la présence ou non du parent accompagnant l'enfant pendant son soin (Bourassa, 1998) :

- l'âge de l'enfant : le développement qu'il a atteint dans sa relation d'objet et ses fonctions cognitives de temporalité et de permanence de l'objet est le facteur le plus important à prendre en compte. Il nous renseigne sur l'éventuelle anxiété que peut susciter la séparation (Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).

- l'attitude et la personnalité de l'enfant et du parent (Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).
- le type de relation entre l'enfant et le parent (Bourassa, 1998).
- le contexte de la visite et l'intervention envisagée (Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).

Ceci est d'autant plus valable que l'accompagnant est la mère de l'enfant, du fait du rapport particulier qu'il développe avec elle.

Il n'existe cependant pas de règle dans ce domaine. C'est au praticien de choisir ce qui semble le plus favorable dans chacun des cas, par son écoute attentive et son observation des différents systèmes familiaux qu'il rencontre, ceci en gardant toujours à l'esprit la nécessité d'établir avec l'enfant responsable un dialogue constructif (Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).

4.2.2.2.1. Maturité émotionnelle de l'enfant

Un **enfant de moins de 3 ans** est très vulnérable : il n'aime pas être séparé de sa mère, nourricière et dispensatrice de plaisir, avec laquelle il a une relation très étroite. Son absence provoque en lui un sentiment de détresse, surtout s'il se retrouve seul face à un inconnu qui lui semble alors volontiers menaçant. L'anxiété de séparation n'est en effet pas encore complètement résolue à cet âge. Il est donc conseillé de ne pas les séparer lors de la consultation dentaire. Si l'enfant refuse malgré tout de coopérer, il faut savoir profiter de la présence de la mère qui devient alors un atout (Bourassa, 1998). Par exemple, il peut être installé sur les genoux de sa maman qui a, elle aussi, pris place sur le fauteuil. Elle peut par son contact le rassurer et doucement le maintenir pour permettre l'examen et le traitement.

Le problème est le même si l'accompagnant est le père. De nombreux papas se substituent en effet à la fonction maternelle de nos jours. Il est alors le seul personnage connu de l'enfant et l'anxiété de séparation se reporte sur lui (Pasini et Haynal, 1992).

4.2.2.2.2. Comportement et personnalité de l'enfant

Un enfant **craintif ou peureux** ne doit pas être séparé de sa mère (Pasini et Haynal, 1992).

Certains ont juste besoin d'un signe d'approbation et d'encouragement de la part de leurs parents pour entamer la relation thérapeutique et se sentir à l'aise (Tiberia, 2003).

En revanche, si un jeune s'avère être plutôt **autonome**, c'est l'occasion rêvée de le voir seul en salle opératoire afin de pouvoir créer dès le début une relation particulière et complice, qui permet d'instaurer le climat de confiance nécessaire à la coopération. Dans ce cas, le praticien ne doit surtout pas oublier le renforcement en fin de séance, lorsqu'il le raccompagne en salle d'attente où sa mère patiente. Il peut par exemple le féliciter devant elle, en lui disant combien il est déjà grand et raisonnable et qu'ils vont pouvoir faire du très bon travail ensemble.

L'enfant **capricieux**, quant à lui, pose un problème particulier car il existe une épreuve de force entre lui et ses parents et parfois entre lui et son chirurgien-dentiste. C'est là que la sensibilité du praticien doit intervenir en lui permettant de faire rapidement le point sur la situation. En effet, la décision qu'il prend est essentielle car le tempérament de l'enfant ne permet guère de revenir en arrière. Ne pas déceler ce trait de caractère et lui céder en

autorisant la présence de sa mère en salle de soins revient à lui accorder une première victoire. Ceci lui procure alors le sentiment de dominer la situation, ce qui compromet la qualité de la relation et par conséquent la réussite de sa prise en charge thérapeutique. En revanche, si le clinicien réussit à le séparer de sa mère et lui faire vivre positivement un acte d'autonomie personnelle, leurs rapports seront renforcés et il pourra s'établir une relation d'entente mutuelle, une sorte de pacte entre eux (Pasini et Haynal, 1992).

4.2.2.2.3. Comportement des parents

4.2.2.2.3.1. Attitude à l'égard de leur enfant et du praticien

L'attitude et le niveau de compréhension des parents sont à prendre en compte et évaluer (à l'aide des signaux verbaux et non verbaux qu'ils émettent) afin de déterminer de quelle manière ils peuvent être intégrés dans la relation thérapeutique (Pasini et Haynal, 1992 ; Tiberia, 2003).

Certains parents, qui ont envie de développer l'autonomie de leur enfant, l'encouragent plutôt à aller seul en salle de soins. D'autres l'accompagnent et s'assoient en observant tranquillement. Il y en a d'autres qui, très proches de leur enfant, se considèrent un peu comme l'intermédiaire « incontournable » entre le chirurgien-dentiste et leur « protégé » et ne laissent que peu de choix quant à leur participation : ils s'imposent ! (Tiberia, 2003). A l'extrême, l'odontologiste peut être confronté à des parents qui le dépeignent à leur enfant comme « le méchant Monsieur » ou la « méchante Dame » qui va lui faire une piqûre s'il ne brosse pas ses dents ou n'est pas sage. Ceux-là seront évidemment moins aidant que ceux qui le présentent comme « le gentil Monsieur » ou « la gentille Dame » qui va tout faire pour qu'il n'ait pas de caries et n'ait pas mal aux dents.

Les attitudes défavorables sont à corriger si c'est envisageable (Pasini et Haynal, 1992). Dans le cas des parents qui s'imposent, le praticien peut alors leur expliquer qu'il comprend leur désir d'aider, mais qu'il est nécessaire pour lui d'établir personnellement un rapport avec l'enfant : celui-ci doit être capable de communiquer directement avec « son dentiste » (Tiberia, 2003).

En revanche, si le praticien se rend compte qu'il ne peut vraiment pas compter sur la collaboration du parent, il peut le tenir à l'écart en lui demandant de bien vouloir patienter en salle d'attente, afin d'éviter que son comportement néfaste ne retentisse sur le comportement du petit. Dans ce cas, il est possible d'établir avec l'enfant une relation thérapeutique exclusive dans un contexte dual. Cela revient à conclure un pacte avec lui, « à l'encontre » de ses parents. Ceci n'est toutefois pas envisageable avant l'âge de six ans car cela nécessite une certaine autonomie de sa part (Pasini et Haynal, 1992).

4.2.2.2.3.2. Niveau de stress

Nous avons déjà expliqué la conséquence majeure de l'anxiété parentale à l'égard des soins dentaires : il y a un risque réel de transfert de cette anxiété à l'enfant (Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trutaud et coll., 1998). Ce processus est certain mais n'impose pas nécessairement une séparation de l'enfant et de son parent. Nous verrons comment il est possible de s'en accommoder dans le chapitre sur la conduite à tenir (Bourassa, 1998).

La montée de la violence envers les enfants favorise également le stress parental. Inquiets, ils veulent protéger leur enfant et souhaitent donc contrôler ce qui lui est fait. Ce sentiment est compréhensible. C'est pourquoi le praticien doit parfois accepter les parents en salle de soins si les explications données ne suffisent pas à les rassurer. On peut dans ce cas s'interroger sur la qualité du rapport de confiance entre les parents et le praticien (Dajean-Trutaud et coll., 1998).

4.2.2.3. Recommandations actuelles

Ce sont essentiellement le phénomène d'**anxiété de séparation**, le **caractère inédit** de la consultation et la **nature douloureuse du geste thérapeutique** qui conditionnent la décision du chirurgien-dentiste au sujet de la présence des parents lors des soins chez les enfants :

- chez un **enfant de moins de 3 ans**, l'anxiété de séparation n'est pas encore complètement résolue. Il est donc très vulnérable et ne doit surtout pas être séparé de sa mère lors de la consultation dentaire (Rousset et coll., 1997 ; Bourassa, 1998).
- la présence parentale est également fortement **souhaitable lors de la première visite** de l'enfant au cabinet dentaire, surtout si celui-ci a moins de 5 ans. Les parents ne doivent jamais être éliminés d'emblée. C'est au cours des séances suivantes que leur participation peut être discutée. Elle peut bien entendu se poursuivre. Mais à terme, il faudra entamer un processus menant à l'autonomie de l'enfant, de manière à lui permettre d'établir une relation directe avec le chirurgien-dentiste, dans laquelle il devient responsable de sa santé dentaire (Ruel-Kellerman, 1989 ; Bourassa, 1991 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Anastasio, 2000 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003b).
- la présence parentale doit être possible chaque fois que l'enfant et sa famille le souhaitent, lors de la réalisation de **soins douloureux** et dans toutes les situations où l'enfant est susceptible de ressentir des douleurs. La détresse du petit est en effet moindre lorsque ses parents sont à ses côtés. Il est toutefois indispensable de les conseiller sur leur rôle dans de telles situations (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000).

En ce qui concerne les adolescents, il est préférable que les parents soient physiquement absents lors des soins, en raison de leur désir d'indépendance à l'égard du noyau familial. En effet, ils n'acceptent que difficilement de s'astreindre à l'autorité parentale avec laquelle ils sont éventuellement en conflit. Des influences sous-jacentes et contradictoires de la part des parents risquent en outre de fragiliser la relation du jeune avec son praticien. Le fait de le voir seul en consultation a tendance à le valoriser dans sa démarche de démarcation. Les parents restent cependant présents en filigrane de part leur fonction de « trésorier-payeur » ! (Ruel-Kellerman, 1989).

4.2.2.4. Conduite à tenir

La divergence d'approche à ce sujet n'a plus lieu d'être à partir du moment où le **praticien contrôle la situation**, notamment grâce à des méthodes empruntées à la psychologie comportementale. Celles-ci permettent non seulement de maîtriser le comportement de l'enfant mais aussi d'influer sur celui du parent (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998).

* La première chose à faire consiste à demander aux parents s'ils désirent être présents et s'ils ont déjà une expérience de ce genre de situation (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004). La plupart souhaitent accompagner l'enfant en salle de soins, d'autant plus s'il est jeune (3 à 5 ans) ou consulte pour la première fois (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003b). Ils cherchent ainsi à évaluer les capacités d'approche du praticien à l'égard des petits. Permettre cette évaluation en autorisant leur présence sécurise à la fois les parents et l'enfant. Ceci est favorable à une véritable collaboration des différentes parties.

* Pour éviter le transfert d'anxiété des parents à l'enfant, deux impératifs sont à respecter :

- les parents doivent être placés dans la salle de soins de manière à ce que l'enfant sente leur présence, sans les voir directement.
- ils doivent se limiter à une présence passive sécurisante (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003b).

Dans ce but, le praticien doit leur indiquer les attitudes à adopter (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004) pour aider à l'établissement de la relation entre l'enfant et lui et leur expliquer leur rôle. Il doit également les informer de ce qui peut éventuellement survenir en cours de soin (des pleurs, un refus, du « cinéma »), auquel cas c'est son rôle à lui de maîtriser la situation et donc d'intervenir.

* Un moyen efficace de maîtriser le comportement des parents réside en l'application de la *méthode de modelage* (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998).

- Elle consiste à expliquer aux parents ce qu'ils doivent et ne doivent pas faire, étape par étape : « Vous pouvez vous asseoir ici. », « J'aimerais que vous mainteniez l'enfant de telle façon. », « Je vais vous demander de ne pas intervenir lors de la séance car seule votre présence suffit à rassurer votre enfant et il vaut mieux que je sois le seul à communiquer avec lui. Ceci va me permettre de gagner sa confiance et donc lui permettre d'acquérir un comportement plus autonome. », « Pourriez-vous, à l'occasion, effectuer ce que je vous demanderais de faire ? », etc.
- Les parents peuvent ne pas respecter ces consignes et s'immiscer dans la relation par exemple. Ceci est une réaction naturelle car ils sont souvent désireux d'aider et flattés de tenir le rôle de parents compétents devant un professionnel de santé. Tolérer ce comportement de la part des parents constitue un renforcement et il deviendra de plus en plus difficile au chirurgien-dentiste de les maîtriser. Leur présence risque alors de devenir plutôt nuisible que profitable. Dans ce cas, le praticien doit rapidement reprendre les choses en main en demandant à nouveau au parent de lui faire confiance et de ne pas intervenir (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

En fait, il est important pour le praticien de bien fixer les limites dès le départ avec les parents, en ce qui concerne la participation qu'il attend d'eux et qu'il tolère pour les différentes procédures dentaires (Tiberia, 2003).

4.2.3. Rôles des parents

La prise en charge de l'enfant au sein du cabinet dentaire relève de la responsabilité du praticien et de son équipe. En revanche, la **préparation de l'enfant** à recevoir des soins dentaires revient aux parents. Donc pour avoir un bon patient, la première chose à faire est d'éduquer ses parents : le chirurgien-dentiste doit les aider à assumer leur responsabilité, en les renseignant sur la psychologie infantile, en les informant du déroulement de la visite (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trutaud et coll., 1998) et en les conseillant sur la façon dont ils peuvent répondre aux éventuelles questions de leur enfant (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trutaud et coll., 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Ceci doit leur permettre de préparer leur enfant en relativisant la situation et de l'influencer positivement. Sans ça, tout travail d'éducation et de prévention semble hasardeux car l'enfant a toujours tendance à partager les attitudes de ses parents en dehors du cabinet (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trutaud et coll., 1998).

Ils doivent aussi **fournir au praticien les renseignements** nécessaires à une prise en charge adaptée de l'enfant (Bourassa, 1998) :

- le motif de consultation (contrôle, caries, douleur, urgence traumatique, problème fonctionnel, esthétique ou orthodontique, inquiétude parentale, etc.), les éventuelles répercussions du problème sur la vie quotidienne de l'enfant, et leurs attentes (Ruel-Kellerman, 1989 ; Anastasio, 2000).
- les antécédents médicaux (carnet de santé) et dentaires du petit (Jasmin et Couton-Mazet, 1979 ; Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trutaud et coll., 1998 ; Anastasio, 2000 ; Tiberia, 2003).
- son comportement général et celui face aux soins médicaux (Anastasio, 2000).
- ses connaissances sur les soins dentaires et son intérêt pour ses dents (Ruel-Kellerman, 1989 ; Bourassa, 1998).
- les caractéristiques principales de sa personnalité (Bourassa, 1998 ; Widmer, 2002).
- son émotivité (Bourassa, 1998).
- son développement intellectuel et sa capacité de compréhension (Ruel-Kellerman, 1989 ; Bourassa, 1998).
- son milieu socio-économique et sa culture (Ruel-Kellerman, 1989 ; Bourassa, 1998).
- ses pôles d'intérêt (Jasmin et Couton-Mazet, 1979).
- leur propre attitude à l'égard du chirurgien-dentiste et leurs attentes (Bourassa, 1998 ; Tiberia, 2003).

Si les parents sont présents en salle de soins lors de la consultation ou du traitement de leur petit, leur participation doit d'une manière générale se limiter à une présence passive sécurisante, comme nous venons de l'expliquer. A l'inverse, il est souhaitable en cas de gestes douloureux qu'ils conservent avec leur enfant un contact physique et oral chaleureux, distrayant et rassurant, qui peut être pour lui l'assurance de la bonne qualité des soins qui lui sont prodigués (Bourassa, 1998 ; Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000).

4.3. Etablissement d'une relation de confiance

4.3.1. Principes de base

Une relation avec un enfant peut être momentanément difficile, elle n'est jamais irréversible ! Il est important de se le remémorer avant de s'engager dans chaque nouvelle relation. Les principes qui suivent ne sont pas des solutions « miracle » qui fonctionnent à coup sûr dans tous les cas. Ce sont plutôt des lignes de conduites qui favorisent en général l'établissement de bons rapports avec les petits patients (Ruel-Kellerman, 1989).

4.3.1.1. Préparer la visite de l'enfant

Pour contrer les effets négatifs de l'incertitude, les premières visites d'un enfant chez le chirurgien-dentiste doivent être préparées correctement, ce qui nécessite une démarche particulière des parents et du praticien (Bourassa, 1998). Il est donc souhaitable, avant de soigner un enfant, de **rencontrer ses parents** ou l'adulte qui l'accompagnera le jour de la visite, sans la présence de l'enfant (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998). L'interrogatoire est mené sur le mode d'une discussion amicale (Jasmin et Couton-Mazet, 1979). Il permet au chirurgien-dentiste de :

- recueillir les renseignements généraux concernant l'enfant, qui sont à inscrire dans son dossier médical. Ceci se fait classiquement par l'interrogatoire, mais il semble plus simple de faire remplir un questionnaire aux parents, ce qui confère en outre un caractère médico-légal aux informations médicales recueillies (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998). En voici un exemple.

1. Quels motifs vous ont-ils conduit à prendre rendez-vous pour votre enfant ?

- Contrôle ?
- Caries ?
- Douleur ?
- Urgence traumatique ?
- Dents qui ne poussent pas droit ?
- Inquiétude particulière ?

Quelles sont vos attentes ?

2. A-t-il des problèmes de santé ?

- oui
 - non
- Si oui, lesquels ? Quels médecins le prennent en charge pour ces problèmes ?

3. Prend-il des médicaments ?

- oui
 - non
- Si oui, lesquels ? A quelle posologie et quelle fréquence journalière ?

4. Comment a-t-il réagi et s'est-il comporté lors de sa dernière visite chez son médecin traitant ?

- ne sait pas
- très mal
- mal
- de façon neutre
- bien
- très bien

5. A-t-il déjà consulté un chirurgien-dentiste ?

- oui
- non

6. Ses visites précédentes se sont-elles bien passées ?

- oui
- moyennement
- non, pas du tout

7. A-t-il subi des traitements dentaires douloureux ?

- jamais
- parfois (une ou deux fois)
- assez souvent (trois fois et plus)

8. Est-il traumatisé par cette expérience ?

- oui
- non
- ne sait pas

9. Se brosse-t-il les dents ?

- oui, tout seul
- oui, avec de l'aide
- non

A quelle fréquence journalière ? Avec quel dentifrice ?

10. Comment se prépare-t-il à rencontrer le dentiste en général ?

- sans peur
- avec une peur modérée
- avec une peur intense

11. Est-il influencé par un proche ayant eu des expériences dentaires déplaisantes ?

- oui
- non
- ne sait pas

12. Est-il émotif ?

- oui, un peu
- oui, assez émotif
- oui, très émotif
- non, pas particulièrement

13. Quel est d'après vous son niveau d'anxiété, de peur ou de nervosité à l'égard de sa visite chez le dentiste ?

- nul
- faible
- moyen
- élevé
- très élevé

Quelles sont les raisons qui vous font penser cela ?

14. Quel est votre propre niveau d'anxiété à l'égard de la visite de votre enfant chez le dentiste, et des éventuels traitements dont il aura besoin ?

- inexistant
- faible
- intense
- très intense

Quelles en sont les causes ?

15. Comment réagira-t-il au cours de cette rencontre, d'après vous ?

- ne sait pas
- très bien
- bien
- mal
- très mal

16. Y-a-t-il des particularités de sa personnalité que je devrais connaître pour établir une bonne relation avec lui ?

17. En quelle classe scolaire est-il ? Quels sont ses centres d'intérêt ?

Document 1 : Exemple de questionnaire destiné aux parents, d'après Bourassa (1998).

- réaliser une anamnèse familiale plus poussée, notamment lorsqu'il ne connaît pas la famille et la rencontre pour la première fois (Pasini et Haynal, 1992). L'idéal consiste à poser des questions ouvertes de façon non stéréotypée, qui conviennent à tous les modèles familiaux que l'on peut rencontrer actuellement : « Qui habite à votre domicile ? », « Qui est le chef de famille ? », « Qui d'autre que vous s'occupe de votre enfant ou en a la charge ? », etc (Pasini et Haynal, 1992 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Ceci permet au praticien de se faire une idée du milieu et du contexte dans lequel vit l'enfant, de la position que chacun occupe au sein de la dynamique familiale et des rapports de force qui existent entre chacun des membres. Il peut ainsi nuancer son approche psychologique (Jasmin et Couton-Mazet, 1979 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998).
- déceler les craintes parentales qui peuvent se répercuter sur l'enfant et en chercher la cause. Dans ce cas, le praticien doit leur expliquer comment et dans quelle mesure leur attitude peut influencer celle de leur enfant. Leurs propres peurs constituent en outre l'obstacle principal qu'ils rencontrent lors de la préparation psychologique de leur enfant à sa visite dentaire (Jasmin et Couton-Mazet, 1979 ; Bourassa, 1991 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Slovin, 1997 ; Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998).
- les rassurer en leur montrant qu'il est compétent en odontologie pédiatrique, qu'il connaît et maîtrise les notions de psychologie infantile et qu'il s'intéresse vraiment à eux et leur enfant. Il doit leur faire sentir qu'il a développé les compétences nécessaires pour prendre en charge efficacement et sereinement un enfant. Ceci est très important car il semble que le principal motif de satisfaction des parents envers leur chirurgien-dentiste soit sa capacité à établir une bonne relation avec leur enfant (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004).
- répondre à leurs questions, les conseiller et les informer :
 - o clairement et concrètement du comportement convenable qu'il attend d'eux et de leur enfant.
 - o de ce qui va se dérouler lors de la visite afin qu'ils soient capables de présenter l'information à leur enfant en dédramatisant son contenu. Ceci permet au petit de savoir grosso modo comment va se passer sa première visite, de s'attendre aux gestes qui vont être réalisés et de s'y préparer,

donc de mieux s'y adapter (Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998).

Si cette rencontre préalable est irréalisable, on peut leur faire parvenir un **courrier**, une brochure ou une vidéo qui explique l'organisation générale du cabinet s'ils ne le connaissent pas, ainsi que la façon dont se déroulera le premier rendez-vous de leur enfant (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Il doit également leur fournir quelques conseils en ce qui concerne la manière de préparer leur enfant à cette première visite. Il comprend par exemple les renseignements suivants :

- les visites dentaires font partie intégrante du développement de l'enfant.
- l'enfant doit être en forme au moment du rendez-vous.
- s'il possède un jouet ou un objet particulier qu'il aimerait apporter, il faut le laisser faire à son gré.
- il est préférable de ne pas lui offrir de récompense, ni de lui suggérer qu'il n'a rien à craindre.
- il faut banaliser cette visite en informant l'enfant le jour-même de sa visite et en y mettant peu d'emphasis : simplement lui dire que le « dentiste » va regarder ses dents pour s'assurer qu'elles sont en bonne santé, sans décrire ni prédire ce qui pourrait se passer.
- il faut laisser l'enfant se faire ses propres impressions, sensations et expériences (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998).

En agissant ainsi, le praticien prend l'initiative dans l'établissement de sa relation thérapeutique avec l'enfant et ses parents, ce qui minimise le risque de devoir réagir à des événements imprévus.

Lors de la préparation de l'enfant à sa visite, le praticien doit en outre tout faire pour **éviter que celui-ci n'anticipe trop**, sinon il risque de se tenir dans l'attente de ce qui pourrait lui arriver, voire lui faire mal. Il est important que la période qui précède le rendez-vous soit courte et soit employée pour informer l'enfant et dédramatiser la situation. Il en est de même pour le séjour en salle d'attente où l'anticipation est encore plus intense puisque l'entrée en salle de soins est imminente. La projection d'un film d'*apprentissage par modèle* est donc judicieuse à ce moment. En plus de conditionner l'enfant à adopter une conduite favorable lors des soins, ce procédé l'informe des **règles à respecter** au cabinet dentaire, ce qui est indispensable si on veut prévenir les défauts de comportements qui méritent la réprimande. Il n'est jamais agréable d'en faire, encore moins d'en recevoir (Bourassa, 1998).

4.3.1.2. Accueillir au sein de l'environnement dentaire

L'accueil de l'enfant, qui constitue le véritable premier contact et l'atmosphère au cabinet dentaire sont d'une grande importance. L'environnement général doit absolument éviter toute notion d'agressivité (Bourassa, 1991 ; Slovin, 1997 ; Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000 ; Chadwick, 2002).

4.3.1.2.1. Salle d'attente

C'est LE LIEU du premier contact proprement dit, où l'enfant éprouve ses premières sensations et où se forment ses premières impressions. Le fait de devoir y attendre avant d'entrer en salle de soins constitue un facteur d'anxiété (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Chadwick, 2002). Le temps qu'il y passe doit donc être le plus court possible afin de lui éviter une attente tourmentée. L'enfant doit pouvoir y trouver des éléments susceptibles de capter son attention, de susciter son intérêt et de prévenir de l'anxiété et de la peur : elle doit être à la fois attrayante, organisée et agrémentée de sorte que l'enfant s'y sente en sécurité (Bourassa, 1991 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).

4.3.1.2.1.1. Décor

Le décor doit être le plus familier possible à l'enfant (Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000), avec des éléments pour l'égayer, susciter sa curiosité et son envie de jouer. Si le praticien traite à la fois des adultes et des enfants, la salle d'attente doit rappeler l'ambiance de repos que l'on trouve dans une maison familiale. S'il traite exclusivement des enfants, il est préférable qu'elle reflète leur univers, avec :

- des **images** de leurs personnages favoris accrochées aux murs (Bourassa, 1998).
- des **coins de jeux** interactifs, aménagés avec des livres et du matériel à dessin (papier et crayons ou bien tableau et « craies » de couleurs par exemple), parfois même du matériel vidéo pour projeter des films ou des dessins animés (Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

Cela peut même aller jusqu'à un décor qui représente un univers complètement ludique, notamment lorsque la patientèle est constituée de petits enfants. Par exemple, la salle d'attente peut être le saloon de Lucky Luke avec une enseigne à l'entrée, des portes battantes, des posters ou une tapisserie qui créent l'illusion, la standardiste coiffée d'un chapeau de cowboy. Ainsi, la première impression de l'enfant en entrant est bonne et il peut passer ce moment clé dans un contexte plaisant (Pasini et Haynal, 1992).

De plus, le jeu ne constitue pas seulement une distraction mais aussi une bonne solution contre l'anxiété :

- le fait d'être occupé **canalise l'imagination** de l'enfant qui n'est pas employée à la création de pensées négatives.
- le jeu favorise chez l'enfant une certaine **autonomie** en amorçant la séparation d'avec ses parents. Ceux-ci, en lisant de leur côté, lui indiquent implicitement qu'il peut suivre l'assistante pendant qu'ils l'attendent, ce qui dédramatise la séparation. Celle-ci peut donc plus facilement établir le contact avec l'enfant, en s'intéressant à ses dessins par exemple.

Le but étant de distraire l'enfant tout en le gardant dans un état de tranquillité, il faut bien sûr éviter tous les jouets bruyants, violents ou générant de la nervosité (Bourassa, 1998).

Les dessins que l'enfant a réalisés doivent être conservés pour deux raisons :

- ils sont très utiles pour évaluer la personnalité et le vécu émotionnel de l'enfant à l'égard de la situation dentaire.
- ils peuvent constituer une technique de renforcement efficace et personnalisée s'ils sont accrochés en évidence dans le cabinet dentaire (Pasini et Haynal, 1992).

Nous y reviendrons ultérieurement. Précisons juste ici que l'affichage des dessins réalisés par d'autres enfants dans un endroit stratégique comme la salle d'attente, l'accueil ou le couloir par exemple, est particulièrement intéressant (Anastasio, 2000).

4.3.1.2.1.2. Couleurs

La couleur a des effets sur la psychophysiologie humaine, il faut donc en tenir compte lors de la décoration de la salle d'attente (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000). Par exemple, le rouge a tendance à augmenter le métabolisme et l'activation du système nerveux autonome. Un tel effet chez un enfant qui se trouve dans une salle d'attente dentaire peut l'amener à imaginer toutes sortes de choses, voire à manifester son anxiété. Comme rien n'est plus contagieux que de telles manifestations dans une salle d'attente « juvénile », mieux vaut choisir des couleurs apaisantes comme le vert ou le bleu, qui sont plus agréables. De même, on préfère les tons pastels, tranquilisants, aux couleurs vives, plutôt excitantes (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).

4.3.1.2.1.3. Ambiance

L'afflux de la patientèle dans la salle d'attente doit être convenablement réparti pour éviter que l'enfant se sente seul ou qu'il attende trop longtemps, ce qui est générateur de stress (Pasini et Haynal, 1992). Une attention particulière doit être également apportée au fond sonore. Une musique légère, en meublant le silence, peut donner à l'enfant un sentiment de sécurité (Bourassa, 1998). Rappelons qu'il peut être judicieux de diffuser une vidéo illustrant les principes d'hygiène bucco-dentaire et de prévention ou bien des épisodes du dessin animé ou de la dernière série télévisée à la mode (Pasini et Haynal, 1992).

4.3.1.2.2. Salle de soins

La décoration générale et l'organisation de la salle de soins sont très importantes (Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000) :

- la salle opératoire doit en effet être particulièrement accueillante, mais le décor ne doit pas trop capter l'attention de l'enfant au risque de la monopoliser. Le praticien pourrait alors avoir des difficultés à établir une communication avec lui et ne pas réussir à l'examiner ou le traiter. Le cadre doit donc être sobre et apaisant. Il doit inspirer le calme et la détente plutôt que l'agressivité (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004).
- l'organisation ne doit pas trop faire penser à une « salle d'opération ». Aussi, dans le but de lui donner une impression moins clinique et donc moins effrayante, il est préférable de :
 - cacher les instruments dentaires « de torture », tels que les daviers, les rotatifs et les seringues qui sont souvent associés à la souffrance. Seul un miroir d'examen, tout au plus une sonde, doivent être visibles.
 - limiter le plus possible les bruits pénibles en optant pour des appareils silencieux.
 - limiter l'éclairage aux nécessités fonctionnelles en évitant de braquer sur l'enfant une lumière excessive qui pourrait l'agresser.
 - adapter la musique (choix, niveau sonore) à ses goûts.

Tout l'agrément du cabinet médical et de l'environnement, s'il est approprié, peut agir comme un conditionnement agréable susceptible de diminuer l'intensité de l'angoisse (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).

4.3.1.3. Observer et faire connaissance

La probabilité d'établir une bonne relation avec l'enfant est d'autant plus grande que ce dernier connaît et surtout apprécie le chirurgien-dentiste et son équipe. La découverte de l'autre est donc un moment capital à ne pas compromettre. La première personne qu'il rencontre lors de sa visite est l'assistante dentaire. Celle-ci doit profiter d'être en dehors de la salle de soins pour faire connaissance avec lui car l'environnement s'y prête mieux (Bourassa, 1998). La première chose à faire est de saluer l'enfant d'une façon adaptée à son âge et de se présenter personnellement à lui, ainsi qu'à ses parents si nous ne les connaissons pas déjà (Tiberia, 2003). Ensuite vient le temps des questions concernant son prénom, son âge, son école et sa classe, ce qu'il aime le mieux faire à l'école, ses centres d'intérêt et ses loisirs (sports, lectures, autres activités, etc.), ses camarades, etc. Progressivement, on introduit le motif de sa visite à la conversation, en lui expliquant en quelques phrases simples pourquoi il est là et comment sa visite va se dérouler (Pasini et Haynal, 1992 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

A l'occasion de la première rencontre, le praticien doit **observer la personnalité** de son jeune patient (Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000) :

- dans la salle d'attente, les postures adoptées par l'enfant et son accompagnateur informent sur la charge émotionnelle que représente l'entrée en salle de soins. Un enfant autonome qui s'occupe seul montre qu'il n'est pas spécialement anxieux. En revanche, s'il semble manifester de la dépendance, cela signifie qu'il anticipe et perçoit la visite comme potentiellement menaçante.
- de la salle d'attente à la salle de soin, on observe sa démarche, ses gestes et attitudes, son comportement avec l'assistante qui l'accompagne, puis son visage et plus particulièrement son expression, son regard.
- du moment de son entrée en salle de soins au début de l'examen clinique, on note s'il est tendu ou apeuré, ce qui indique à quel rythme il est possible d'avancer avec lui.

Le chirurgien-dentiste doit à son tour **faire personnellement connaissance** avec l'enfant (Bourassa, 1998). Pour cela, il est préférable qu'il se tienne suffisamment à distance de lui afin de pouvoir l'observer globalement tout en s'offrant lui aussi à son regard (Ruel-Kellerman, 1989). Ceci est très important. Il semble en effet que le fait de commencer la relation avec chaque nouveau patient par un entretien destiné à faire connaissance sur le plan personnel et non professionnel soit doublement avantageux :

- cela donne au patient l'occasion de découvrir son chirurgien-dentiste comme quelqu'un qui s'applique à l'écouter et à mettre en avant ses idées et ses impressions, ce qui constitue une bonne base pour l'acquisition de sa confiance.
- le fait de convoquer un patient à un rendez-vous d'entretien plutôt qu'à un rendez-vous d'examen à visée thérapeutique suscite moins d'anxiété (Ackley, 2003).

Le praticien doit profiter de ce moment pour apprendre à connaître l'enfant sur le plan émotionnel afin de pouvoir comprendre comment il perçoit et vit l'expérience dentaire et donc l'aborder le plus justement possible (Bourassa, 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Pour cela, il faut réaliser une évaluation psychologique implicite. Nous verrons comment procéder en troisième partie. C'est également pour lui l'occasion d'apprécier avec exactitude son **niveau de langage**, ce qui lui évitera par la suite de commettre des interférences sémantiques.

En ajustant son vocabulaire à celui de l'enfant, il n'altère pas les possibilités de communication (Bourassa, 1998).

Les **dessins de l'enfant**, eux aussi, peuvent aider l'équipe soignante à comprendre le type de personnalité et le vécu affectif du petit patient, ainsi que les mécanismes de défense qu'il met en œuvre pour contrôler l'angoisse qui découle de la situation. Cette possibilité de s'exprimer à travers le dessin permet en effet à l'enfant d'extérioriser les impulsions, les anxiétés et les conflits inconscients qui surgissent à ce moment. Nous exposerons en troisième partie les notions qui paraissent nécessaires à l'analyse sommaire et l'interprétation de ces dessins (Pasini et Haynal, 1992).

→ Toutes les informations issues de l'observation de l'enfant sont, au même titre que les renseignements médicaux, à inscrire dans le **dossier médical** de l'enfant. C'est ce qui va permettre au praticien et à son équipe d'établir une stratégie d'intervention cohérente (Bourassa, 1998).

4.3.1.4. Prévenir

L'anxiété et la douleur sont des émotions qui peuvent être prises en charge de manière raisonnablement confortable. En effet, le ressenti et les actions d'un patient dépendent non seulement de sa personnalité, mais aussi des circonstances dans lesquelles il se trouve. Donc, même s'il est impossible de contrôler les émotions et le comportement de quelqu'un ou de dissiper sa peur des soins dentaires, le praticien peut les prévenir. Pour cela, il lui suffit d'instaurer lors de ses consultations des circonstances qui encouragent fortement le patient à admettre qu'il peut supporter la situation. La peur et la douleur deviennent alors gérables (Ackley, 2003).

4.3.1.4.1. L'anxiété

D'une manière générale, l'ambiance du cabinet, l'approche thérapeutique du praticien et la qualité de sa relation avec l'enfant doivent être le moins anxiogènes possible. Lors de l'entretien avec l'enfant, l'odontologiste doit essayer de détendre l'atmosphère, dédramatiser la situation et le reconforter, tout en restant à l'affût de signes annonciateurs d'anxiété. Ceci se fait de préférence dans un environnement neutre sur le plan émotionnel, donc non menaçant et en dehors de la salle de soins (Bourassa, 1998). L'incertitude étant génératrice d'anxiété, le chirurgien-dentiste doit donc tout faire pour la contrer. Cela passe par une information claire et simple sur le traitement qui doit être mis en œuvre, sur les étapes nécessaires et sur les difficultés prévisibles, ce qui permet à l'enfant de développer des moyens d'adaptation anticipés et de se préparer à l'acte (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).

4.3.1.4.2. La douleur

4.3.1.4.2.1. Avertir l'enfant

Il est important d'être **honnête** avec l'enfant au sujet de la douleur, car le rapport de confiance n'autorise rien qui puisse être interprété comme une tromperie ou un mensonge (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).

Une information adaptée à son niveau cognitif et suffisamment précoce doit lui être délivrée sur la cause de ses douleurs et/ou sur les gestes douloureux nécessaires à sa bonne prise en

charge. En effet, l'information est un droit de l'enfant et une obligation du professionnel de santé (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000). Cependant, il vaut mieux s'abstenir d'utiliser des termes ou de donner des indications susceptibles de l'inquiéter. Il est préférable d'employer des expressions qui présentent la douleur comme tolérable, ce qui prédispose l'enfant à mieux accepter et supporter le soin.

En outre, le praticien se doit d'être **clair en ce qui concerne la durée** de la douleur, notamment chez les enfants de plus de 6 ans. En effet, ceux-ci sont capables de tolérer un certain seuil à condition qu'ils aient été préalablement prévenus que la douleur sera de courte durée. De cette manière, ils peuvent anticiper la fin proche de l'expérience déplaisante et donc la surmontent plus facilement. Pour cela, le praticien doit être capable d'apprécier le temps qu'il lui faut pour atteindre son objectif de traitement, en informer l'enfant et savoir s'y tenir. S'il ne termine pas à temps, il risque de perdre sa confiance. Un moyen simple de procéder consiste à dire à l'enfant que la douleur ne durera que le temps de compter jusqu'à cinq par exemple. En réalisant son geste, le dentiste compte effectivement à voix haute jusqu'à cinq. Ainsi, il fait sentir à son jeune patient que la fin de la douleur approche. Puis il arrête comme convenu et lui prouve alors qu'il est digne de sa confiance (Bourassa, 1998).

4.3.1.4.2.2. L'anesthésie locale

Le contrôle de la douleur par **anesthésie locale ou loco-régionale** et l'éducation des parents semblent être les deux règles à respecter pour apprivoiser un jeune patient (Jasmin et Couton-Mazet, 1979 ; Deville de Perière et coll., 2001). Comme elle est souvent associée à la douleur, l'anesthésie locale représente l'intervention la plus délicate pour le praticien les premières fois où elle doit être réalisée chez un enfant (Bourassa, 1998).

4.3.1.4.2.2.1. Préparation

Il est important de ne pas cacher la vérité à l'enfant à ce sujet et de l'y préparer. Il doit être prévenu de sa nécessité et son utilité pour la réalisation du soin suivant, lors de la séance qui précède (Pasini et Haynal, 1992). A ce moment, le praticien doit lui expliquer, simplement et sans employer de mots qui risquent de lui faire peur, comment il procède et ce qu'il va ressentir. Même si sa cavité buccale semble de petite dimension pour le praticien, elle peut être ressentie comme quelque chose d'important, voire d'énorme par l'enfant. L'engourdissement qui fait suite à l'anesthésie peut donc être expérimenté comme une distorsion très angoissante de l'image de son corps (Pasini et Haynal, 1992 ; Harrell, 2004). Ceci peut être évité en lui expliquant que des petites fourmis viennent endormir sa dent, qu'il les sent dans sa joue ou dans sa lèvre, ce qui peut donner l'impression d'avoir une grosse joue, mais qu'elles partent dès que la dent n'a plus besoin de dormir. Il peut être intéressant de lui faire essayer l'anesthésique de contact sur le bout de sa langue afin qu'il en connaisse déjà l'effet au moment où l'anesthésie sera effectuée (Pasini et Haynal, 1992).

4.3.1.4.2.2.2. Réalisation

Lorsque le moment de l'anesthésie arrive, une **approche en trois temps**, basée sur la méthode de préexposition précédemment décrite, semble convenir à la capacité émotive de l'enfant et doit permettre de dédramatiser la vue et l'utilisation de la seringue :

- le premier temps ou **approche cachée** consiste à ne pas montrer du tout la seringue à l'enfant. Ceci est indiqué quand sa peur est très grande.

- le deuxième temps ou **approche semi-cachée** consiste à lui présenter la seringue avec l'aiguille recouverte de son capuchon : il peut la toucher avant l'anesthésie.
- le troisième temps ou **approche directe** consiste à lui montrer la seringue, aiguille décapuchonnée : il voit l'aiguille et peut, là aussi, la toucher avant de procéder à l'anesthésie. Il convient toutefois de veiller à ce qu'il ne se pique pas. Ceci est réservé aux enfants qui d'emblée ne sont pas trop effrayés et manifestent de la curiosité, ainsi qu'à ceux qui n'ont plus peur.

Là aussi, il faut faire attention aux **termes** employés pour ne pas effrayer davantage l'enfant : on préfère « endormir la dent » plutôt que « piquer » ou « faire une piqûre » par exemple.

Le temps de l'anesthésie est un moment où il ne fait pas bon mentir à l'enfant, sinon on risque de perdre sa confiance. Il faut donc le **prévenir et le préparer à une éventuelle douleur**. On peut par exemple lui dire que « ça va pincer un peu » et lui pincer réellement mais délicatement le bras pour qu'il puisse envisager l'intensité de la douleur. Une fois l'injection réalisée, le praticien peut lui tendre un miroir afin qu'il puisse constater de lui-même qu'il ne « gonfle » pas et ne se déforme pas (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998).

Jung (2003) recommande plutôt de ne jamais laisser l'enfant apercevoir l'aiguille dont la vision ne semble pas propice à un échange ouvert et franc. Il préconise de parler calmement et continûment tout en gardant le contact visuel avec l'enfant lors de l'injection. De cette manière, le « supplice » est terminé avant que le petit n'ait eu l'occasion de se sentir émotionnellement contrarié. Puis il faut s'assurer que l'anesthésie est bien prise avant de procéder au traitement dentaire. En effet, la plupart des enfants se comportent bien quand ils n'ont pas expérimenté la douleur au cours d'un rendez-vous de traitement.

4.3.1.5. Communiquer

Communiquer est l'objectif principal en pédodontie. Il est très facilement atteint puisque la communication est incontournable : on ne peut pas ne pas communiquer ! La transmission d'informations entre le chirurgien-dentiste et son jeune patient est en effet continue, que ce soit par le dialogue, l'écoute, le silence, le geste, l'immobilité, le comportement global, etc (Jasmin et Couton-Mazet, 1979 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).

Cependant les enfants n'appréhendent pas la réalité de la même façon que les adultes. Pour s'assurer que la relation établie avec eux sera efficace, il faut prendre en compte ces différences en respectant leurs schémas de référence et en utilisant leurs concepts et leurs modèles de conduite. Avant tout, le praticien doit donc évaluer les capacités intellectuelles de l'enfant afin de lui fournir une information adaptée et d'être sûr de se faire bien comprendre (Bourassa, 1998).

4.3.1.5.1. Mode de communication

Dans sa communication avec le praticien, l'enfant « récepteur » peut recevoir les messages par l'intermédiaire de l'ouïe, de la vue et du toucher. Plus ses sens sont stimulés, plus il a de chances de bien comprendre le message. Cependant, l'utilisation simultanée de multiples moyens de communication ne semble pas toujours utile (enfant sourd, muet, etc.) ou possible (en cours de soin par exemple). Dans ce cas, il faut choisir le moyen le plus approprié à la situation.

Parallèlement, l'enfant s'exprime en utilisant différents moyens de communication que le praticien doit tous prendre en compte s'il veut comprendre exactement le message que l'enfant cherche à faire passer (Bourassa, 1998).

4.3.1.5.1.1. Non verbal

Comme nous l'avons déjà expliqué, la communication non verbale peut se faire d'une manière très diversifiée : ton, intensité et volume de la voix, expression faciale, posture, gestualité, position du tandem praticien-assistante par rapport à celle de l'enfant allongé, contact, distance établie, etc. interviennent inévitablement et sont d'une grande importance en terme de qualité de communication (Jasmin et Couton-Mazet, 1979 ; Bourassa, 1998). En effet, 70% de l'information d'un message est véhiculée par des moyens non verbaux, contre 30% pour les moyens verbaux. Si on sait qu'en plus, 93% des mots émis sont perdus, on mesure aisément la valeur que va prendre la communication non verbale dans la relation. Celle-ci est plus efficace et plus subtile que la communication verbale. Elle permet en effet de transmettre des intentions que les mots n'arrivent pas toujours à exprimer et s'établit dès le premier contact entre l'enfant et le praticien, par une observation réciproque (Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Chadwick, 2002). De tels messages, qu'ils soient intentionnels ou non, sont obligatoirement échangés (Bourassa, 1998), d'autant plus que la proximité corporelle entre les protagonistes lors du traitement est étroite (Ruel-Kellerman, 1989). C'est pourquoi le praticien doit apprendre à décrypter les messages non verbaux émis par l'enfant afin de mieux le cerner et à bien maîtriser ses propres attitudes pour éviter qu'elles ne contredisent les messages verbaux qu'il veut lui transmettre, sinon il risque de perdre sa confiance (Bourassa, 1998).

4.3.1.5.1.1.1. Messages non verbaux captés par l'enfant

Lorsque l'enfant pénètre au sein du cabinet dentaire, il est très attentif à tout. Il perçoit aussi bien l'environnement, la décoration et le confort de la réception, de la salle d'attente et du cabinet, que le comportement de l'équipe soignante lors de l'accueil, son aisance, sa douceur, ses qualités humaines ou que l'apparence physique du praticien et de son assistante. Il nous perçoit dans une réalité globale beaucoup plus sensorielle et corporelle qu'intellectuelle : notre voix, nos gestes et nos déplacements dans l'espace sont pour lui des indicateurs de notre potentiel de compréhension, d'agressivité ou de bienveillance. L'appréciation du degré de sympathie ou d'antipathie est souvent faite au premier regard. Au cours du traitement, des gestes brusques, crispés, des tiraillements transmettent la tension du praticien et risquent d'augmenter celle de l'enfant (Ruel-Kellerman, 1989 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).

Le praticien doit donc être attentif et prudent à l'égard des messages non verbaux qui émanent de lui, de son équipe ou du cabinet. Il est ainsi conseillé d'employer un ton détendu lors de l'échange verbal (Harper et D'Alessandro, 2004). La communication gestuelle peut être employée de manière à rassurer l'enfant (tape sur l'épaule, geste amical) ou lui offrir un moyen de contrôle sur les actions du chirurgien-dentiste. Nous y reviendrons lorsque nous aborderons le contrat de soins. C'est le type de communication le plus primaire et donc le plus facile à comprendre (Jasmin et Couton-Mazet, 1979 ; Pasini et Haynal, 1992). La communication visuelle est également importante : capter le regard de l'enfant facilite l'établissement du contact (Jasmin et Couton-Mazet, 1979). Les mouvements doivent être lents, délicats et donner une impression de sécurité par de bons appuis (Jasmin et Couton-Mazet, 1979 ; Ruel-Kellerman, 1989). Toute brusquerie risque d'inquiéter le jeune patient.

L'environnement, média subjectif entre l'enfant et le praticien, doit lui aussi éviter toute agressivité (Jasmin et Couton-Mazet, 1979).

4.3.1.5.1.1.2. Messages non verbaux émis par l'enfant

Nous avons déjà vu en première partie que le comportement de l'enfant, l'expression de son visage, son allure vestimentaire, sa façon de se déplacer et de s'asseoir, le paraverbal de sa voix, son regard, la distance interpersonnelle qu'il maintient et sa capacité à établir un contact physique sont des éléments non verbaux de la relation, révélateurs de son état, de sa personnalité et de son mode de fonctionnement. Le chirurgien-dentiste doit donc apprendre à affûter son regard afin de reconnaître tous les signes perceptibles chez le petit et d'enregistrer son message comportemental. Ceci peut l'aider à communiquer d'emblée et subtilement avec son jeune patient, sur son mode à lui (Théry-Hugly et Todorova, 1998).

4.3.1.5.1.2. Verbal

La communication verbale est un véritable paradoxe dans notre société : c'est à l'heure où l'on parle de plus en plus de communication que l'on se rend compte que l'on se parle de moins en moins, et de moins en moins bien en tout cas ! (Théry-Hugly et Todorova, 1998). La parole reste « l'instrument » de communication le plus courant et le plus rapide dont nous disposons actuellement (Jasmin et Couton-Mazet, 1979 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998). C'est elle qui va permettre à la relation de s'approfondir et de s'épanouir (Théry-Hugly et Todorova, 1998). Donc même si le dialogue verbal ne fait que suivre notre dialogue corporel, le praticien doit toujours essayer d'engager la conversation de la manière la plus naturelle possible (Jasmin et Couton-Mazet, 1979). Le mutisme n'est en effet jamais bon car il laisse libre cours à l'imagination de l'enfant, qui peut être éloignée de la réalité et être source d'anxiété (Théry-Hugly et Todorova, 1998).

4.3.1.5.1.2.1. La voix

La voix transmettant le message doit être conciliante et exprimer à la fois de la sympathie et de la fermeté (Jasmin et Couton-Mazet, 1979). Une voix faible, plutôt grave, semble adaptée (Anastasio, 2000). Les jeunes enfants ne captent pas toujours immédiatement le message, il faut donc leur répéter souvent les mêmes paroles (Jasmin et Couton-Mazet, 1979). Le contrôle de la voix par un bavardage calme, dans un rythme lent et lié, sécurise en outre l'enfant et favorise sa coopération (Jasmin et Couton-Mazet, 1979 ; Anastasio, 2000).

4.3.1.5.1.2.2. Le langage

Les compétences linguistiques évoluent avec l'âge de l'enfant et plus particulièrement selon son stade de développement intellectuel et psycho-affectif. En effet, deux enfants du même âge ne progresseront pas nécessairement au même rythme. Le langage que le chirurgien-dentiste et son équipe emploient lorsqu'ils leur parlent doit donc être adapté à leur âge, mais doit aussi être individualisé : chacun est à considérer singulièrement (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Widmer, 2002 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

→ Il est conseillé d'adopter leurs propres expressions, sans être trop puéril : un discours imagé et teinté d'humour, constitué de substituts neutres, simples, directs et inoffensifs, à connotation familière et correspondant à leur niveau de compréhension semble approprié (Jasmin et Couton-Mazet, 1979 ; Ruel-Kellerman, 1989 ; Pasini et Haynal, 1992 ;

Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Anastasio, 2000 ; Widmer, 2002 ; Jung, 2003 ; Harper et D'Alessandro, 2004 ; Harrell, 2003). Il est conseillé de commencer par un langage simple, qui pourra s'enrichir et se complexifier au fur et à mesure des visites (Widmer, 2002). L'essentiel est de trouver le mot juste. Une manière simple de s'adapter au domaine linguistique et au type de raisonnement de chaque tranche d'âge consiste à faire répéter l'information aux enfants. Cela exige aussi du praticien qu'il ait des talents d'imagination et qu'il soit capable de se mettre au niveau de son jeune patient (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Widmer, 2002 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Les adolescents font toutefois exception à cette règle, il convient plutôt de leur parler comme à des adultes. Des explications techniques et scientifiques en termes adaptés à leur niveau de formation et leur niveau socio-culturel, associées à un souci d'efficacité expressément manifesté, sont des éléments qui peuvent permettre au praticien d'emporter l'adhésion et la collaboration de ces interlocuteurs singuliers, tour à tour changeants et attachants (Ruel-Kellerman, 1989 ; Widmer, 2002).

→ Le langage doit en outre être positif : les négations sont à éviter le plus possible car le mental de l'être humain n'est pas structuré pour assimiler la négation. En effet, si nous demandons à quelqu'un de ne pas imaginer un ballon vert avec des points rouge dessus, la personne crée d'emblée l'image mentale de ce ballon avant de la faire disparaître. De la même manière, si le praticien dit à son jeune patient de ne pas avoir peur, ce dernier crée alors automatiquement de façon inconsciente la représentation sensorielle de sa peur, ce qui ne fait que l'accentuer. Il est préférable de lui dire que tout se passera bien par exemple (Anastasio, 2000). On ne doit donc pas hésiter à utiliser la parole quand le but est d'expliquer, convaincre ou dédramatiser (Dajean-Trutaud et coll., 1998).

→ Comme nous l'avons vu lorsque nous avons abordé l'écoute active en première partie, le praticien doit jouer un rôle actif dans l'entretien, tout en restant centré sur les besoins et désirs de l'enfant. Lorsque celui-ci a commencé à s'exprimer, le praticien doit l'encourager un minimum à poursuivre et à préciser ou expliquer ses propos. Parfois il doit intervenir en orientant la conversation ou en la recentrant sur le vif du sujet. Ceci passe par :

- l'utilisation d'interjections (Hum !, Ah !, Ah bon !, Oh !, etc.)
- la répétition d'un ou deux mots clés.
- la formulation d'une question :
 - « aussi ? »
 - « ensuite ? »
 - « peux-tu-m'en dire plus ? »
 - « donne-moi un exemple. »
 - « qu'est-ce que tu entends par-là ? »

(Bourassa, 1998).

→ En ce qui concerne les questions, elles sont judicieuses si elles visent des objectifs précis, à savoir :

- formuler une invitation ouverte à parler.
- demander des précisions.
- demander à l'enfant de répéter (Bourassa, 1998).

Elles doivent être formulées de manière à donner le choix à l'enfant entre deux solutions qui sont satisfaisantes du point de vue thérapeutique. On préfère lui demander « Préfères-tu que je commence à soigner ta dent du bas ou ta dent du haut ? » plutôt que « Acceptes-tu que je soigne ta dent ? ». Lui donner la possibilité de répondre par la négative est une erreur à éviter (Harper et D'Alessandro, 2004). Seront aussi à éviter :

- les *questions qui risquent de le mettre sur la défensive* : ce sont celles qui l'accusent de mal agir, nuisent à son expression et donc à sa coopération.
- les *questions qui commencent par « pourquoi »* : elles conduisent l'enfant, qui se sent attaqué, à répondre avec un « parce que » suivi d'excuses ou de prétextes. Demander une clarification du genre de « Je ne comprends pas bien, peux-tu m'expliquer davantage ? » est préférable. Par exemple, il est plus judicieux de demander au petit patient « Qu'est-ce qui t'incite à ne pas brosser tes dents ? » plutôt que « Pourquoi ne brosses-tu pas tes dents ? »
- les *questions suggestives* : ce sont celles qui orientent la réponse de l'enfant, qui sont moins efficaces en terme d'échange que des questions plus neutres. Ainsi, on préfère demander « Combien de fois par jour te brosses-tu les dents ? » plutôt que « Te brosses-tu les dents matin, midi et soir ? » (Bourassa, 1998).

→ La paraphrase, procédé qui consiste à répéter ce qui a été dit sous une nouvelle forme et en des termes plus clairs, est intéressante lors de la communication avec un enfant. Elle permet au praticien de :

- montrer à son jeune patient qu'il essaie de comprendre ce qu'il lui dit.
- clarifier la pensée de l'enfant en reformulant ses propos de manière plus concise, en des termes à sa portée, ni trop scientifiques ni trop simplistes.
- vérifier s'il a bien compris les paroles de l'enfant (Bourassa, 1998).

En cas de barrière due à la langue, il convient de faire appel à des interprètes spécialisés dans le domaine médical (Harper et D'Alessandro, 2004). En effet, il semble que les interprètes « improvisés » soient responsables d'une augmentation du nombre et du type des erreurs de traduction cliniquement significatives (Flores et coll., 2003 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

Le tableau ci-dessous présente quelques substituts qui peuvent être utilisés pour parler avec l'enfant.

	Terminologie scientifique	Mots explicatifs
matériel	fauteuil	manège, fauteuil d'astronote
	scialytique	soleil, projecteur
	appareil à radiographier	appareil photo, caméra magique
	soufflette	vent
	aspiration chirurgicale	gros aspirateur
	pompe à salive	mini aspirateur
	contre-angle, rotatif à basse vitesse	hélicoptère, tracteur
	turbine, rotatif à haute vitesse	fusée, voiture de course
instruments	détartreur	brosse à dents électrique
	miroir	petite glace pour se voir dedans
	sonde	petit doigt en métal
	curette, excavateur	petite cuillère, grattoir
	fraise	petite cuillère qui tourne, petite bille
	champ opératoire (digue, coton, automaton)	imperméable
	matrice	bague, clôture
	lampe à polymériser	pistolet jédaï
produits	coiffe	chapeau brillant
	test de vitalité	froid
	anesthésique de contact	pommade endormante
	eugénate ou obturation provisoire	pansement
	tout produit ayant une odeur	parfum
	mordançage	gel bleu ou vert
	sealant, bonding	vernis protecteur, peinture transparente
	composite ou ciment verre ionomère	pâte ou ciment invisible
	amalgame	perle d'argent
	bain de bouche	rinçage rose ou bleu
matériau à empreintes	pâte à modeler, crème	
sensations	engourdissement	fourmis
	douleur	mal, bobo, froid, pique
pathologies	inflammation	gonflement
	bactéries	microbes
	carie	bobo, trou plein de saletés
	cavité à obturer	trou propre, à reboucher
qualificatifs	nécrosé	malade
	délabrée	abîmée, fatiguée
	reconstituée	réparée, neuve, forte
actes techniques	anesthésier	endormir la dent
	débrider, cureter	nettoyer les saletés de la dent
	dévitaliser	soigner le nerf de la dent
	obturer	reboucher
	polir	adoucir
	faire une empreinte	faire un moulage

Tableau 2 : Substituts aux termes scientifiques pouvant être employés avec les enfants, d'après Bourassa (1998), Anastasio (2000) et Widmer (2002).

4.3.1.5.1.2.3. Le silence

Intégré à un ensemble d'informations échangées entre le praticien et son jeune patient, le silence peut être utilisé comme un soutien de la communication. Il peut en effet témoigner d'un intérêt marqué pour ce qui vient d'être dit ou d'un appui apporté au petit qui se confie. Il devient ainsi une invitation à pousser plus loin le discours et la réflexion. Il ne doit toutefois ni durer trop longtemps, ni s'accompagner d'une autre activité (préparation des instruments, lecture du dossier), au risque de dénoter plutôt d'un manque d'intérêt. Utilisé correctement, le silence prend en fait la valeur d'une communication non verbale (Bourassa, 1998). Il libère en outre un espace temporel, qui est source de rencontre entre l'enfant et son praticien et qui constitue l'ébauche d'un terrain neutre au sein duquel chacun ressent qu'il va pouvoir rencontrer l'autre sans crainte et être reconnu comme égal à l'autre (Anastasio, 2000).

4.3.1.5.1.3. Conclusion

Il est impératif que le chirurgien-dentiste réussisse à prendre en considération l'importance du concept de « langage réceptif et expressif », ainsi que l'impact de ses mots, du ton de sa voix et de son comportement sur la manière dont les enfants interprètent ce qu'il dit (Widmer, 2002).

4.3.1.5.2. Responsabilités du praticien dans la communication

4.3.1.5.2.1. Ecoute

Un des principaux problèmes dans la relation thérapeutique vient du fait que le clinicien ne prend pas le temps d'écouter son jeune patient. Ceci l'amène à interpréter ce qui a été dit et c'est un véritable « dialogue de sourds » qui s'installe alors. Savoir écouter revient à être un bon récepteur pour devenir un bon émetteur. Il existe deux façons d'écouter :

- **l'écoute passive** : elle consiste à montrer à l'enfant qu'on s'intéresse à ce qu'il dit en étant attentif et en l'encourageant à poursuivre.
- **l'écoute active** : elle consiste à s'assurer d'avoir bien compris le message de l'enfant, lui montrer qu'on accepte ce message et l'aider à le clarifier par des questions ouvertes et des reformulations. C'est le moyen d'écouter le plus efficace. L'ayant largement détaillé en première partie, nous ne nous y attarderons pas (Théry-Hugly et Todorova, 1998).

4.3.1.5.2.2. Emission de messages spécifiques

Rappelons, avant d'entrer dans le vif du sujet, que pour que l'information passe correctement, une cohérence entre les messages verbaux et non verbaux est indispensable (Théry-Hugly et Todorova, 1998).

4.3.1.5.2.2.1. D'ordre thérapeutique

Aujourd'hui, le travail du pédodontiste ne consiste plus uniquement à soigner des atteintes carieuses, ceci grâce à la mise en oeuvre d'une campagne de prophylaxie anti-carieuse qui a porté ses fruits. En effet, la plupart des parents contemporains ont compris qu'il vaut mieux « prévenir » que « réparer » et amènent leurs enfants en consultation non pas en situation

d'urgence, mais afin d'éviter d'éventuels futurs dégâts. On ne peut pas en dire autant des campagnes de prophylaxie anti-dysfonctionnelle qui visent à diminuer le nombre des malocclusions. C'est pourquoi la tâche principale du chirurgien-dentiste actuellement consiste à surveiller la croissance de la denture temporaire et des bases osseuses et d'assurer le développement harmonieux d'une occlusion normale. Les messages qu'il doit transmettre à ses petits patients concernent donc :

- la **prophylaxie anti-carieuse** : elle passe par une motivation de l'enfant à l'hygiène bucco-dentaire, un enseignement d'une méthode de contrôle de plaque adaptée à son âge et des conseils en matière d'hygiène alimentaire. Son but est d'éviter la perte prématurée de dents temporaires et donc d'espace sur les arcades dentaires, ce qui peut perturber leur développement harmonieux et être à l'origine d'une malocclusion.
- la **prophylaxie anti-dysfonctionnelle** : encore appelée interception, elle doit être appliquée à tous les enfants qui présentent une dysfonction importante ou une « mauvaise habitude » pouvant interférer avec la mise en place correcte des arcades dentaires. Elle a pour objectif d'intercepter le problème fonctionnel tant qu'il est aisément réversible, en tentant d'éliminer les facteurs néfastes, dont le plus classique est la succion du pouce.

Un facteur important à prendre en compte si l'on souhaite obtenir des résultats positifs à ce niveau est l'information et l'instruction des parents. En effet, de nombreux parents n'imaginent pas que les caries de leur enfant sont dues à son alimentation et son manque d'hygiène bucco-dentaire ou bien que sa malocclusion résulte de la succion de son pouce. Vu le rôle qu'ils auront à jouer pour aider leur enfant quel que soit le cas, il est primordial qu'ils comprennent l'intérêt de notre démarche et en soient convaincus au même titre que nous.

Motiver un enfant pour qu'il arrête de sucer son pouce est une tâche délicate à laquelle tous les praticiens se trouvent confrontés un jour. C'est pourquoi il semble important d'approfondir la question.

- Tout d'abord, il est important de **déceler les raisons** de cette succion, notamment chez l'enfant de plus de 6 ans. Bien souvent, c'est le seul moyen dont il dispose encore pour mobiliser l'attention de ses parents. Il faut que ceux-ci en prennent conscience afin que toute la famille s'unisse pour complètement ignorer la succion du pouce dans ce cas. Si par contre ils s'étaient déjà rendu compte que l'insuffisance de leur attention était à l'origine de cette habitude, ils peuvent y remédier en compensant par des activités communes lors de moments particulièrement dédiés à l'enfant.
- Puis il faut réussir à **faire comprendre à l'enfant pourquoi sucer son pouce est néfaste** et où se trouve son intérêt. Une séance d'information et d'instruction comprend plusieurs éléments :
 - une comparaison entre son occlusion et une occlusion normale, à l'aide de moulages en plâtre et d'un miroir : l'enfant voit la béance antérieure qui correspond à la place de son pouce, voit sa langue passer entre ses dents lorsqu'il déglutit et se rend compte qu'il ne peut pas croquer d'aliment avec ses dents antérieures par exemple.

- la présentation des moyens d'orthopédie dento-faciale qui existent s'il a envie de fermer cet espace et d'empêcher sa langue de passer entre ses dents : grille anti-langue, plaque palatine munie d'un arc vestibulaire exerçant une force de 20 à 40 grammes sur ses dents par exemple.
- l'explication de l'inefficacité de ses appareillages s'il continue à sucer son pouce : le praticien demande à l'enfant de sucer très fort son pouce une dernière fois. En levant le bras du petit, il réussit à soulever sa tête. Il lui fait alors prendre conscience de certaines notions de poids et de forces : 40 grammes représentent à peine la moitié d'une tablette de chocolat par exemple ; sa tête pèse entre 8 et 10 kilogrammes ; un kilo équivaut à un litre d'eau ; un pack de six bouteilles pèse donc 9 kilogrammes. Il devient alors plus facile de lui faire comprendre que si on essaie de bouger ses dents en exerçant une pression de 20 à 40 grammes toute la journée avec un appareil et que pendant deux minutes par jour, il suce son pouce et donc exerce une force de 8 kilos dans l'autre sens, il gâche tout et l'appareil ne sert à rien.
- la proposition de moyens pour réussir à arrêter de sucer le pouce : cela consiste en une sorte de jeu entre sa tête et son pouce. Le jour, s'il le veut, c'est sa tête qui gagne. Le praticien peut lui faire remarquer qu'il est capable de gagner quand il joue avec ses copains s'il le veut vraiment. Par contre, la nuit, sa tête se repose et donc c'est son pouce qui gagne. Le chirurgien-dentiste lui propose alors quelques « trucs » pour l'aider à gagner. La nuit, il peut mettre sur sa main un vieux gant de laine qui est désagréable et l'empêche de mettre son pouce dans sa bouche. Sinon, sa maman peut lui acheter un pyjama trop grand pour lui et coudre le bout de la manche du côté du pouce sucé, etc. Ainsi son pouce se repose aussi la nuit et ne lutte plus contre l'appareil orthodontique qui peut alors refermer l'espace.
- la responsabilisation de l'enfant : le praticien peut confier à l'enfant son numéro de téléphone ou son adresse électronique et lui demander de le prévenir dès qu'il a réussi à vraiment arrêter de sucer son pouce, peut-être le lendemain déjà, ou la semaine suivante. Dans ce cas, il doit faire en sorte de lui donner lui plus rapidement possible son petit appareil orthodontique.

Un enfant sur quatre semble arrêter la mauvaise habitude au terme de cette première séance. Pour les autres, une deuxième **séance de renforcement** peut être nécessaire. En effet, même un demi-succès (arrêt du pouce le jour) mérite d'être félicité. Il faut dans ce cas en profiter pour insister sur le moment critique du soir et plus particulièrement de l'endormissement : en lui lisant une histoire, son père ou sa mère peut par sa présence aider à faire oublier le besoin du pouce par exemple.

Le **retentissement psychologique** engendré par les changements dus à la thérapeutique orthodontique est très important. Notamment, la constatation de la fermeture de la béance agit comme un renforcement positif et l'enfant se sent encouragé à poursuivre ses efforts.

A partir de 8 ou 9 ans, l'enfant est largement capable de comprendre une relation de cause à effet. L'échec répété de plusieurs séances de motivation chez un enfant de cet âge ou plus est donc à prendre au sérieux car il peut révéler des troubles psychiques sous-jacents nécessitant l'intervention d'un psychothérapeute. Ceci est plus facilement accepté par les parents s'ils ont

participé activement pendant la phase où on a essayé de faire cesser la mauvaise habitude. Ces cas ne doivent pas paraître isolés. En effet, une brève psychothérapie de soutien semble être bénéfique pour l'arrêt de la succion du pouce chez tous les enfants. Une collaboration plus ample entre les chirurgiens-dentistes et les psychothérapeutes peut s'avérer être une voie d'avenir à ce sujet. Mais nous n'en sommes pas encore là, c'est pourquoi les chirurgiens-dentistes doivent savoir prendre en charge eux-même ce type de problème (Pasini et Haynal, 1992).

4.3.1.5.2.2.2. D'ordre relationnel

Les messages qui permettent d'améliorer la relation avec l'enfant concernent les stratégies psychologiques que nous avons présentées tout au long de notre exposé. Rappelons tout de même qu'il faut :

- expliquer le traitement à l'enfant et ses parents (Pasini et Haynal, 1992).
- anticiper les problèmes en demandant à l'enfant s'il se sent capable de faire face au traitement envisagé et ce qui lui semble difficile à affronter (Pasini et Haynal, 1992 ; Harper et D'Alessandro, 2004).
- l'informer sur la probabilité de douleurs à un moment donné.
- lui offrir un moyen de contrôle sur les gestes du praticien.
- attirer son attention sur le fait que les expériences ne correspondent pas aux attentes anxieuses qu'il s'en faisait (Pasini et Haynal, 1992).
- lui faire part de nos sentiments à l'égard de la séance qui vient de se dérouler, que ce soit en terme de satisfaction ou de désagrément. En effet, une séance qui a été désagréable à ses yeux peut l'avoir été également pour le praticien. Les enfants sont des êtres formidables qui savent être très compréhensifs et indulgents lorsqu'on leur en donne l'opportunité. Il ne faut pas avoir peur de leur dire qu'on est désolé de l'inconfort occasionné (Pasini et Haynal, 1992 ; Jung, 2003). Inversement, ils sont toujours sensibles au plaisir que le praticien prend à soigner leurs dents et à faire du bon travail grâce à leur bonne coopération (Ruel-Kellerman, 1989).
- l'encourager pour qu'il affronte et assume le désagrément plutôt que de paniquer.
- en cas de besoins, le guider ainsi que ses parents vers l'utilisation d'autres stratégies d'approche, telles que les techniques comportementales, cognitives ou de communication plus poussées (Pasini et Haynal, 1992).

4.3.1.5.2.2.3. A éviter

Deux choses sont à éviter lorsqu'on veut transmettre un message à l'enfant :

- les **messages trop implicites** qui laissent place à l'interprétation. Dans ce but, on peut s'assurer que le message a été correctement compris en lui demandant de le résumer à la fin du rendez-vous (Bourassa, 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004).
- les **messages parallèles**, car il est très difficile, même pour un adulte, de communiquer efficacement et simultanément avec deux personnes. Lorsque la communication est établie, la transmission verbale doit venir d'une seule direction : si le praticien parle à l'enfant, l'assistante et les parents doivent se taire s'ils sont présents et inversement (Jasmin et Couton-Mazet, 1979 ; Bourassa, 1998).

4.3.1.6. Renforcer

4.3.1.6.1. Terminologie

Par abus de langage, le terme de renforcement a pris dans notre profession une signification qui diffère légèrement de la définition que nous avons déjà donnée, dans le sens où elle combine à la fois les notions de renforcement et de punition telles qu'elles sont définies par les comportementalistes. Le renforcement désigne alors aussi bien les mesures qui visent à maintenir ou augmenter les comportements souhaités (définition propre du renforcement), que celles qui visent à faire disparaître les comportements indésirables (définition de la punition). Il est considéré positif quand le praticien félicite ou récompense l'enfant pour sa bonne conduite (définition propre du renforcement positif), il est considéré négatif quand le praticien ignore (définition de la méthode d'extinction) ou réprimande (définition de la punition positive) une attitude perturbatrice (Bourassa, 1998).

4.3.1.6.2. Application concrète

Le renforcement positif est essentiel à l'apprentissage des comportements nouveaux et au maintien des comportements existants. Il doit être mis en oeuvre lorsque l'enfant s'est bien conduit, a amélioré son comportement ou tout simplement a fait preuve de bonne volonté pendant la séance. Son application permet également de susciter chez l'enfant une sensation de fierté, d'avoir été « un grand ». Ce sentiment d'être fort est important car il chasse petit à petit la peur du chirurgien-dentiste et de ce fait, rend envisageables les soins dentaires qui sont nécessaires (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998). Cette méthode, qui découle de la psychologie comportementale, fait clairement appel à la communication. Certains procédés qui ont fait leurs preuves restent d'actualité (Dajean-Trutaud et coll., 1998) :

- les **félicitations**.

Tout au long de la visite et chaque fois que l'enfant en a besoin ou le mérite, le praticien doit s'efforcer de le soutenir, l'encourager, le féliciter d'une manière précise. Il peut lui dire qu'il est sage, grand ou bien gentil par exemple, qu'il a de belles dents, qu'elles sont propres et qu'il se les brosse déjà bien, qu'il a admirablement accompli la tâche qui lui était dédiée et qu'il nous a beaucoup aidé pendant le soin, etc (Jasmin et Couton-Mazet, 1979 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Exprimer sa satisfaction ou souligner positivement un comportement agréable ne sont pas des attentions superflues, leur efficacité en matière de modification comportementale est largement prouvée (Théry-Hugly et Todorova, 1998).

- le **contact physique**.

Ce type de renforcement positif est très sécurisant. Il ne faut pas avoir peur de l'employer, notamment au début de chaque rencontre, mais aussi chaque fois que l'enfant a besoin d'être rassuré ou encouragé au cours du soin (Bourassa, 1998).

- le **renforcement par la récompense**.

Le moyen le plus classique consiste à offrir au petit un *cadeau* qui doit être approprié à son âge, ses goûts et intérêts si on veut obtenir un renforcement efficace.

Cependant, il ne faut pas que ceci soit perçu comme un élément de marchandage. Si l'enfant se sent « soudoyé », il va être lui aussi tenté d'utiliser la manipulation. La gratification doit toujours rester l'équivalent d'un éloge. Pour ce faire, l'éventualité d'un présent ne doit pas être évoquée trop tôt et le praticien doit vraiment récompenser son jeune patient en se montrant réjoui du bon travail qu'ils ont accompli ensemble (Bourassa, 1998 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998).

- le **système du « tableau d'honneur »**.

Dans ce cas, la récompense consiste en un *tableau d'honneur* où l'enfant peut voir sa photo, son prénom ou un dessin qu'on lui a précédemment demandé de faire pour le chirurgien-dentiste et son personnel. Ce tableau doit être bien en vue en salle de soins par exemple et modifié chaque jour en fonction des enfants qui ont rendez-vous. En plus d'agir en tant que renforcement positif, ce procédé personnalise la relation qui se crée avec l'enfant et met un peu de chaleur humaine dans notre profession, encore souvent perçue comme particulièrement technique (Bourassa, 1998).

4.3.1.7. Réévaluer

Dans l'esprit de l'approche ouverte, le praticien doit en permanence tenter d'obtenir et de conserver la confiance et la coopération de l'enfant. N'oublions pas que rien n'est jamais complètement acquis avec les enfants (Bourassa, 1998). Ceci passe par une évaluation constante du niveau de développement acquis par l'enfant, de son niveau d'anxiété, de son degré de coopération et de la relation qu'il a réussie à établir avec lui. C'est grâce à ces remises en questions perpétuelles qu'il parvient à moduler son approche en fonction de l'évolution de l'enfant (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).

4.3.2. Qualités requises du praticien

Une pratique de la pédodontie couronnée de succès nécessite de la part du praticien certaines qualités et aptitudes. Parmi celles-ci, nous retiendrons particulièrement:

-1- L'empathie

Pour adapter son approche à chacun de ses petits patients, le praticien doit parvenir à comprendre l'expérience que l'enfant est en train de vivre lors de la visite dentaire. Pour cela, il doit réussir à se mettre à sa place (Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004). De plus, chaque personne a tendance à percevoir favorablement ceux et celles qui pensent comme elle. Pour ces deux raisons, le chirurgien-dentiste doit être capable de faire preuve d'empathie envers ses petits patients (Bourassa, 1998).

L'empathie est l'attitude médicale idéalement souhaitable face à tout patient qui ressent un état émotionnel pénible, exprime une plainte ou de l'inquiétude ou a des difficultés à s'exprimer (Théry-Hugly et Todorova, 1998). Elle donne l'exacte mesure de la distance qui permet d'intervenir dans les meilleures conditions. Contrairement à la sympathie, elle ne distrait pas le praticien de la rigueur qu'exige la technique et ne déborde jamais de la relation qui reste avant tout thérapeutique. D'une manière générale, plus la partie technique du traitement est complexe ou décisive, plus le patient nécessite un accompagnement empathique de la part de son praticien (Ruel-Kellerman, 1989).

L'empathie comporte deux dimensions :

- une **dimension affective** : c'est la faculté de s'identifier au patient, de ressentir ce qu'il ressent, de saisir son vécu tel qu'il le ressent et l'exprime, en se positionnant dans son univers propre. Cela revient à être proche émotionnellement de son patient qui se pose des questions ou souffre, tout en gardant une distance suffisante pour préserver une relation thérapeutique efficace.
- une **dimension cognitive** : c'est la faculté de saisir intuitivement la signification de ce que le patient éprouve, à partir du déchiffrement de ses messages verbaux et non verbaux et de lui montrer qu'on a compris ces émotions exprimées de façon implicite (Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).

L'empathie présuppose donc des capacités d'observation, d'écoute, d'évaluation et d'ajustement, mais aussi de vigilance, de sensibilité et d'efficacité du fait du peu de temps dont le praticien dispose en général (Ruel-Kellerman, 1989 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Le praticien doit en effet être capable :

- d'entendre ce que l'enfant lui transmet à travers les distorsions fréquentes de son message et de le comprendre non selon son propre schéma de référence, mais selon celui de l'enfant.
- d'en dégager le sens grâce à la reformulation, la clarification et le résumé du message, mais aussi grâce à l'écoute active du jeune.
- d'exprimer ouvertement cette empathie à l'enfant, en lui faisant part de la compréhension qu'il a eue de son message. Le discours doit être adapté à la personnalité de l'enfant et non stéréotypé (Bourassa, 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998).

-2- L'authenticité

Le praticien se doit d'être authentique lorsqu'il communique avec les enfants, que ce soit sur un mode verbal ou infraverbal, et plus particulièrement lorsqu'il leur donne des explications :

- du réalisme, un parler et des gestes vrais, un regard franc, un sourire et une voix encourageants sont des égards attendus à la fois par l'enfant et les

parents. Le praticien doit être à l'aise avec lui-même et avec son petit patient (Ruel-Kellerman, 1989 ; Dajeau-Trutaud et coll., 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

- écouter au-delà de la demande de soins suppose que le praticien accorde à l'enfant le droit d'être informé, de choisir, voire de dire « non » (Ruel-Kellerman, 1989 ; Dajeau-Trutaud et coll., 1998 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Ceci devrait permettre de responsabiliser l'enfant par rapport à ce qui lui arrive et d'en faire, à ce titre, un véritable interlocuteur (Ruel-Kellerman, 1989 ; Dajeau-Trutaud et coll., 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

-3- Le respect

Le respect est une attitude générale de considération et d'estime envers l'autre. Il est primordial à la qualité de toute relation interpersonnelle, car :

- l'être humain est investi d'une dignité et d'une valeur quels que soient ses comportements.
- chaque individu a la capacité (parfois peu développée) de faire des choix constructifs.
- chaque personne est responsable de sa vie et a le droit légitime de prendre ses propres décisions la concernant.

Ceci est également valable pour la relation que le chirurgien-dentiste devra établir avec chacun de ses jeunes patients. Le respect implique de sa part de :

- savoir écouter l'enfant.
- ne pas porter de jugement critique envers lui.
- faire preuve d'empathie et d'authenticité.
- avoir une attitude chaleureuse, perceptible à travers les moyens de communication non verbale.
- renforcer ses actions positives et non les négatives (Bourassa, 1998).

-4- L'affirmation de soi

S'affirmer consiste à adopter une attitude qui n'est ni passive, ni agressive. Celle-ci est caractérisée par :

- une aptitude à livrer le plus directement ses pensées et ses sentiments afin d'agir dans ses propres intérêts et de faire respecter ses droits, tout en tenant compte et respectant ceux des autres.
- une capacité à poursuivre son objectif.

C'est le comportement le plus confortable émotionnellement et le plus efficace relationnellement. Il est indispensable que le praticien sache faire preuve d'un tempérament affirmé dans certaines situations, s'il souhaite garder l'estime et la confiance de l'enfant et de ses parents (Théry-Hugly et Todorova, 1998). C'est notamment le cas lorsqu'il doit refuser les demandes abusives (Ruel-Kellerman, 1989 ;

Théry-Hugly et Todorova, 1998) ou répondre aux critiques de certains parents. Ce sont également ces situations où il est le plus difficile de s'affirmer (Théry-Hugly et Todorova, 1998).

-5- La capacité à sortir de sa position de maîtrise et de savoir

En effet, une position qui privilégie l'acte pourrait exclure le sujet. Pouvoir en sortir doit aider le praticien à se convaincre que la personne à qui il délivre ses soins est un sujet à part entière et pas seulement un objet de soins. Ceci doit toutefois être relativisé dans les situations d'urgence qui nécessitent une intervention rapide et efficace (Dajean-Trutaud, Fraysse et Guihard, 1998).

-6- De grandes qualités relationnelles (Ruel-Kellerman, 1989)

Une capacité à communiquer d'une manière claire, non intimidante et compréhensible pour les enfants est un atout primordial (Widmer, 2002). L'odontologiste doit également faire preuve d'une réelle disponibilité d'écoute à l'égard de son petit patient, afin de déceler sa personnalité profonde. Ceci est d'autant plus vrai lors des premières consultations (Dajean-Trutaud et coll., 1998). Savoir féliciter un enfant est primordial, c'est à la base du renforcement positif. Inversement, savoir répondre à un compliment de l'enfant ou de ses parents est aussi important car cela revient en quelque sorte à accepter un cadeau de leur part. Le praticien qui ne sait pas recevoir d'éloges de ses patients risque en effet de s'orienter vers une attitude de défense et de rejet, ce qui peut le dévaloriser aux yeux de ses patients (Théry-Hugly et Todorova, 1998).

-7- La maîtrise de soi

Le praticien étant sans cesse confronté au syndrome d'*odontophobie*, il doit être capable de gérer non seulement son propre stress, mais aussi celui de son patient. Ceci nécessite un effort supplémentaire de maîtrise de soi (Pasini et Haynal, 1992).

-8- L'aptitude à travailler confortablement et habilement avec les enfants

Le calme du praticien, la maîtrise et la sûreté de ses gestes sont indispensables à la confiance, à la sérénité et au bien-être du jeune au cours des soins (Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Widmer, 2002).

→ La règle générale du comportement du chirurgien-dentiste est donc :

- pour les enfants, « **douceur et fermeté** » : il doit en effet être capable de faire preuve à la fois de fermeté et de délicatesse dans sa manière de communiquer avec son petit patient. Ceci est indispensable à la mise en place d'une relation de qualité. S'il a du mal à s'exprimer fermement avec un enfant qui est difficile à canaliser par exemple, il doit ensuite prendre le temps de lui parler doucement, gentiment, paisiblement une fois la coopération obtenue (Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Jung, 2003).
- pour les adolescents, « **considération et fermeté** » : cela consiste à les amener à s'affirmer et s'exprimer à travers le dialogue tout en respectant les règles du

cabinet et les impératifs du traitement. La reconnaissance de leurs besoins et désirs, l'établissement du planning de soins avec eux en fonction de leur agenda et quelquefois le vouvoiement constituent des attentions qui aident aussi à les apprivoiser car elles correspondent à leur mode de fonctionnement. C'est ainsi que la corvée du rendez-vous obligatoire chez le chirurgien-dentiste peut devenir pour eux une source d'intérêt et d'enrichissement personnel (Théry-Hugly et Todorova, 1998). Par l'authenticité de sa démarche empathique et de son attitude d'écoute et de compréhension, le praticien peut constituer un modèle d'identification pour l'adolescent (Ruel-Kellerman, 1989).

4.3.3. Deux modèles ayant fait leurs preuves

4.3.3.1. Le « tell-show-do » ou « dire-montrer-faire »

Cette méthode, mise au point en 1959 par le pédodontiste américain Addelston, est issue de la pédagogie « béhavioriste » encore appelée comportementaliste (Bourassa, 1998 ; Weilenmann et Egli-Bernd, 2004). Avec la méthode de préexposition, que nous avons déjà présentée, elle est à la base de la *technique de désensibilisation* (Dajean-Trutaud et coll., 1998). Elle est probablement la méthode la plus utilisée pour aider les patients qui sont anxieux à l'égard des soins dentaires (Bourassa, 1998 ; Chadwick, 2002 ; Weilenmann et Egli-Bernd, 2004).

4.3.3.1.1. Objectifs

Le « tell-show-do » a pour but principal de supprimer l'incertitude liée à l'inconnu et par conséquent l'éventuelle anxiété qui s'ensuit. Les conditions deviennent alors favorables à l'établissement de la communication (Bourassa, 1998).

Cette méthode permet également de susciter et de maintenir l'intérêt et la curiosité de l'enfant à l'égard des procédés dentaires durant tout le traitement (Ruel-Kellerman, 1989 ; Bourassa, 1998). La relation thérapeutique a alors toutes les chances d'être constructive.

→ Les éléments nécessaires à l'obtention d'une relation de confiance sont donc réunis (Bourassa, 1998).

Il semble important de rappeler à ce sujet que l'enfant en phase pré-opératoire, donc de moins de 6-7 ans, comprend la démarche opérationnelle du « tell-show-do » de façon différente par rapport à un adulte ou un enfant plus âgé qui est capable de pensée concrète et logique. Le petit la comprend essentiellement sur le plan émotionnel et non en tant que préparation au traitement. L'effet en reste cependant identique (Weilenmann et Egli-Bernd, 2004).

4.3.3.1.2. Principe

Le « tell-show-do » consiste à préparer l'enfant à l'expérience du soin à travers les cinq sens en lui montrant l'instrumentation et lui expliquant chaque geste : le praticien doit lui faire comprendre pourquoi il faut réaliser telle manipulation, pourquoi il opère de telle façon, avec quels instruments il travaille et de quelle manière (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000 ; Newton et coll., 2003). Trois étapes sont proposées :

- « **dire** » : c'est l'étape de l'explication du traitement (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001). Un enfant est plus

apte à comprendre, donc à mieux se comporter si on le motive et lui explique le pourquoi et le comment de l'acte thérapeutique (Jasmin et Couton-Mazet, 1979). L'enfant doit donc être renseigné sur tout ce dont il va faire l'expérience pendant le soin. Ceci concerne aussi bien les goûts, les bruits, les odeurs que ce qu'il peut voir (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Comme nous l'avons déjà expliqué, le discours doit être simple, rassurant et adapté à l'âge, au degré de maturité, aux capacités de compréhension de l'enfant (Bourassa, 1991 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001 ; Newton et coll., 2003), ainsi qu'à sa curiosité (Ruel-Kellerman, 1989). Il faut là aussi éviter les explications susceptibles d'engendrer de l'anxiété chez l'enfant. Si l'intervention prévue est longue et complexe, mieux vaut fragmenter l'information et s'en tenir aux éléments principaux. On évite ainsi de submerger l'enfant de renseignements, ce qui risquerait de lui conférer un sentiment d'insécurité. Là aussi, il faut être réaliste, clair et honnête avec l'enfant au sujet de ce qu'il peut ressentir au cours du soin, que ce soit plaisant ou douloureux (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

- « **montrer** » : les instruments et les produits qui vont être utilisés sont présentés à l'enfant au travers des cinq sens (Bourassa, 1991 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001). Il peut les regarder attentivement, écouter leur bruit lors du fonctionnement. Il est conseillé de le laisser les toucher pour l'aider à apprivoiser la nouveauté. Pour un pansement provisoire à base d'eugénol, nous pouvons proposer à l'enfant de le sentir, voire de le goûter. Une démonstration de l'acte qui va avoir lieu est réalisée avec un instrument moins anxiogène que celui qui sera réellement employé, de préférence sur un objet inanimé plutôt que sur sa personne, pour éviter d'alerter ses mécanismes de défense (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000 ; Newton et coll., 2003).
- « **faire** » : c'est l'étape du traitement proprement dit, qui doit succéder le plus rapidement et être le plus fidèle possible aux étapes précédentes (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001 ; Newton et coll., 2003). Chaque explication extérieure doit en effet être suivie d'une expérience kinesthésique en bouche très brève afin d'argumenter les propos précédents (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000). L'acte doit se dérouler et durer exactement comme il a été expliqué et démontré auparavant. En effet, toute divergence ou incohérence est susceptible d'aboutir à une perte de confiance du petit patient envers son praticien (Bourassa, 1991 ; Bourassa, 1998). Rappelons que l'acte indolore est le meilleur garant du bon déroulement de la suite des événements thérapeutiques. Si une douleur est prévisible, le praticien doit agir le plus rapidement possible mais sans brusquerie afin de la réduire au minimum. Il peut être judicieux de proposer à l'enfant un miroir grâce auquel il peut suivre le traitement, ce qui permet de satisfaire sa curiosité en plus de le rassurer. Ceci est toutefois réservé à l'examen bucco-dentaire et aux traitements mineurs (non chirurgicaux et n'occasionnant pas de saignements), après l'anesthésie si elle est nécessaire (Bourassa, 1991 ; Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998).

4.3.3.1.3. Indications et contre-indications

Cette approche semble surtout efficace chez les enfants qui présentent une **anxiété légère à modérée**. Elle peut être combinée à d'autres méthodes : l'utilisation préalable de la technique de préexposition semble potentialiser son efficacité par exemple, leur utilisation concomitante favorisant la *désensibilisation* de l'enfant.

En revanche, elle est déconseillée avec les enfants très anxieux, pour qui voir et savoir comment se déroulent les soins peuvent être des facteurs aggravants de l'anxiété (Bourassa, 1998).

4.3.3.1.4. Avantages et inconvénients

Le « tell-show-do » est une méthode facile à mettre en pratique (Weilenmann et Egli-Bernd, 2004), applicable à tout âge (Dajeau-Trutaud et coll., 1998) et qui n'altère pas l'état de conscience de l'enfant contrairement à la narcose, le protoxyde d'azote et l'hypnose par exemple (Weilenmann et Egli-Bernd, 2004). Comme la préexposition, elle aide l'enfant à réduire, voire vaincre ses peurs « du dentiste », des soins, de la douleur et/ou de l'inconnu (Dajeau-Trutaud, Fraysse et Guihard, 1998).

Elle semble toutefois ne pas être très efficace dans bien des cas, notamment à partir d'un certain niveau d'anxiété. Une bonne évaluation préalable de l'anxiété de l'enfant est donc indispensable (Weilenmann et Egli-Bernd, 2004).

4.3.3.1.5. Conclusion

Le « tell-show-do » est une approche classique, qui reste efficace à condition que son indication soit correctement posée. Comme la préexposition et le renforcement, elle fait appel aux principes de la communication verbale et non verbale (Dajeau-Trutaud et coll., 1998 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001). Elle s'impose donc à ce titre pour tout praticien qui souhaite avoir une approche ouverte de ses jeunes patients (Dajeau-Trutaud et coll., 1998).

4.3.3.2. Le contrat de soins

La participation et la responsabilité de l'enfant sont à prendre en compte quel que soit son âge et chaque fois que cela est possible. C'est dans ce cadre que le contrat de soins prend tout son intérêt et son importance (Dajeau-Trutaud et coll., 1998).

4.3.3.2.1. Objectifs

Le contrat de soins est essentiellement proposé à l'enfant dans le but d'obtenir sa collaboration. Il constitue la base minimale à l'instauration du traitement dentaire dans de bonnes conditions.

Cette approche permet également au jeune de se sentir associé au projet et de reconnaître le chirurgien-dentiste comme un vrai interlocuteur. En effet, celui-ci doit pouvoir, par ce biais, lui faire sentir qu'il ne lui impose aucun comportement, mais qu'au contraire, il conçoit pleinement sa vision personnelle de l'expérience dentaire. Cet abord suppose que le praticien soit capable d'empathie (Dajeau-Trutaud et coll., 1998).

4.3.3.2.2. Principe

4.3.3.2.2.1. Protagonistes du contrat

Le contrat est établi entre le praticien et l'enfant qui est un partenaire à part entière : sa responsabilité est prise en compte. Les parents peuvent y être associés (Dajean-Trutaud et coll., 1998).

4.3.3.2.2.2. Clauses du contrat

Le contrat prend la forme d'une « demande-promesse », dans laquelle les parties en cause sont concernées de façon réciproque et se doivent de tenir leurs engagements :

- l'**enfant nécessite** des soins dentaires.
 - Le *praticien s'engage* à réaliser un soin acceptable sur le plan odontologique, ce qui relève de sa maîtrise et de son savoir, ainsi que sur le plan humain, ce qui relève de son éthique et de la place qu'il laisse à la parole dans son acte.
- pour aboutir à la réalisation et à la pérennité de son traitement, le **praticien** est à son tour amené à **formuler des demandes** qui peuvent être partielles (Dajean-Trutaud et coll., 1998) : entrer en salle de soins, monter sur le fauteuil, ouvrir la bouche, suivre ses conseils d'hygiène, etc.
 - Elles impliquent en retour des *promesses de l'enfant* qui supposent son accord : tout acte doit donc être expliqué et décidé d'un commun accord.

Les promesses doivent être tenues. Elles engagent :

- le praticien qui se doit de mener à terme le traitement qu'il a entrepris, dans la limite de ce qui a été décidé avec l'enfant.
- l'enfant qui se doit de collaborer et de suivre les conseils de son chirurgien-dentiste. Il est ainsi reconnu jusque dans la responsabilité de sa parole. Il n'est plus passif mais pleinement actif au sein de la relation thérapeutique (Ruel-Kellerman, 1989 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998).

Le contrat est scellé par un « oui » les yeux dans les yeux (Dajean-Trutaud et coll., 1998).

Lorsque l'enfant est jeune, les parents peuvent être associés au contrat et s'engagent alors à l'amener à l'heure à ses rendez-vous et à s'assurer de l'observance de son traitement en cas de prescription médicale. Un petit n'est en effet pas capable d'assumer seul ces responsabilités (Ruel-Kellerman, 1989 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998).

4.3.3.2.2.3. Mise en pratique

Un moyen efficace pour le chirurgien-dentiste d'acquiescer et de conserver la confiance et la collaboration de l'enfant consiste à lui faire comprendre qu'ensemble, ils forment une équipe et qu'au même titre que le praticien, il a un rôle à jouer dans son traitement (Bourassa, 1998). Même si une certaine immobilité de l'enfant est souhaitable au cours du soin, des petites

tâches peuvent lui être confiées et le praticien peut se mettre d'accord avec lui sur un signal non verbal, comme un geste de la main par exemple, pour qu'il arrête son travail. En permettant à l'enfant de se manifester en cas de douleurs, de questions, d'inquiétude, il lui offre ainsi une possibilité d'échappement et donc un **contrôle sur le soin** (Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998 ; Chadwick, 2002 ; Ackley, 2003). En observant la consigne, le praticien lui permet de s'exprimer et peut prendre en compte ses doléances et ses remarques. L'enfant se sentant écouté lui fait alors confiance (Bourassa, 1998). De plus, il semble que le fait de donner à l'enfant une possibilité de contrôle sur le soin l'aide à se sentir capable de surmonter la situation (Chadwick, 2002 ; Ackley, 2003) et réduise les réactions sympathicomimétiques liées à l'anxiété (Pasini et Haynal, 1992). Le fait de l'occuper en lui confiant quelque chose à faire semble accroître également sa sensation de contrôle (Ackley, 2003).

Par contre, si l'enfant abuse de cette liberté, il faut éviter de passer outre sa demande (Bourassa, 1998 ; Chadwick, 2002), de le réprimander ou de le culpabiliser. Nous avons déjà expliqué les inconvénients de la punition positive ou négative et leurs répercussions sur le développement de l'enfant. Il vaut mieux dans ce cas encourager l'enfant à s'efforcer de ne pas interrompre le travail, en lui expliquant que le traitement risque d'être beaucoup plus long si le chirurgien-dentiste doit s'arrêter trop souvent (Bourassa, 1998).

Les bons comportements, quant à eux, sont à **renforcer positivement**, en les valorisant par exemple ou en offrant un temps de repos à l'enfant en récompense (Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trudaud, Fraysse et Guihard, 1998).

4.3.3.2.2.4. Evolution du contrat

Même si un contrat de ce type peut, en principe, être proposé de l'âge de 3 ans à l'adolescence, les termes employés doivent être adaptés aux étapes de l'évolution de l'enfant : on ne s'adresse en effet pas de la même façon à un jeune enfant qu'à un adolescent. Chaque étape doit permettre d'avancer dans le traitement : la difficulté du soin et le temps de travail sont augmentés progressivement. Le clinicien doit toutefois veiller à n'initier que ce que l'enfant est capable d'accepter.

Au début de la séance, le contrat mis au point entre l'enfant et le praticien à la fin du rendez-vous précédent est rappelé. Au cours du soin, le praticien doit toujours garder à l'esprit qu'il est non seulement important de dire ce qui doit être fait, mais également de faire ce qui a été dit. En fin de séance, un bilan est fait conjointement et le contrat qui sera valable la prochaine fois est établi.

Selon les cas, les parents peuvent être informés de l'évolution du contrat ou bien il est préférable de conserver une certaine confidentialité concernant l'engagement (Dajeau-Trudaud et coll., 1998).

Nous retiendrons de cette seconde partie que l'expérience dentaire représente pour l'enfant une agression potentielle du fait de la douleur qui y est souvent associée (étroitement liée à la peur d'avoir mal ou donc à l'anxiété, celle-ci est à considérer à la fois comme une souffrance sur le plan physique et psychique dont on admet le caractère incontestablement subjectif), de l'incertitude qui découle de la nouveauté de la situation et des sentiments d'impuissance et d'insécurité qui émanent du contexte. L'enfant étant dépourvu des outils cognitifs et psychoaffectifs qui permettent de supporter de telles agressions, on comprend aisément qu'il ait fréquemment des difficultés à surmonter l'expérience dentaire. Il en résulte de la peur et de l'anxiété, états émotionnels qui s'acquièrent par conditionnement direct (expérience antérieure négative) et indirect (influence de l'entourage, notamment anxiété maternelle), se traduisent par un sentiment profond d'inquiétude (l'enfant appréhende l'arrivée possible d'un événement négatif devant lequel il ne peut pas réagir) et ont une forte incidence sur le comportement.

En odontologie pédiatrique, la relation thérapeutique, dont les trois pôles sont interdépendants et indissociables, doit être fondée sur le respect mutuel et la confiance. Une participation conjointe au plan de traitement et le dialogue semble être la meilleure stratégie pour apaiser les peurs de l'enfant. De la réussite de la première rencontre dépend le succès des séances suivantes, mais aussi la bonne santé bucco-dentaire et l'attitude générale de l'enfant à l'égard de la chirurgie-dentaire. L'approche actuellement préconisée en odontologie pédiatrique est basée sur la reconnaissance de chaque petit patient dans sa dimension de sujet, l'empathie, l'écoute, la confiance réciproque, la participation de l'enfant à ses propres soins et donc la coopération. L'enfant doit être bien préparé à sa visite et accueilli dans un environnement dentaire dénué de toute agressivité. Il convient de faire connaissance avec lui afin d'optimiser la communication. La prévention de l'anxiété et de la douleur, le renforcement positif et la réévaluation de la relation sont également importants. Le « Tell-Show-Do » et le contrat de soins sont deux bons exemples de ce type d'approche. Dans tous les cas, douceur, fermeté et considération sont les mots d'ordre à respecter !

Malgré toutes ces attentions, le praticien peut se retrouver face à un enfant dont le comportement entrave le bon déroulement des soins. Cette conduite peut être la conséquence d'une anxiété ou de douleurs ressenties par l'enfant et/ou de son tempérament : il développe en effet des stratégies comportementales de défense en réaction à l'objet de sa peur ou de sa douleur. Ceci va être l'objet de la troisième partie de notre thèse. Après avoir établi une classification de la coopération de l'enfant en fonction de son comportement, nous aborderons de quelle manière une évaluation psychologique de l'enfant peut être menée afin d'affiner les connaissances que nous avons de notre petit patient sur les plans comportemental et psycho-affectif. Ceci est en effet indispensable pour celui qui souhaite aborder correctement les enfants qui lui posent « problème ». Nous proposerons alors des moyens faisant appel au verbal et au non-verbal, qui peuvent être utilisés pour aider l'enfant à faire face à la situation et/ou améliorer son comportement.

PARTIE 3 : COMMENT LE NON-VERBAL ET LE VERBAL PEUVENT-ILS NOUS AIDER A AMELIORER NOTRE APPROCHE DE L'ENFANT ?

1. Coopération de l'enfant au cabinet dentaire

1.1. Définition

La coopération se définit comme une action commune de deux individus ou plus, efficace du fait de la communication qu'ils ont établie entre eux (Pinkham, 1995). Nous avons expliqué que l'objectif que doit atteindre l'odontologiste avec chacun de ses petits patients s'il souhaite réussir sa prise en charge thérapeutique est l'*alliance* ou *complicité thérapeutique* (Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Basée sur une relation de compréhension et de participation mutuelle et réciproque entre l'enfant et son praticien, elle n'est envisageable que si la coopération du jeune est suffisante. (Pasini et Haynal, 1992). Celle-ci repose sur sa capacité à faire face au traitement dentaire qui résulte de deux facteurs :

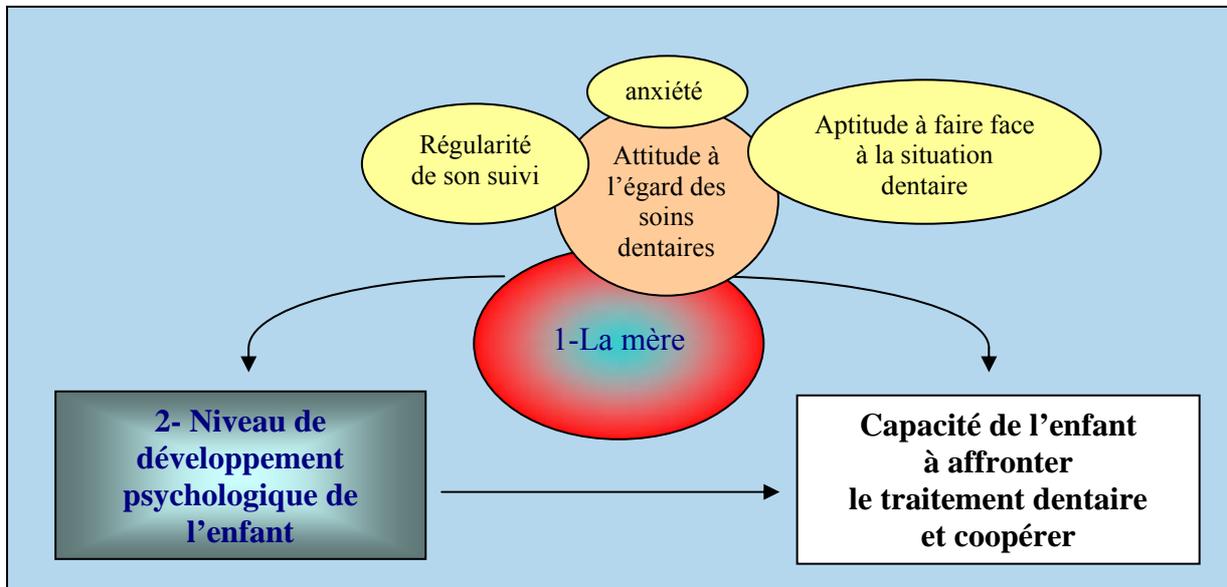


Figure 16 : Facteurs influençant la coopération de l'enfant au cabinet dentaire d'après Corkey et Freeman, (1994).

L'absence de coopération correspond à l'impossibilité de faire face à une situation, elle se traduit par un comportement négatif observable qui rend le traitement difficile, voire impossible. En outre, il conduit souvent le praticien à modifier son plan de traitement, au risque de compromettre son succès, ce qui occasionne un stress personnel supplémentaire (Skaret, 2004).

1.2. Facteurs étiologiques du manque de coopération

1.2.1. Facteurs propres à l'enfant

Le comportement de l'enfant résulte d'une combinaison complexe de déterminants congénitaux et acquis (Sheskin et coll., 1982).

1.2.1.1. Peur et anxiété

Parmi les facteurs qui influencent la coopération de l'enfant, l'anxiété est le plus important (Sheskin et coll., 1982 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001 ; Skaret, 2004). Déterminant acquis du comportement, elle découle essentiellement des expériences médicales et dentaires antérieures de l'enfant, de l'anxiété maternelle et autres attitudes familiales (Sheskin et coll., 1982 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001). Ayant largement abordé ce problème en deuxième partie de notre travail, nous ne nous y attarderons pas. Soulignons simplement qu'il est souvent difficile d'apprécier dans quelle mesure la peur et l'anxiété sont responsables du manque de coopération du petit patient (Skaret, 2004).

1.2.1.2. Personnalité

Deux personnalités particulières pouvant être rencontrées chez l'enfant sont susceptibles de favoriser un manque de coopération.

1.2.1.2.1. « Incapacité à surmonter » ou « impuissance apprise »

Il est difficile pour l'enfant qui se sent **impuissant** de s'efforcer à trouver en lui les ressources psychologiques nécessaires pour mener à bien la visite dentaire. Il en va de même pour les enfants qui ont une tellement **faible estime d'eux-mêmes** qu'ils ne peuvent affronter les défis de la vie qu'en se disant qu'ils sont incapables de les surmonter. Ces enfants se sont en fait auto-convaincus qu'ils étaient incapables d'affronter des situations nouvelles ou inhabituelles. Il en découle une attitude apathique qui est souvent la seule stratégie qu'ils ont réussie à mettre au point pour obtenir ce qu'ils veulent et se soustraire à ce qu'ils ne veulent pas faire dans le cadre familial. Elle doit évoquer au chirurgien-dentiste une mauvaise conduite prévisible au cabinet dentaire (Selingman, 1991 ; Pinkham, 1995 ; Bourassa, 1998).

1.2.1.2.2. Enfant « manipulateur »

Certains enfants adoptent envers leurs parents des attitudes, parfois très subtiles, qui traduisent un profond désir d'attention de leur part. Certains sont violents envers les autres enfants alors que d'autres ne participent pas aux activités de récréation à l'école. Certains mettent un temps fou à finir leur assiette à table alors que d'autres se plaignent du menu du repas, etc. Ils cherchent de cette manière à acquérir une sorte de « contrôle social » sur leurs parents. Y parvenir leur confère un sentiment démesuré de supériorité et une haute estime d'eux-mêmes. Ces enfants, que Pasini et Haynal (1992) définissent comme les « rebelles » ou « enfants roi », sont susceptibles d'appliquer cette même stratégie au cabinet dentaire puisqu'elle fonctionne à la maison : c'est ainsi qu'un caprice ou autre comportement peut constituer une solution pour mettre fin à la consultation à leurs yeux. Dans ce cas, le comportement n'est pas orienté vers le chirurgien-dentiste « clinicien-professionnel de santé », mais vers le chirurgien-dentiste « adulte-figure d'autorité » qu'ils cherchent à manipuler ! (Pinkham, 1995)

1.2.1.3. Circonstances de la vie

1.2.1.3.1. Maladie et autres traumatismes de la vie

Un enfant atteint d'une maladie chronique peut présenter des problèmes comportementaux si ses parents réagissent à sa maladie en cessant, sans logique particulière, toute récompense ou punition. Ce problème peut se rencontrer aussi chez les enfants dont les parents sont en train de se séparer ou divorcer, chez les enfants qui viennent de perdre un être cher (y compris les animaux domestiques), chez les enfants qui viennent tout juste de faire l'expérience de l'arrivée d'un petit frère ou d'une petite sœur et chez les enfants qui ont quitté un environnement qui leur était familier du fait d'un déménagement familial. Dans ces situations, les parents peuvent par pitié, compassion ou culpabilité, être amenés à faire preuve d'une plus grande indulgence à l'égard de l'enfant et à assouplir leurs principes et leurs exigences en matière d'éducation. Néanmoins, tous les enfants ont besoin et ce, qu'ils aient des problèmes ou pas, de lignes de conduite, de limites et de réactions de leurs parents à leurs agissements pour pouvoir se développer correctement sur le plan comportemental (Pinkham, 1995).

1.2.1.3.2. Pauvreté

Outre les difficultés d'accès aux soins, il semble que les enfants issus de classes sociales défavorisées aient une aptitude à coopérer avec les adultes qui soit moindre par rapport aux autres enfants. Ceci s'avère encore plus tangible lorsque les adultes sont autoritaires et exigent de l'obéissance.

Leurs capacités à apprendre et à communiquer sont également affectées, ce qui complique la gestion de leur comportement par le chirurgien-dentiste (celle-ci faisant entre autre appel à des principes de communication).

En outre, la situation dentaire exige que l'enfant soit capable de développer des stratégies pour la surmonter et réduire son anxiété, ainsi que de faire confiance aux directives et au soutien du chirurgien-dentiste dans l'accomplissement de cette tâche. La santé mentale et affective de cette catégorie d'enfants étant perturbée par rapport aux enfants de classes plus aisées, des réactions défavorables à l'expérience dentaire sont à prévoir (Pinkham, 1995).

1.2.1.3.3. Négligence et maltraitance

La négligence regroupe une multitude de comportements inappropriés de la part des parents qui vont du manque d'assistance à l'égard des besoins médicaux et dentaires du petit, jusqu'à son abandon sans surveillance pendant une longue période dans des circonstances menaçantes. La maltraitance peut être quant à elle physique et/ou sexuelle et/ou affective.

A l'exception des enfants extrêmement négligés sur le plan médical et dentaire, la plupart des enfants négligés et maltraités ont l'air « normaux » : ils peuvent très bien être issus d'une « bonne famille » ou être très joliment habillés par exemple, ils peuvent aussi être de bons petits patients, etc. Ces mêmes patients peuvent malgré cela réagir avec une anxiété anormale et surprenante à une particularité du praticien qu'ils ont également identifiée chez leur agresseur (praticien du même sexe que l'agresseur par exemple). Emotionnellement perturbés, ils peuvent aussi trouver difficile la rigueur que requiert une consultation dentaire. Toujours est-il qu'il n'existe pas de comportement typique de l'enfant maltraité et d'ordinaire, celui-ci n'est pas du genre à se plaindre spontanément de sa condition. C'est pourquoi la négligence et

surtout la maltraitance sont difficiles à détecter. Le phénomène étant très répandu, les chirurgiens-dentistes qui soignent des enfants risquent d'y être confrontés un jour ou l'autre au cours de leur carrière. Ils se doivent donc d'être vigilants quand la mauvaise conduite d'un enfant au cabinet dentaire semble incohérente ou aberrante. Evidemment, toute suspicion implique la responsabilité du praticien concernant le signalement aux autorités compétentes (Pinkham, 1995).

1.2.2. Facteurs propres aux parents

Les parents ont un rôle important sur la façon dont leur enfant se comporte en situation dentaire. Même sans forcément être anxiogène pour l'enfant, l'anxiété parentale agit en effet sur son humeur et sa coopération au cours du traitement dentaire (Pinkham, 1995).

Un manque de coopération peut également être la répercussion d'une préparation inadéquate de l'enfant à sa première visite ou d'un problème d'éducation (American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001). A ce sujet, il semble que les parents contemporains aient tendance à adopter une attitude préfigurative dans leur façon d'élever leurs enfants. Cela se traduit par le fait que les parents ne se basent sur aucune sorte de tradition culturelle concernant ce qu'ils doivent attendre de leurs enfants et ne prédéterminent aucune stratégie d'éducation particulière. Leurs enfants n'ont par conséquent pas l'habitude de devoir répondre aux demandes des adultes. Une coopération correcte de l'enfant au cabinet dentaire suppose que ses réponses soient appropriées aux demandes raisonnables du praticien. L'enfant « préfiguratif » n'étant pas familiarisé avec ce mode de fonctionnement, il n'est pas disposé à adhérer au contrat de soin que lui propose son chirurgien-dentiste (Pinkham, 1995).

1.2.3. Facteurs propres au chirurgien-dentiste

Contrairement aux idées reçues, la coopération de l'enfant au cabinet dentaire ne dépend pas uniquement de facteurs qui sont propres à l'enfant, mais aussi du praticien lui-même. Ses compétences en matière de communication et de soutien de l'enfant jouent un rôle considérable à ce sujet. En effet, il semble que les praticiens qui maîtrisent une gamme de techniques de « management » comportemental diversifiée aient une majorité de petits patients qui coopèrent. Ceux dont les compétences et le répertoire sont plus limités s'avèrent à l'inverse plus souvent confrontés à la non coopération (Pinkham, 1995).

1.3. Degrés de coopération

Nous avons choisi de classer les degrés de coopération de l'enfant en nous inspirant de la classification proposée par McDonald et Avery (1983). Celle-ci distingue :

- l'enfant qui coopère.
- l'enfant qui n'est pas capable de coopérer.
- l'enfant qui a le potentiel de coopérer (McDonald et Avery, 1983 ; Cunha et coll, 2003).

Sur le même principe, nous différencierons :

- l'enfant coopérant.
- l'enfant non-coopérant, dont la maîtrise requiert une sérieuse implication de la part du praticien, ainsi qu'une approche plus complexe et plus subtile.
- « l'accidenté » de la vie, qui nécessite une approche prudente et prévenante à la fois si l'on veut éviter d'en faire un non-coopérant.

1.3.1. Enfant coopérant

Comme l'ont défini Pasini et Haynal (1992), l'enfant coopérant est celui qui accepte apparemment le traitement dentaire sans aucun problème et a une confiance absolue envers son chirurgien-dentiste. Cette attitude, souhaitable chez tous les enfants, ne veut pas dire pour autant que le praticien puisse « tout » lui faire en toute insouciance. N'oublions pas la composante émotionnelle qui intervient inévitablement dans toute consultation dentaire ! Cet enfant qui coopère peut donc au même titre que le non-coopérant vivre l'expérience dentaire sous le stress et/ou la douleur (Pasini et Haynal, 1992). De nombreux patients parviennent en effet à coopérer malgré leur peur ou anxiété. Il est important de savoir reconnaître ses « anxieux-coopérants » qui ne manifestent pas de manière franche leur peur car leur coopération leur demande un effort qui leur coûte une fatigue sur le plan psychique (Pasini et Haynal, 1992 ; Skaret, 2004). Ils risquent à un moment ou à un autre de décompenser leur stress. De plus, une anxiété dentaire n'étant pas prise en charge dès le début du traitement dentaire risque de s'aggraver et de devenir plus accablante pour l'enfant (Do, 2004).

1.3.2. Enfant non-coopérant

1.3.2.1. « Handicapé » dentaire

Un comportement non-coopérant peut être lié à l'anxiété ou la peur de l'expérience dentaire, ainsi qu'à la douleur d'origine dentaire que peut ressentir l'enfant. Celles-ci peuvent en effet non seulement perturber l'enfant sur le plan émotionnel, mais aussi affecter son attitude et ses agissements. Le comportement ainsi troublé constitue en fait une réponse adaptative qui, étant inadaptée, risque de renforcer le sentiment déjà pénible de l'enfant (Pinkham, 1995 ; Dajeau-Trutaud et coll., 1998 ; Deville de Perrière et coll, 2001).

1.3.2.2. Non-coopérant par nature : l'enfant difficile

Un comportement non-coopérant concerne également les enfants dits « difficiles ». Cette dénomination regroupe généralement les enfants dont le tempérament entrave le bon déroulement du soin, voire l'empêche (Harper et D'Alessandro, 2004). On distingue ainsi :

- les enfants de nature peureuse ou atteints d'anxiété caractérielle (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004).
- les enfants d'un tempérament renfermé, colérique ou hostile (Harper et D'Alessandro, 2004).

- les enfants incapables de surmonter des situations qui sortent de l'ordinaire du fait d'un sentiment d'impuissance apprise ou d'une faible estime d'eux-mêmes. Notons que l'estime de soi est souvent affectée chez les enfants négligés ou maltraités et ceux issus de familles à problèmes ou défavorisées.
- les enfants « préfiguratifs », qui n'ont pas les repères nécessaires pour se comporter correctement au cabinet dentaire (Pinkham, 1995 ; Harper et D'Alessandro, 2004).
- les enfants qui ont besoin d'affirmer leur personnalité ou ont des problèmes relationnels avec leurs parents, notamment les « manipulateurs » et les capricieux (Pasini et Haynal, 1992 ; Pinkham, 1995 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004).
- les enfants hyperactifs (Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

Ils peuvent montrer de la résistance et poser problème, dans des situations spécifiques uniquement ou suite à des demandes particulières (Harper et D'Alessandro, 2004).

1.3.3. « Accidenté » de la vie

C'est l'enfant que les circonstances de la vie n'ont pas épargné, à savoir :

- l'enfant négligé ou maltraité.
- le malade chronique.
- l'enfant qui a fait l'expérience d'un drame familial (séparation des parents, divorce, décès, etc).
- l'enfant issu d'une famille défavorisée (Pinkham, 1995).
- l'enfant qui présente un retard de développement et l'handicapé physique ou mental qui constituent, eux-aussi, un challenge pour le chirurgien-dentiste (Pinkham, 1995 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Nous ne les aborderons toutefois pas dans le cadre de notre thèse.

Cet enfant que la vie n'a pas toujours aidé ne mérite pas d'être considéré comme non-coopérant. Même si l'expérience dentaire risque d'être difficile à surmonter pour lui et même si ses réactions à la situation risquent d'être défavorables et plus complexes à contrôler par le praticien, le défaut de coopération n'est pas constant. En tous cas, il n'est pas propre au caractère de l'enfant. Il est plutôt à considérer comme acquis, découlant des circonstances (Pinkham, 1995). Il est donc potentiellement plus facile à prendre en charge (McDonald et Avery, 1983 ; Cunha et coll, 2003).

2. Evaluation psychologique de l'enfant

Le praticien doit être capable d'évaluer avec précision le niveau de développement et les attitudes dentaires de l'enfant afin de pouvoir prévoir ses réactions au traitement et à l'approche qu'il aura choisie (American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001). Dans ce but, une évaluation psychologique va lui permettre d'affiner les connaissances qu'il a de son petit patient sur les plans comportemental et affectif à la fois. Elle consiste donc en :

- une évaluation cognitivo-comportementale de l'enfant, qui permet au clinicien d'estimer ses capacités de coopération.
- une appréciation de son substrat émotionnel, qui lui permet d'affiner ses connaissances en ce qui concerne la personnalité de l'enfant et son vécu de la situation (Bourassa, 1998 ; Widmer, 2002 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

2.1. Comportement de l'enfant au cabinet dentaire

2.1.1. Intérêts de cette évaluation

L'évaluation proprement dite de la coopération (ou non-coopération) de l'enfant au cabinet dentaire, basée sur l'observation de critères comportementaux essentiellement non verbaux, a pour principal objectif de situer l'enfant sur une échelle de gravité, ce qui est indispensable si l'on souhaite poser les bonnes indications en ce qui concerne les méthodes de prise en charge du trouble comportemental (Frankl et coll., 1962; Jasmin et Couton-Mazet, 1979). L'estimation préliminaire du potentiel de l'enfant à coopérer est, elle aussi, intéressante du point de vue de l'approche de l'enfant car elle permet :

- d'anticiper les réactions possibles de l'enfant, donc de ne pas en être surpris et de s'y adapter rapidement. La connaissance des facteurs à l'origine de son trouble comportemental aide à ce sujet le praticien à décider d'une stratégie adaptée (Pinkham, 1995).
- de distinguer une conduite non coopérante coutumière d'une perturbation ponctuelle du comportement due à l'anxiété qui découle de la situation, auquel cas l'enfant est à aborder de la même manière qu'un anxieux (Widmer, 2002 ; Harper, D'Alessandro, 2004).
- de définir le « coping style » ou style comportemental de l'enfant, c'est-à-dire sa manière d'affronter la situation dentaire et les moyens qu'il est susceptible de mettre en œuvre pour y faire face. Selon sa typologie, il est en effet plus ou moins disposé affectivement à adhérer à telle ou telle méthode d'amélioration de son comportement ou de réduction de son anxiété (Christiano et Russ, 1998).
- d'adopter dès le début de la relation avec l'enfant une approche appropriée. (Pinkham, 1995 ; Christiano et Russ, 1998).

2.1.2. Appréciation préalable

2.1.2.1. Age et sexe de l'enfant

Selon Cunha et coll. (2003), les enfants de moins de 6 mois coopèrent mieux et beaucoup plus fréquemment que ceux âgés de 7 à 30 mois. Ceci peut s'expliquer de deux façons :

- selon la théorie psychanalytique que Freud a développée en 1922, les manipulations au sein de la cavité buccale peuvent constituer une source de plaisir pour le petit qui est en plein stade oral.
- avec l'âge, son développement sur les plans psychologique et moteur conduit à un accroissement de ses interactions avec l'environnement, ce qui se traduit par des manifestations contre les soins dentaires qui, paradoxalement, ne sont pas considérés comme négatifs (Cunha et coll, 2003).

Selon Allen et coll. (2003), ce sont les enfants âgés de 9 ans et plus qui adoptent le plus fréquemment un comportement coopérant au cours des soins dentaires, avec une supériorité des 9-10 ans (71% de comportements positifs) (Allen et coll., 2003). Cela correspond à la période des « opérations concrètes » de Piaget (1954) et à la phase de « latence » de Freud (1923), caractérisées par un comportement relativement stable de l'enfant : il est en effet capable de maîtriser ses réactions émotionnelles et de suivre les consignes du chirurgien-dentiste concernant la façon de se comporter (Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000). En revanche, ce sont les 5-6 ans qui font le moins souvent preuve d'un bon comportement (46% de comportements positifs) (Allen et coll., 2003). Rappelons qu'à cet âge, les enfants sont en plein complexe d'ŒDIPE, période de perturbations sur le plan psycho-affectif au cours de laquelle se faire soigner est ressenti comme une agression, voire une punition, (Freud, 1923 ; Théry-Hugly et Todorova, 1998 ; Weilenmann et Egli-Bernd, 2004). Impulsifs, leur comportement au cabinet dentaire est très changeant, imprévisible (Bourassa, 1998).

Quant au sexe, même si les filles sont généralement plus angoissées à l'égard des soins dentaires que leurs camarades du sexe opposé, il semble qu'elles manifestent moins leur anxiété et fassent plus fréquemment preuve d'un comportement coopérant au cabinet dentaire que les garçons (67% de comportements positifs pour les filles contre 44% de comportements positifs pour les garçons) ! (Rousset et coll., 1997 ; Allen et coll., 2003 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

2.1.2.2. Interrogation des parents

Certains éléments sont particulièrement importants à recueillir lors de l'entretien avec les parents car ils constituent de bons indicateurs du degré de coopération que l'on peut attendre de l'enfant :

- ses expériences dentaires et médicales antérieures (Pasini et Haynal, 1992 ; Corkey et Freeman, 1994 ; Bourassa, 1998 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a ; Harper et D'Alessandro, 2004). Ecouter leur récit des éventuelles expériences dentaires négatives de leur petit peut effectivement être très profitable (Corkey et Freeman, 1994 ; Christiano et Russ, 1998).
- son comportement général, ainsi que face aux soins dentaires et médicaux (Anastasio, 2000).

En fait, le comportement de l'enfant en dehors du cabinet dentaire, tel que les parents peuvent le rapporter au praticien, ne présage en aucun cas du comportement qu'il est susceptible d'avoir au sein du cabinet dentaire. Une discordance entre le comportement habituel de l'enfant et son attitude en situation dentaire peut par contre être la conséquence et donc le signe d'une anxiété situationnelle (Allen et coll., 2003). Ce sont plutôt les **données fournies par les parents concernant leur propre comportement** (Corkey et Freeman, 1994 ; Allen et coll., 2003) et les **relations qu'ils entretiennent avec leur enfant** qui sont intéressantes en terme de prévisibilité du comportement de l'enfant. Ceux-ci ont effectivement un impact significatif sur la réponse de leur petit au traitement dentaire. Allen et coll. (2003) ont ainsi proposé un « profil parental à risque » : les parents qui fixent peu de limites et cèdent à leur enfant, partagent les responsabilités en matière d'éducation, se considèrent « cool » **et** sont émotionnellement soutenus dans cette approche, sont plus enclins à voir leur enfant adopter un comportement perturbateur au cabinet dentaire. Des études complémentaires confirmant ces résultats sont cependant nécessaires avant de pouvoir les exploiter en toute confiance. En attendant, nous devons donc éviter de généraliser la situation et nous contenter de considérer les enfants de ce type de parents comme potentiellement non-coopérants (Allen et coll., 2003).

2.1.2.3. Observation de l'enfant

Observer l'enfant, notamment lorsqu'il est dans la salle d'attente, renseigne le praticien sur son style comportemental. Il peut ainsi distinguer :

- ceux qui ont plutôt tendance à être activement à la recherche d'informations afin de se préparer à un événement stressant, appelés « sensitizers ».
- ceux qui ont tendance à éviter ce type d'informations et se focalisent plutôt sur des pensées sans relation avec l'évènement stressant imminent, appelés « repressors ».

Il semble toutefois que la façon dont l'enfant joue, que ce soit son enthousiasme à accomplir cette activité, l'imagination dont il fait preuve ou les sentiments qu'il exprime à travers le jeu, ne puisse pas être corrélée avec son style comportemental. Ceci semble être dû au fait que l'imminence de l'évènement stressant atténue l'extériorisation de l'affect, voire empêche l'enfant de mener à terme son activité de jeu (Christiano et Russ, 1998).

2.1.3. Evaluation per-opérateur

2.1.3.1. Echelles d'évaluation du comportement

2.1.3.1.1. Frankl Rating Scale

Cet outil développé par Frankl et coll. (1962) est le moyen d'évaluation le plus connu et le plus utilisé. Sa grande fiabilité a été maintes fois démontrée. En effet, selon une étude de Allen et coll. (2003), les observations directes du comportement de l'enfant effectuées par les praticiens sont significatives et les résultats qui en découlent semblent refléter les disparités réelles concernant le comportement de l'enfant (Frankl et coll., 1962 ; Jasmin et Couton-Mazet, 1979 ; Allen et coll., 2003). D'inspiration caractérologique, cet outil compile un certain nombre de traits pour établir une échelle de 4 catégories (Frankl et coll., 1962 ; Jasmin et Couton-Mazet, 1979).

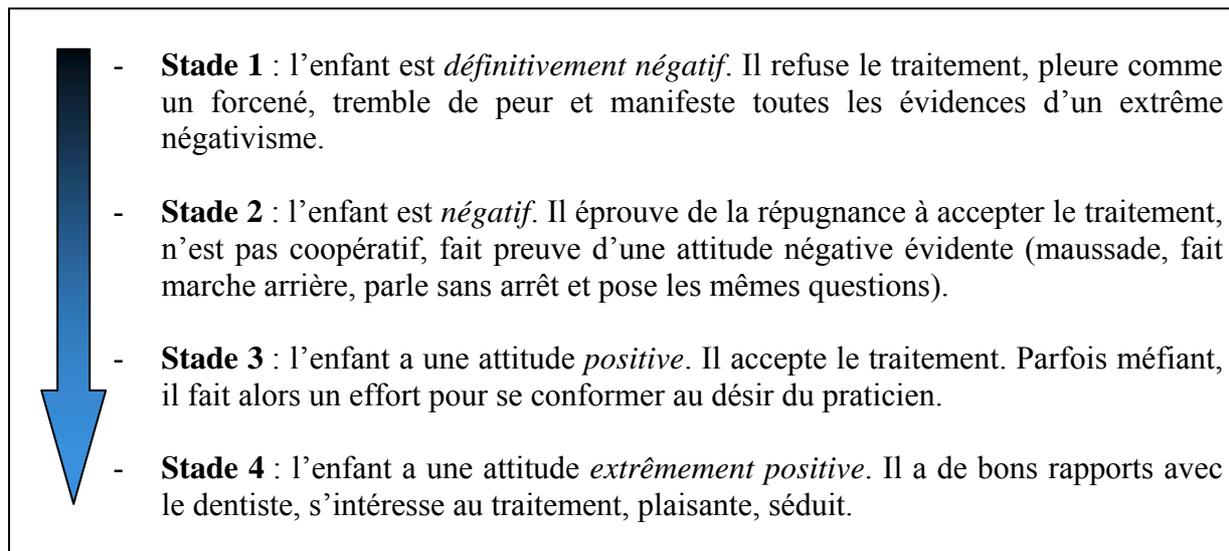


Figure 17 : Présentation du Frankl Rating Scale, d'après Frankl, Shiere et Fogels (1962) et Jasmin et Couton-Mazet (1979).

Cette échelle, qui n'élucide pas pour autant le problème de la personnalité de l'enfant permet au praticien de classer subjectivement le comportement de ses petits patients au cours du traitement dentaire (Frankl et coll., 1962 ; Jasmin et Couton-Mazet, 1979 ; Allen et coll., 2003).

2.1.3.1.2. Venham's Clinical Ratings (Modified)

Selon une étude de Veerkamp et coll. (1995), le chirurgien-dentiste semble capable de déterminer efficacement le niveau d'angoisse de l'enfant à partir de l'observation de son comportement. Cela nécessite tout de même un calibrage correct et une certaine expérience de la part du praticien (Veerkamp et coll., 1995 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a). Dans ce but a été proposée l'utilisation d'un indice d'évaluation qui dérive de celui développé par Venham en 1977 : le Venham's Clinical Ratings (Modified) of anxiety and cooperative behavior, que voici :

- **score 0** : l'enfant est *détendu*, souriant, plein de bonne volonté et capable de discuter. Il adopte le comportement souhaité par le chirurgien-dentiste, spontanément ou dès qu'on le lui demande. Les conditions de travail sont les meilleures possibles.
- **score 1** : l'enfant est *mal à l'aise*, préoccupé. Son regard est direct mais son expression faciale est crispée et sa ventilation est parfois retenue. Il observe furtivement l'environnement mais s'appuie spontanément sur le dossier du fauteuil. Ses mains restent basses ou partiellement levées, particulièrement lorsqu'il veut signaler son malaise. Pendant une intervention stressante, il est susceptible de protester, brièvement et calmement, afin de faire part de son inconfort à l'équipe dentaire. L'enfant reste plein de bonne volonté, est capable de dire ce qu'il ressent et de se comporter comme on le lui a demandé : il est apte à coopérer correctement lors du traitement.
- **score 2** : l'enfant est *tendu*. Le ton de sa voix, ses questions et ses réponses reflètent l'anxiété, il multiplie les demandes d'information. Il s'appuie

spontanément au dossier mais la tête et le cou restent tendus. Au cours d'une intervention stressante, il peut protester verbalement de manière plus gênante, discrètement pleurer, crisper ses mains aux accoudoirs et les lever, mais sans que cela n'interfère beaucoup avec le traitement. Son regard est direct et il accepte le « main-dans-la-main ». Il interprète la situation avec une exactitude raisonnable, continue de s'efforcer à surmonter son anxiété et obéit toujours aux demandes de coopération de son chirurgien-dentiste : la continuité du soin n'est pas perturbée.

- **score 3** : l'enfant est *réticent* à accepter le traitement et a des difficultés à évaluer la menace que constitue la situation. Il s'appuie au dossier après plusieurs sollicitations, son cou et sa tête sont tendus, ses mains crispées, son regard parfois fuyant. Il gigote et a quelques mouvements d'évitement mais accepte toujours le « main-dans-la-main ». Il soupire souvent, proteste énergiquement (soit bien avant que la menace ne survienne, soit de manière disproportionnée par rapport à la menace réelle), voire pleure ou utilise ses mains pour essayer de mettre fin à l'intervention. L'enfant affronte la situation avec beaucoup de réticences : la séance de traitement se déroule avec difficultés.
- **score 4** : l'enfant est *très perturbé*, l'anxiété interfère avec son aptitude à évaluer la situation. Sa crispation est importante, ses sourcils froncés, son regard fuyant, ses yeux peuvent être volontairement fermés. Il pleure sans relation avec le traitement et a des mouvements d'évitement et/ou de contorsion brusques qui nécessitent parfois une restriction physique. Il pose ses mains sur sa bouche ou sur le bras du chirurgien-dentiste mais finit par le laisser faire, serre les lèvres mais finit par garder la bouche ouverte. Il soulève fréquemment sa tête du dossier, rejette le contact corporel mais peut encore accepter le « main-dans-la-main ». Il peut être abordé au moyen de la communication verbale et éventuellement finir par s'efforcer d'essayer de se maîtriser, ce qui suppose toutefois un gros effort de sa part et ne se fait pas sans réticences : les protestations perturbent régulièrement l'intervention.
- **score 5** : l'enfant est *complètement déconnecté* de la réalité de la menace. Il pleure fortement à grands cris, hurle, voire émet des injures. Il se débat, agite violemment la tête et rejette le contact corporel. Il est agressif, ferme la bouche et serre les dents. Il est incapable d'établir une communication verbale ou visuelle ou même simplement d'écouter le chirurgien-dentiste. Quel que soit son âge, il régresse vers des réponses primitives de fuite en s'évertuant activement à s'échapper : une restriction physique est nécessaire à la réalisation du traitement.

(Veerkamp et coll, 1995 ; Ten Berge et coll., 1999)

Les enfants qui présentent un score entre 0 et 3 sont à considérer comme relativement peu anxieux ou peu apeurés. Un score de 4 ou 5 est caractéristique d'enfants très anxieux ou très apeurés (Ten Berge et coll., 1999).

Ce système d'évaluation ne peut bien évidemment pas être utilisé avant le soin : c'est un outil d'évaluation per-opératoire du comportement de l'enfant au cabinet dentaire (Veerkamp et coll, 1995 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

2.1.3.1.3. Chez l'enfant de moins de 3 ans

Cunha et coll. (2003) proposent une classification qui correspond à une adaptation de l'échelle comportementale élaborée par Walter (1996). Basée sur l'observation du comportement du petit enfant, elle distingue :

- les « **collaborateurs** » : ce sont les enfants qui ne pleurent pas lorsqu'ils sont mis dans les bras du praticien et qui n'essaient pas d'empêcher l'exécution des procédures. Ils réagissent au contraire favorablement et se comportent normalement lorsqu'ils sont installés dans le fauteuil, sans manifester de peur à l'égard de ce qui est nouveau.
- les « **non-collaborateurs** » : ce sont ceux qui pleurent lorsqu'ils sont placés dans les bras de l'opérateur ou installés dans le fauteuil, qui gardent la bouche fermée au moment de l'examen et tentent d'empêcher la procédure avec leurs mains (Cunha et coll, 2003).

2.1.3.2. Autres critères

Certains critères utilisés dans des échelles d'évaluation du comportement durant les soins dentaires, comme le Behavior Profile Rating Scale, le Houpt Scale ou le Global Rating Scale par exemple, peuvent quant à eux constituer de bons indices d'un comportement perturbé. Ce sont en autres :

- les mouvements corporels (tentatives de déplacer les instruments, coups de pieds, etc) : le caractère non-coopérant est d'autant plus fort que les mouvements nécessitent une restriction, voire même obligent un arrêt temporaire du traitement.
- le refus d'ouvrir la bouche et la désobéissance aux instructions.
- les plaintes, gémissements, pleurs et cris.
- le niveau d'éveil, de vigilance.
- le niveau d'anxiété.
- la répercussion du comportement sur l'aboutissement du traitement en matière d'échec ou de réussite, etc.

(Hosey et Blinkhorn, 1995 ; Christiano et Russ, 1998 ; Allen et coll., 2003)

2.2. Appréciation du vécu émotionnel et affectif de l'enfant

2.2.1. Anxiété de l'enfant au cabinet dentaire

2.2.1.1. Intérêts d'une évaluation de l'anxiété

L'anxiété de l'enfant à l'égard des soins dentaires étant subjective, elle constitue une source de difficultés à la fois pour le chirurgien-dentiste et son petit patient : celui-ci a en effet du mal à identifier des stratégies pour faire face au sentiment de menace qu'il ressent. Elle est

tellement courante qu'elle pourrait presque être considérée comme normale ! C'est pourquoi il est judicieux de la part du praticien d'adopter chez tous ses patients une approche visant à réduire l'anxiété dès le départ, comme celle que nous avons proposée en seconde partie de notre thèse. Ceci doit lui permettre de limiter le nombre de ses jeunes patients qui développent effectivement de l'anxiété au cours du traitement. Malheureusement, cela ne permet pas d'y remédier chez tous les enfants (Chadwick, 2002). Il est donc indispensable que le praticien soit capable d'identifier précocement les signes d'angoisse afin de pouvoir proposer de manière appropriée aux anxieux « rebelles » les techniques qui peuvent les aider à gérer leur stress (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a). Cette prise en charge de la peur est un préalable indispensable au commencement des soins. Ceci suppose un diagnostic et une mesure efficace du niveau d'anxiété de l'enfant (Skaret, 2004).

2.2.1.2. Diagnostic de l'anxiété chez l'enfant

Celui-ci consiste à recueillir les symptômes physiques et à observer les réponses comportementales et cognitives caractéristiques de l'anxiété chez l'enfant (Skaret, 2004).

2.2.1.2.1. Recueil des symptômes physiques

Il passe par le recueil des signes vitaux du « patient à risque » afin de connaître son niveau de base et de pouvoir apprécier l'évolution de l'activité autonome au cours du soin (Bourassa, 1998). Le pouls et la fréquence respiratoire semblent représentatifs du niveau d'anxiété de l'enfant. En outre, plusieurs caractéristiques physiologiques peuvent venir compléter ces données :

- la pression sanguine apparente et les palpitations.
- la couleur de la peau.
- l'affluence du sang dans les veines des mains, des avant-bras et du cou.
- la chaleur et le niveau de sudation.
- le tonus musculaire.
- la difficulté d'élocution, signe d'une gorge sèche et serrée (Bourassa, 1998 ; Chadwick, 2002).

L'observation et un simple contact tactile suffisent alors (Bourassa, 1998). Cette évaluation physiologique de l'anxiété reste cependant rarement utilisée au cabinet dentaire (Chadwick, 2002).

2.2.1.2.2. Observation des réponses comportementales

N'ayant pas appris à dissimuler ses émotions, l'enfant manifeste ouvertement son anxiété (Chadwick, 2002). Ce langage corporel est, lui aussi, très significatif. Hormis les pleurs ou les cris, un enfant apeuré présente généralement un comportement reconnaissable :

- son attitude est contractée (Thery-Hugly et Todorova, 1998).
- il respire profondément pour essayer de contrôler ses autres symptômes (Chadwick, 2002).
- il est replié sur lui-même, coincé contre un mur ou caché derrière un parent.

- il baisse le visage, fronce les sourcils, mordille sa lèvre, fait des grimaces, resserre ses mains.
- il dévie le regard ou bien fixe étrangement quelque chose.
- il est agité ou bien complètement inerte, bavarde à l'extrême ou est muet de peur (Thery-Hugly et Todorova, 1998).
- il demande à faire tous les soins en une fois pour diminuer le nombre de visites, etc (Chadwick, 2002).

Même l'adolescent angoissé retrouve en partie dans son comportement ce langage non verbal infantin (Thery-Hugly et Todorova, 1998).

2.2.1.2.3. Observation des réponses cognitives

Les réponses cognitives à l'anxiété sont aussi à rechercher :

- difficulté à se concentrer.
- difficulté à utiliser sa mémoire.
- attention exacerbée envers tout ce qui se passe en salle de soins, réaction exagérée aux bruits ou autres sensations.
- imagination du scénario le plus pessimiste, etc (Chadwick, 2002).

2.2.1.3. Outils d'évaluation de l'anxiété chez l'enfant

L'évaluation de l'anxiété de l'enfant à l'égard des soins dentaires est particulièrement délicate. Le petit apprécie et analyse en effet difficilement ses sentiments. L'utilisation d'une technique indirecte, par laquelle le praticien observe l'enfant, semble donc adaptée. Certains questionnaires sont toutefois applicables avec fiabilité chez nos jeunes patients (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

2.2.1.3.1. Recueil d'informations lors de l'entretien

Le but de cette démarche est de déterminer, avant le traitement, si l'enfant est « à risque » (Bourassa, 1998) :

- lors du recueil des antécédents généraux auprès des parents, il est intéressant de se renseigner sur l'apparition d'éventuels états d'anxiété, expériences désagréables, traumatismes ou phobies dans le passé médical et dentaire de l'enfant, sur sa façon de les affronter, mais aussi sur d'éventuelles réactions physiologiques importantes à d'autres moments stressants de sa vie (Slovin, 1997 ; Bourassa, 1998 ; Chadwick, 2002).
- lorsqu'il s'entretient avec le petit, le praticien doit être attentif à son langage corporel, que ce soit ses gestes, son comportement ou ses manifestations physiologiques, de manière à se faire une idée de son niveau d'activation (Slovin,

1997 ; Bourassa, 1998). Le discours de l'enfant le renseigne sur la relation qu'il entretient avec le monde dentaire en général, sur la façon dont il perçoit la situation et sur la part émotionnelle qui entre en jeu (Bourassa, 1998). Le praticien doit en outre s'efforcer d'encourager le jeune à parler, de manière à entamer le processus de confiance et de confiance indispensable au succès du traitement (Slovin, 1997).

Les éléments de la communication verbale et non verbale entre l'enfant et le praticien, en association avec les données parentales, doivent donc aider le praticien à apprécier quel événement risque de constituer un facteur de stress pour l'enfant et d'occasionner des séquelles (Slovin, 1997 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Ce moyen d'évaluation indirecte, basé sur l'observation des réponses comportementales, peut s'avérer très pratique, notamment chez les petits enfants qui peuvent avoir des difficultés à remplir des questionnaires (Chadwick, 2002).

2.2.1.3.2. Questionnaires relatifs à l'angoisse des soins dentaires chez l'enfant

Les outils d'auto-évaluation que nous allons présenter sont avant tout utilisés à des fins de recherche, mais ils peuvent aussi être employés par le chirurgien-dentiste pour obtenir des indications relatives au niveau de peur/anxiété d'un enfant particulier (Skaret, 2004). Leur utilisation va en effet lui permettre d'approfondir son estimation, notamment de quantifier l'anxiété et/ou de préciser le type de peur, voire d'établir une hiérarchie des stimuli pouvant être anxiogènes pour l'enfant (pré-requis indispensable à la mise en application de la technique de *désensibilisation systématique*) (Slovin, 1997 ; Levitt et coll., 2000 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a). Différents systèmes sont envisageables selon l'âge de l'enfant (Slovin, 1997 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

2.2.1.3.2.1. Jeunes enfants

2.2.1.3.2.1.1. The Venham Picture Scale ou Venham Picture Test

Cet outil consiste à présenter à l'enfant 8 couples d'images représentant chacun un enfant serein et un enfant anxieux. Pour chaque couple, le petit doit indiquer le dessin qui correspond le mieux à ce qu'il ressent (Venham, 1979 ; Aartman et coll, 1998 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

Le score de l'enfant représente le nombre de fois où il choisit l'enfant anxieux, il varie donc de 0 à 8.

Cet outil, facile et rapide à mettre en œuvre, semble particulièrement convenir aux jeunes enfants. Sa validité (corrélation avec les autres moyens de mesure) semble modérée à majeure, sa fiabilité reste cependant à confirmer (Aartman et coll, 1998). Utilisé avant le début du traitement, il donne au praticien une idée de l'angoisse de situation ou de l'état d'anxiété de l'enfant et permet de distinguer les enfants anxieux de ceux qui ne le sont pas (Venham, 1979 ; Aartman et coll, 1998 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

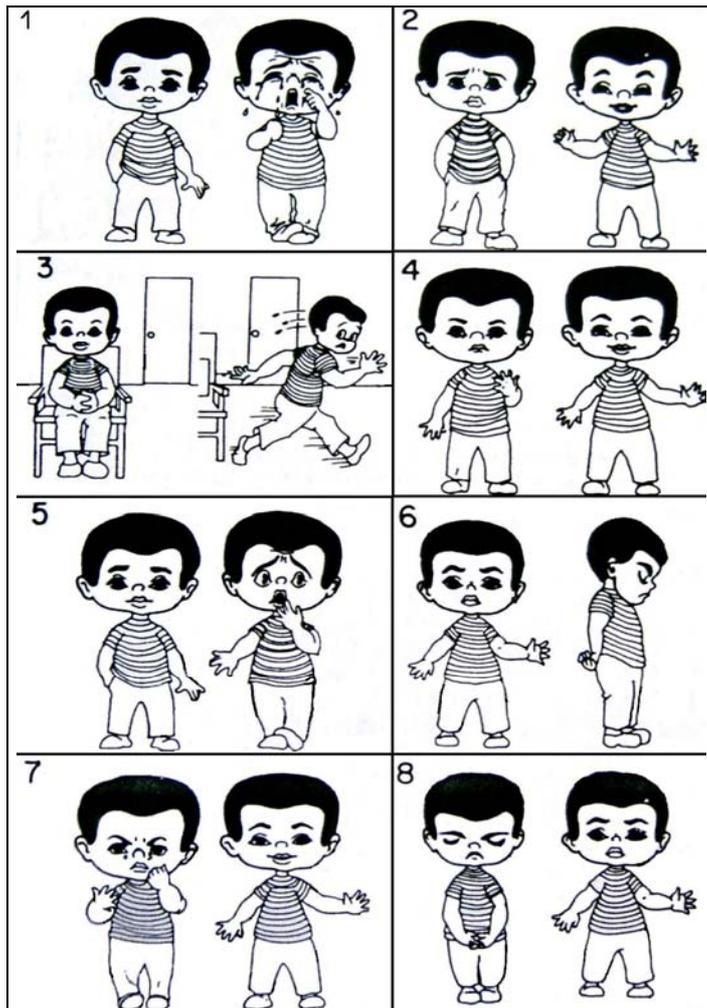


Figure 18 : Présentation du Venham Picture Test.

Venham L : The effects of mother's presence on child's response to dental treatment.
ASDC J Dent Child 1979;46(3):219-25.

2.2.1.3.2.1.2. The Facial Image Scale

Ce test développé par Buchanan et Niven (2002) consiste à présenter à l'enfant, dans la salle d'attente, 5 images représentant des figures dont l'expression va de *joyeux* à *très malheureux* et à lui demander quelle figure lui correspond le mieux. Il doit être réalisé en dehors de toute influence parentale.

Là-aussi, le but est d'évaluer l'angoisse de situation avant le traitement dentaire. La corrélation entre le Facial Image Scale et le Venham Picture Test est d'ailleurs excellente (Buchanan et Niven, 2002 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

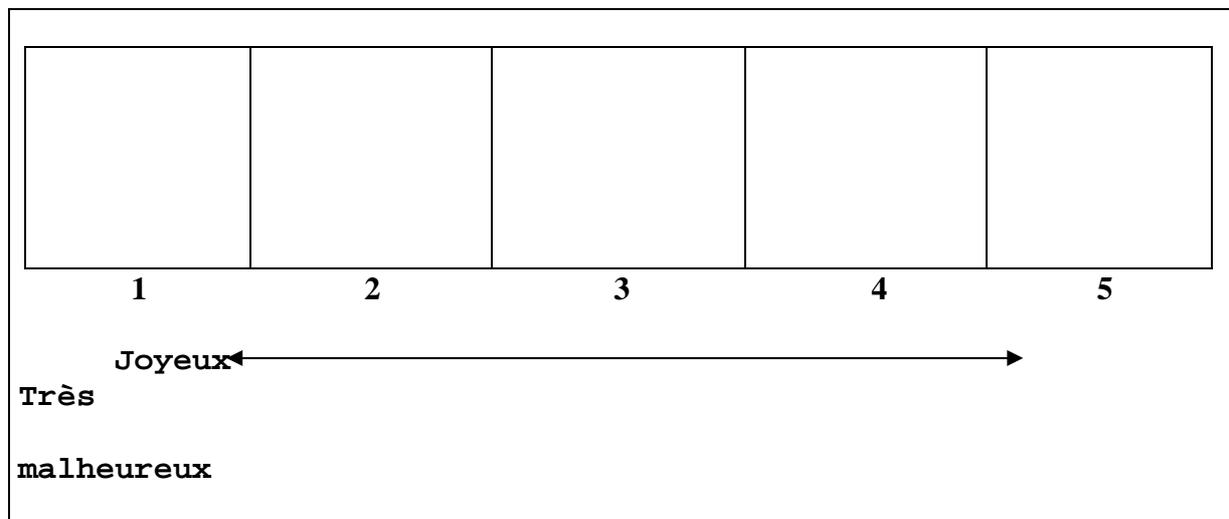


Figure 19 : Présentation du Facial Image Scale, d’après Vinckier et Vansteenkiste (2003a).

2.2.1.3.2.2. Enfants de plus de 6 ans

Chez les enfants de plus de 6 ans, le Children Fear Survey Schedule Dental Subscale (CFSS-DS), qui mesure l’anxiété caractérielle ou trait d’anxiété, peut être utilisé pour évaluer leur niveau global d’angoisse face aux soins dentaires.

Il consiste en un questionnaire de 15 items, chacun traitant d’un aspect différent de la situation dentaire. Pour chaque item, l’enfant évalue son niveau d’anxiété sur une échelle de 5 points (Scherer et Nakamura, 1968 ; Cuthbert et Melamed, 1982 ; Aartman et coll, 1998 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

Le score total peut varier de 15 à 75. Plusieurs seuils limite ont été proposés. Selon Vinckier et Vansteenkiste (2003a), l’enfant dont le score est supérieur ou égal à 38 est à considérer comme présentant une angoisse prononcée vis-à-vis des soins dentaires (Scherer et Nakamura, 1968 ; Cuthbert et Melamed, 1982 ; Aartman et coll, 1998 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a). La fiabilité et la validité élevées de ce test en font un outil d’auto-évaluation de choix chez l’enfant (Aartman et coll, 1998).

Son utilisation suppose cependant que l’enfant sache lire, de manière à ce qu’il puisse compléter le questionnaire de façon autonome (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a). En effet, même s’il existe une deuxième version destinée à être remplie par les parents lorsque les enfants sont petits, leur assistance pour cette tâche semble influencer les résultats (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a ; Skaret, 2004).

As-tu peur ...?	pas peur du tout	un peu peur	assez peur	très peur	très très peur
	1	2	3	4	5
1. Du dentiste					
2. Du docteur					
3. Des injections ou des piqûres					
4. De faire contrôler tes dents par quelqu'un					
5. De devoir ouvrir la bouche					
6. D'être touché par un docteur étranger					
7. De te faire examiner par un docteur					
8. Du dentiste lorsqu'il fraise					
9. De voir le dentiste en train de fraiser					
10. Du bruit de la fraise					
11. Lorsque quelqu'un introduit des instruments dans ta bouche					
12. D'avalier de travers					
13. De devoir aller à l'hôpital					
14. Des personnes en blouses blanches					
15. Du dentiste lorsqu'il nettoie tes dents					
SCORE					
SCORE TOTAL					

Tableau 3 : Présentation du CFSS-DS, d'après Aartman, Van Everdingen, Hoogstraten et coll, (1998) et Vinckier et Vansteenkiste (2003a).

2.2.1.3.2.3. Adolescents

2.2.1.3.2.3.1. The Adolescents' fear of dental treatment cognitive inventory

Ce questionnaire, dont l'intérêt est d'évaluer les pensées et réflexions du jeune adulte durant les soins dentaires, comporte 23 questions pour lesquelles 5 réponses sont possibles. Elle sont classées en 3 catégories selon leur but :

- évaluer la peur de la douleur.
- évaluer dans quelle mesure le patient a peur d'un jugement négatif de la part de son praticien.
- évaluer si le jeune patient présente une attitude d'évitement.

Le score total peut donc varier de 23 (pas d'angoisse) à 115 (beaucoup d'angoisse). La fiabilité de ce système reste toutefois à déterminer (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

2.2.1.3.2.3.2. The Corah's Dental Anxiety Scale (DAS)

Ce questionnaire, initialement développé pour mesurer l'anxiété et la peur dentaire chez les patients adultes, n'est indiqué que chez les adolescents en pédodontie. Son utilisation chez les enfants plus jeunes nécessite le recours à une version modifiée du fait de la complexité des questions (Corah, 1969 ; Aartman et coll, 1998 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

Il consiste en quatre items concernant les sentiments du jeune dans diverses situations dentaires. Les réponses sont évaluées entre 1 (détendu) et 5 (malade d'inquiétude), avec un score maximum de 20 (Corah, 1969 ; Aartman et coll, 1998 ; Levitt et coll., 2000 ; Chadwick, 2002 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a). Un cinquième item concernant la réponse à l'administration de l'anesthésie locale est parfois ajouté. Le score total varie entre 5 et 25 dans ce cas (Aartman et coll, 1998).

Plus le score total est élevé, plus le jeune est anxieux :

- Pour la version à quatre items, un score inférieur ou égal à 12 traduit une anxiété « légère » ou « modérée » de l'adolescent. Un score supérieur à 12 traduit une anxiété « sévère ».
- Pour la version à cinq items, le seuil est fixé à 15 (Aartman et coll, 1998 ; Levitt et coll., 2000 ; Chadwick, 2002 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

1- Si tu devais aller chez le dentiste demain, comment te sentirais-tu par rapport à ça ?

- J'attendrais avec impatience cette expérience relativement agréable.
- Je m'en moquerais, ça m'est égal.
- Je serais un peu inquiet à ce sujet.
- J'aurais peur que ce soit désagréable et douloureux.
- Je serais très effrayé de ce que le dentiste pourrait me faire.

2- Au cabinet dentaire, quand tu attends ton tour pour passer sur le fauteuil, comment te sens-tu ?

- Détendu.
- Un peu inquiet.
- Tendu.
- Anxieux.
- Tellement anxieux que parfois je commence à avoir des sueurs froides ou me sens presque malade.

3- Quand tu es sur le fauteuil du dentiste et que tu attends qu'il prépare sa fraise pour commencer à travailler sur ta dent, comment te sens-tu ?

(même choix que pour la question 2)

4- Tu es assis dans le fauteuil du dentiste et il doit te détartrer les dents. Pendant que tu attends que le dentiste sorte les instruments qu'il va utiliser pour gratter tes dents autour de la gencive, comment te sens-tu ?

(même choix que pour la question 2)

Document 2 : Présentation de la version originale du Corah's Dental Anxiety Scale, d'après Corah (1969) et Aartman, Van Everdingen, Hoogstraten et coll (1998).

Il semble cependant que le DAS soit moins fiable chez les jeunes que chez l'adulte et que sa corrélation avec les autres systèmes d'évaluation soit faible à modérée, ce qui, pour certains, remet en question la validité de ce questionnaire et son utilisation (Aartman et coll, 1998 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

2.2.1.3.2.4. En résumé

Chez l'enfant de plus de 6 ans, le CFSS-DS est l'outil d'auto-évaluation de l'anxiété dentaire préconisé et le plus fréquemment utilisé. Recouvrant plus d'aspects de la situation dentaire que les autres, il permet en effet d'évaluer plus précisément le niveau d'angoisse (Aartman et coll, 1998 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a ; Skaret, 2004).

Les questionnaires imagés (Venham Picture Test et Facial Image Scale) constituent quant à eux des outils très simples d'appréciation de l'anxiété de situation des petits patients face aux soins dentaires (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a).

→ L'utilisation de telles listes anamnestiques, même si elle n'est pas très répandue, semble être un excellent moyen d'évaluation pré-opératoire pour le praticien. En plus de fournir une mesure approximative et des indications concernant les peurs spécifiques, ces échelles permettent de suivre la façon dont l'anxiété de l'enfant évolue et de vérifier l'efficacité des techniques mises en œuvre pour l'aider à surmonter ce handicap (Vinckier et Vansteenkiste, 2003a ; Chadwick, 2002).

L'existence de questionnaires fiables fait toutefois défaut chez les adolescents. Une technique indirecte d'évaluation est alors préférable pour cette catégorie d'âge (Aartman et coll, 1998 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003a). L'utilisation du Fear Thermometer, Echelle Visuelle Analogique du même type que celle employée pour évaluer la douleur, peut également constituer une bonne alternative dans ce cas. Une seule question est posée à l'enfant : « Place le repère aussi haut que ta peur est grande ». La graduation va alors de 0 « *non anxieux / pas peur* » jusqu'à 10 « *très anxieux / très peur* ». Un score EVA ≥ 7 est considérée comme élevé. Sensible, simple et rapide d'utilisation, ce moyen d'auto-évaluation mesure avec fiabilité les réponses des enfants anxieux au traitement dentaire (Hosey et Blinkhorn, 1995 ; Aartman et coll, 1998 ; Christiano et Russ, 1998 ; Levitt et coll., 2000 ; Skaret, 2004). Il devrait être inclus systématiquement dans les questionnaires de santé selon Skaret (2004). Nous reviendrons plus précisément sur le principe de ce type d'outil lorsque nous aborderons l'échelle visuelle analogique d'évaluation de la douleur.

2.2.2. Douleur de l'enfant au cabinet dentaire

Dès la naissance, l'enfant est susceptible de ressentir la douleur (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000). Les voies et centres corticaux et sous-corticaux nécessaires à sa perception, ainsi que les systèmes neurochimiques associés à sa transmission et sa modulation sont effectivement en place, bien développés et fonctionnels même chez le fœtus (Anand et Hicket, 1987). Il existe des obligations légales et éthiques à soulager cette douleur : « ... Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... » d'après le Code de la Santé Publique (art. L. 1110-5) (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000). La douleur chez les enfants ne peut donc plus être ignorée comme elle l'a été pendant si longtemps (Deville de Perière et coll, 2001).

2.2.2.1. Intérêts d'une évaluation de la douleur

Nous avons déjà expliqué en deuxième partie de notre travail pourquoi la prise en charge de la douleur en pédodontie est incontournable de nos jours. Le praticien qui s'efforce de travailler avec l'enfant dans un climat de confiance est néanmoins confronté à deux types de difficulté à ce sujet :

- l'enfant qui a peur d'avoir mal. Il est à prendre en charge de la même manière qu'un petit patient anxieux, en veillant spécialement à prévenir toute éventuelle douleur, qu'elle soit iatrogène ou post-opératoire.
- l'enfant qui a réellement mal :
 - o soit la douleur constitue son motif de consultation et il doit être soulagé.
 - o soit le geste du praticien est douloureux et celui-ci doit y remédier (Deville de Perière et coll, 2001).

Ce petit patient douloureux est particulièrement délicat à prendre en charge. Rappelons que la douleur ne traduit pas seulement une souffrance sur le plan physique (Dajeau-Trutaud et coll., 1998). Elle comporte une composante cognitivo-affective qui semble intimement liée aux perturbations émotionnelles qui résultent de l'expérience dentaire de l'enfant. Le praticien doit donc prendre en compte la dimension incontestablement subjective de la douleur de son jeune patient et l'anxiété qui lui est associée.

L'odontologiste soucieux de la douleur de ses petits patients doit alors envisager un double objectif :

- **1- comprendre la douleur.** De nombreuses impasses sont en effet issues d'un manque de connaissances concernant les avancées considérables faites ces dernières années et d'une incompréhension du vécu du patient.
- **2- envisager une stratégie de contrôle de la douleur** qui repose sur :
 - o le **diagnostic de la douleur**, afin d'en déterminer l'étiologie (Deville de Perière et coll., 2001).
 - o l'**évaluation de la douleur**. La thérapeutique et le choix de l'antalgique résultent en effet directement de l'intensité douloureuse estimée. La douleur est donc mieux prise en charge lorsqu'elle est initialement évaluée et que le traitement est régulièrement reconsidéré. Cependant, elle est, plus que tout autre, difficile à identifier et à apprécier chez l'enfant. De nombreux facteurs psychosociaux viennent la moduler, troublent ainsi son estimation et constituent des obstacles à sa prise en charge. Une évaluation efficace étant essentielle, elle implique l'utilisation d'outils fiables (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000 ; Deville de Perière et coll., 2001).

Les moyens proposés découlent du mode d'expression de la douleur et plus précisément des réponses comportementales des enfants à une perception douloureuse. Ils nous intéressent donc particulièrement car ils sont basés sur l'observation de messages non verbaux émis inconsciemment par l'enfant et requièrent parfois l'utilisation de moyens originaux de communication de la douleur ressentie (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000).

- la **prévention** et le **traitement de la douleur** par :
 - l'utilisation rationnelle des thérapeutiques en fonction des résultats de l'évaluation préalablement réalisée :
 - le geste thérapeutique.
 - la prescription d'antalgiques.
 - la qualité de la relation thérapeutique lors de la prise en charge de l'enfant (Deville de Perière et coll., 2001).

2.2.2.2. Diagnostic de la douleur chez l'enfant

Le premier élément à propos duquel un praticien doit s'interroger lorsqu'il soigne un patient qui a mal concerne le type de la douleur : s'agit-il d'une douleur aiguë (« douleur symptomatique ») ou d'une douleur chronique (« douleur maladie ») ? Les douleurs oro-faciales d'origine bucco-dentaire que peut ressentir l'enfant ne sont que très rarement chroniques. Nous allons donc nous intéresser préférentiellement au diagnostic et à l'évaluation de la douleur aiguë (Deville de Perière et coll., 2001 ; Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, 2004).

2.2.2.2.1. Interrogatoire

Un interrogatoire méthodique et exigeant doit être mené avec patience et minutie auprès de l'enfant et de ses parents avant de recourir à l'examen clinique. Il permet de recueillir :

- l'**histoire** de la douleur :
 - son mode de début, son évolution et sa durée.
 - son rythme diurne, nocturne, hebdomadaire.
 - son caractère périodique, paroxystique ou irrégulier.
 - son caractère spontané ou provoqué.
 - les traitements dentaires et médicaux reçus.
- la **topographie** de la douleur :
 - sa localisation exacte.
 - son caractère superficiel ou profond.
 - son caractère diffus ou localisé.

Le praticien doit toutefois faire attention à ce que lui dit l'enfant car celui-ci peut l'orienter vers des diagnostics erronés. Il peut en effet avoir du mal à s'exprimer

précisément à ce sujet. En outre, la topographie n'est pas toujours en rapport avec la source douloureuse : les douleurs projetées ou référées peuvent être ressenties à distance de la zone causale. L'odontologiste doit donc éviter ces pièges.

- la **sévérité** de la douleur (Deville de Perière et coll., 2001 ; Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, 2004). Lors de l'interrogation du jeune patient à ce sujet, le praticien doit toujours avoir à l'esprit qu'un enfant a d'autant plus de mal à différencier une pression, une gêne ou un inconfort d'une douleur qu'il est petit (Widmer, 2002). L'appréciation de l'intensité douloureuse devra être approfondie grâce aux outils d'évaluation.
- les **facteurs déclenchant, aggravant ou atténuant** de la douleur (Deville de Perière et coll., 2001 ; Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, 2004).

2.2.2.2. Examen clinique

Le praticien effectue ensuite un examen clinique classique, intraoral puis extraoral, à la recherche de la ou des sources douloureuses. Les résultats de l'examen sont à corrélés avec ceux de l'interrogatoire. Vient alors la nécessité d'évaluer cette douleur de manière à pouvoir la quantifier et agir en conséquence (Deville de Perière et coll., 2001 ; Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, 2004).

2.2.2.3. Outils d'évaluation de la douleur chez l'enfant

Les méthodes proposées par l'ANAES (2000) sont destinées à :

- établir ou confirmer l'existence d'une douleur.
- apprécier sa qualité, **son intensité et son retentissement sur les activités et l'état émotionnel de l'enfant.**
- déterminer les moyens antalgiques nécessaires.
- évaluer l'efficacité du traitement instauré.
- adapter le traitement.

Elles sont différentes selon l'âge de l'enfant (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000 ; Deville de Perière et coll., 2001)

2.2.2.3.1. Enfants de plus de 6 ans

L'évaluation que l'enfant fait lui-même de sa douleur, appelée **auto-évaluation**, donne des résultats relativement fiables dès l'âge de 6 ans, sous réserve d'explications adaptées au niveau de compréhension de l'enfant. Elle peut donc être utilisée en toute confiance dans ce cas (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000). Parmi les outils d'auto-évaluation, on distingue :

- l'**échelle visuelle analogique** (EVA). C'est l'outil d'évaluation de référence pour cette classe d'âge. Elle consiste en une règle double face, habituellement présentée verticalement chez l'enfant :
 - le recto est montré à l'enfant à qui l'on demande de placer le curseur aussi haut que sa douleur est grande, sur le « thermomètre de la douleur ». Celui-ci est matérialisé par une ligne qui représente le *continuum* douloureux et dont les extrémités sont explicitées en termes neutres. Cette face doit être dépourvue d'éléments ludiques.
 - le verso, visible par le praticien, est gradué de 1 à 10. Le curseur, matérialisé par un trait rouge de ce côté, permet de quantifier la douleur.

(Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000 ; Deville de Perrière et coll., 2001 ; Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, 2004)

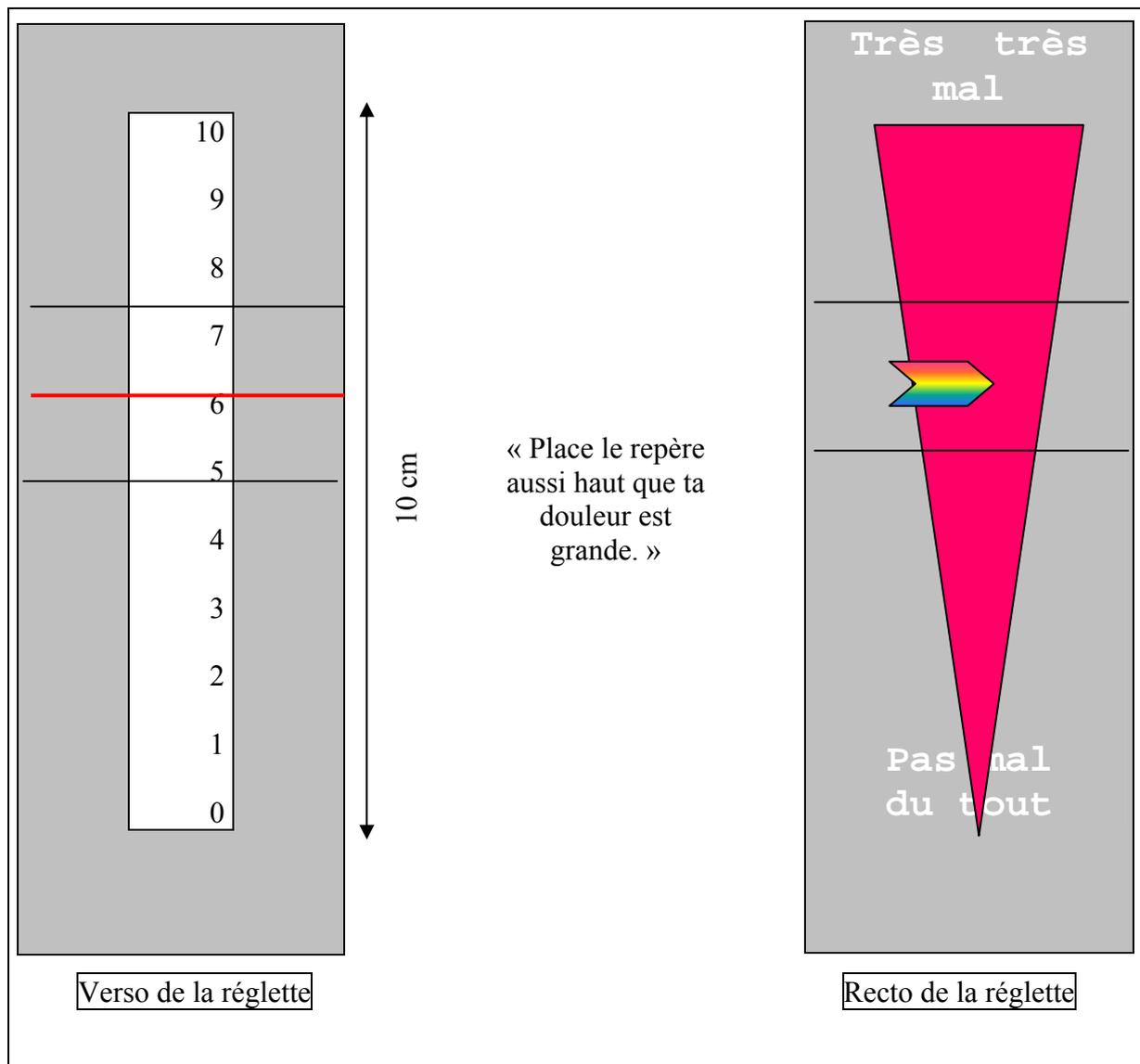


Figure 20 : Présentation de l'Echelle Visuelle Analogique, d'après l'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (2000) et Deville de Perrière, Gass, Maman et coll. (2001).

Certains enfants ne fournissent toutefois pas de cotation avec l'EVA. Il convient alors d'avoir recours aux outils d'auto-évaluation suivants.

- le **Poker Chip** ou **échelle des 4 jetons**. Cet outil consiste en un jeu de 4 jetons présentés à l'enfant. Après lui avoir expliqué que chaque jeton représente un morceau de douleur, le praticien lui demande de prendre autant de jetons qu'il a mal (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000).
- le **Faces Scale Pain – Revised (FPS-R)** ou **échelle des 6 visages**. Cette méthode consiste à présenter à l'enfant 6 visages qui montrent *combien on peut avoir mal*. Le praticien doit clairement exprimer les limites extrêmes, sans jamais utiliser les mots « triste » ou « heureux ». Il commence par montrer le visage de gauche qui montre quelqu'un qui n'a *pas mal du tout*, puis il montre un à un, de gauche à droite, les visages suivants qui montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, jusqu'à celui de droite qui montre quelqu'un qui a *très très mal*. Après avoir précisé à l'enfant qu'il s'agit de la sensation intérieure et non de l'aspect de son visage, le praticien peut alors lui demander de lui indiquer le visage qui exprime *combien il a mal en ce moment*. Les scores vont de gauche à droite, de 0 à 10 (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000 ; Hicks et coll., 2001).

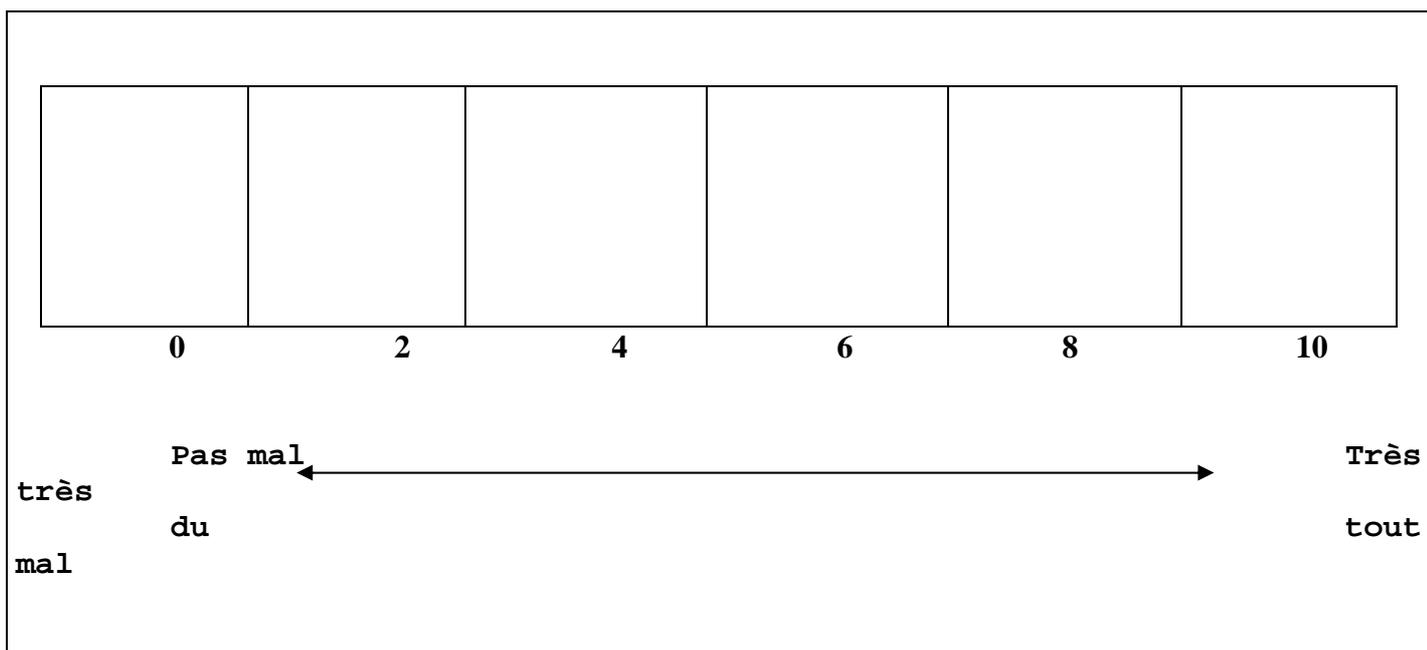


Figure 21 : Présentation du Faces Scale Pain-Revised, d'après l'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (2000) et Hicks, Von Baeyers, Spafford et coll. (2001).

2.2.2.3.2. Enfants de 4 à 6 ans

A cet âge, l'*auto-évaluation* peut être tentée. L'EVA doit alors être utilisée conjointement au Poker Chip ou au FPS-R, afin de comparer les résultats. Si les scores obtenus avec les deux outils divergent, les résultats doivent être considérés comme non valides car incohérents. Dans ce cas, seule l'*hétéro-évaluation*, qui repose essentiellement sur l'observation du comportement de l'enfant, est acceptable (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000).

2.2.2.3.3. Enfants de moins de 4 ans

A cet âge, l'évaluation de la douleur de l'enfant est plus complexe car elle ne peut faire appel qu'à une **hétéro-évaluation**. L'expression comportementale de la douleur aiguë comporte deux phases :

- la première est caractérisée par l'expression d'une détresse comportementale associée à un stress physiologique et psychologique.
- la seconde est marquée par la diminution progressive des activités de l'enfant (dormir, manger, parler, bouger, jouer, etc.)

Comme il n'existe pas de comportement absolument caractéristique de la douleur qui puisse faire fonction de marqueur spécifique, il paraît essentiel d'utiliser des outils d'hétéro-évaluation qui reposent sur l'association des comportements les plus significatifs de la douleur connus aujourd'hui. Ces échelles constituent les critères actuels les plus fiables pour le diagnostic d'une douleur et l'évaluation de son intensité chez le jeune enfant.

L'EVA réalisée par une tierce personne expérimentée (soignant ou parent formé) peut constituer une alternative à l'utilisation de ces échelles d'hétéro-évaluation chez l'enfant de moins de 4 ans. Sa validité est toutefois inférieure à celle des échelles que nous allons maintenant décrire (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000).

2.2.2.3.3.1. Pour le diagnostic et l'évaluation de l'intensité des douleurs aiguës à leur début

L'ANAES (2000) distingue deux échelles satisfaisantes :

- la **NFCS** (Neonatal Facial Coding System) **abrégée**, qui peut être utilisée jusqu'à l'âge de 18 mois.

Elle est basée sur l'observation de quatre caractéristiques faciales chez le nourrisson qui semblent être significatives de la douleur :

- les sourcils froncés.
- les paupières serrées.
- le sillon naso-labial accentué.
- la bouche ouverte.

Chaque signe constaté cote pour 1, le score est obtenu par l'addition des cotations comme le montre le tableau suivant (Grunau et Craig, 1987 ; Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000).

		COTE	
		Absence	Présence
CARACTERISTIQUES FACIALES	sourcils froncés	0	1
	paupières serrées	0	1
	sillon naso-labial accentué	0	1
	bouche ouverte	0	1
SCORE GLOBAL		/4	

Figure 22 : Présentation de la Neonatal Facial Coding System abrégée, d'après Grunau et Craig (1987) et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (2000).

- l'échelle **CHEOPS** (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale), qui peut être utilisée de 1 à 6 ans.

Elle est basée sur l'observation du comportement verbal et non verbal de l'enfant et peut être utilisée au moyen d'une grille comme la suivante (Mc Grath et coll., 1985 ; Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000).

	Jour		
	Heure		
Cris-Pleurs			
1 : absents 2 : gémissements ou pleurs 3 : cris perçants ou sanglots			
Visage			
0 : sourire 1 : visage calme, neutre 2 : grimace			
Plaintes verbales			
0 : parle de choses et d'autres, sans se plaindre 1 : ne parle pas, ou se plaint mais pas de douleur 2 : se plaint de douleur			
Corps			
1 : calme, au repos 2 : change de position ou s'agite ou cherche à se redresser, et/ou corps arqué ou raidi ou tremblant, et/ou contention nécessaire			
Mains			
1 : n'avance pas la main vers la zone douloureuse 2 : avance la main ou touche ou agrippe la zone douloureuse, ou contention nécessaire			
Jambes			
1 : relâchées ou mouvements doux 2 : agitées ou donnent des coups, ou jambes raidies, en l'air ou ramenées sur le corps, et/ou l'enfant se lève ou s'accroupit ou s'agenouille, et/ou contention nécessaire			
SCORE GLOBAL			

Tableau 4 : Présentation de l'échelle CHEOPS, d'après Mc Grath et coll. (1985) et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (2000).

2.2.2.3.3.2. Pour le diagnostic et l'évaluation de l'intensité de la douleur post-opératoire immédiate

Trois échelles sont intéressantes pour cette évaluation :

- l'échelle **CHEOPS**.
- l'échelle d'**Amiel-Tison inversée**, utilisable chez l'enfant âgé de 1 mois à 3 ans. Elle repose sur une observation un peu plus pointue, mais purement comportementale de l'enfant. La grille proposée ci-dessous aide à la mise en œuvre de cette évaluation de la douleur (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000).

Jour			
Heure			
Sommeil pendant les 30 minutes précédant l'examen 0 : calme, supérieur à 10 minutes 1 : courtes périodes de 5 à 10 minutes 2 : non			
Mimique douloureuse 0 : visage calme et détendu 1 : peu marquée, intermittente 2 : marquée, permanente			
Cri 0 : absent 1 : modulé, pouvant être calmé 2 : répétitif, aigu, "douloureux"			
Motricité spontanée 0 : normale 1 : agitation modérée 2 : agitation incessante			
Excitabilité spontanée 0 : calme, supérieur à 10 minutes 1 : réactivité excessive 2 : tremblements, clonies, Moro* spontané			
Crispation des doigts, mains et pieds 0 : absente 1 : peu marquée, partielle, intermittente 2 : très marquée, globale, permanente			
Succion 0 : forte, rythmée, pacifiante 1 : discontinue, interrompue par les cris 2 : absente, ou quelques mouvements anarchiques			
Evaluation globale du tonus 0 : normal pour l'âge 1 : modérément hypertonique 2 : très hypertonique			
Consolabilité 0 : calmé en moins d'une minute 1 : calmé après une minute d'efforts 2 : calmé après deux minutes d'efforts ou inconsolable			
Sociabilité 0 : facile, prolongée 1 : difficile à obtenir 2 : absente, ou quelques mouvements anarchiques			
SCORE GLOBAL			

Tableau 5 : Présentation de l'échelle d'Amiel-Tison inversée, d'après l'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (2000).

* Réflexe de Moro : un des réflexes archaïques propres au nouveau-né au cours duquel il étend ses membres supérieurs en croix, puis les ramène dans un mouvement d’embrassement (Kernbaum et coll., 1998).

- l’échelle **OPS** (Objective Pain Scale), utilisable à partir de l’âge de 2 mois. Elle est basée, comme l’échelle CHEOPS, sur une appréciation du comportement verbal et non verbal de l’enfant. La grille nécessaire à sa réalisation est toutefois légèrement différente (Broadman et coll., 1988 ; Agence Nationale d’Accréditation et d’évaluation en Santé, 2000).

	Jours		
	Heure		
Pleurs			
0 : absents 1 : présents mais enfant consolable 2 : présents et enfant inconsolable			
Mouvements			
0 : enfant éveillé et calme ou endormi 1 : agitation modérée (ne tient pas en place, change de position sans arrêt) 2 : agitation désordonnée et intense, risque de se faire mal			
Comportement			
0 : enfant éveillé et calme ou endormi 1 : contracté, voix tremblante, mais accessible aux questions et aux tentatives de réconfort 2 : yeux écarquillés, accroché aux bras de ses parents ou d'un soignant non accessible aux tentatives de réconfort			
Expression verbale ou corporelle			
0 : enfant éveillé et calme ou endormi, sans position antalgique 1 : se plaint d'une douleur faible, inconfort global, ou position jambes fléchies sur le tronc, bras croisés sur le corps 2 : douleur moyenne, localisée verbalement ou désignée de la main, ou position jambes fléchies sur le tronc, poings serrés, et porte la main vers une zone douloureuse, ou cherche à la protéger			
Variation de la pression artérielle systolique par rapport à la valeur préopératoire			
0 : augmentation de moins de 10% 1 : augmentation de 10 à 20% 2 : augmentation de plus de 20%			
SCORE GLOBAL			

Tableau 6 : Présentation de l’échelle OPS, d’après Broadman, Rice et Hannallah (1988) et l’Agence Nationale d’Accréditation et d’évaluation en Santé (2000).

2.2.2.3.3.3. Pour l'évaluation d'une douleur évoluant depuis plusieurs heures

Deux outils sont à notre disposition :

- l'échelle **DEGR**[®] (Douleur Enfant Gustave-Roussy), mise au point par le Docteur Annie Gauvain-Piquard, à partir de l'observation des signes émotionnels et directs de la douleur et de la recherche de l'atonie musculaire (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000 ; Deville de Perière et coll., 2001). Pouvant être utilisée chez l'enfant de 2 à 6 ans, elle est basée sur une analyse extrêmement sophistiquée de l'attitude de l'enfant en réaction à sa douleur et concerne :
 - sa position antalgique au repos.
 - son manque d'expressivité.
 - la protection spontanée de zones douloureuses.
 - ses plaintes somatiques.
 - son attitude antalgique dans le mouvement.
 - son désintérêt pour le monde extérieur.
 - le contrôle qu'il exerce lorsqu'on le mobilise (mobilisation passive).
 - sa localisation des zones douloureuses.
 - ses réactions à l'examen des zones douloureuses.
 - la lenteur et la rareté de ses mouvements.

Pour chacun de ces items, une cotation de 0 à 4 est proposée, le score global est obtenu de la même façon que pour les échelles précédentes, par sommation des cotations. Relativement complexe, elle ne semble pas très adaptée aux contraintes de l'exercice de la pédodontie. C'est pourquoi nous n'avons pas jugé nécessaire d'en détailler le contenu précis (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000).

- **L'appréciation générale du comportement de l'enfant**, notamment à la recherche d'une perturbation de ses activités de base (dormir, manger, parler, bouger, jouer, etc.), en association avec un contexte où une douleur est vraisemblable. Cet outil d'évaluation semble plus appropriée à notre pratique que l'échelle DEGR[®] (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000).

2.2.2.3.4. En résumé

Nous disposons d'un large éventail d'outils d'évaluation de la douleur chez l'enfant qui sont relativement simples à mettre en œuvre dans le cadre d'une consultation dentaire où la communication est privilégiée. Certains peuvent paraître assez similaires mais chacun a ses propres indications. Le choix se fait alors en fonction de l'âge de l'enfant et du type de douleur que l'on souhaite évaluer (initiale, postopératoire immédiate ou évoluant depuis plusieurs heures). La figure suivante en fait la synthèse.

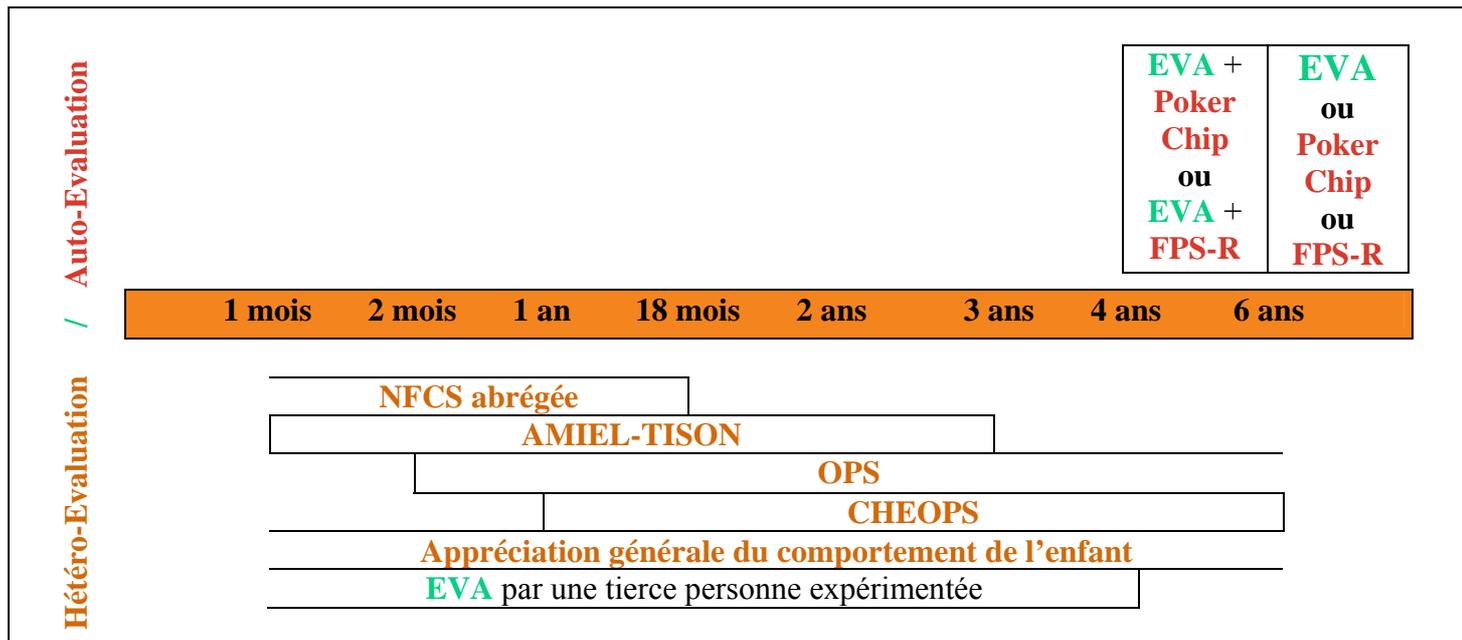


Figure 23 : Synthèse des outils d'évaluation de la douleur en fonction de l'âge, d'après l'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (2000).

2.2.3. Rôle des dessins de l'enfant

2.2.3.1. Intérêts en odontologie pédiatrique

La perception que l'enfant a de la rencontre dentaire reste compliquée à mesurer, du fait des difficultés techniques concernant l'appréciation des peurs inconscientes et des fréquentes difficultés de l'enfant à dévoiler ses sentiments et exprimer ses peurs lorsqu'elles sont conscientes (Sheskin et coll., 1982 ; Royer, 1993 ; Besson, 1994). Le dessin représente un véritable moyen de communication (Gassier, 1981) qui lui permet d'exprimer ses attitudes, ses espérances, ses émotions, ses anxiétés, ses pulsions, ses conflits et sa propre manière de s'en préserver (Sheskin et coll., 1982 ; Royer, 1993). Il communique ainsi à travers son dessin ce qu'il ne réussit pas à formuler verbalement (Sheskin et coll., 1982 ; Royer, 1993 ; Besson, 1994). Le dessin reflète donc une partie de son monde intérieur (Sheskin et coll., 1982 ; Royer, 1993). Les petits font généralement leurs premières ébauches entre 15 et 18 mois. L'évolution de ce mode d'expression étant liée au développement de leur tempérament et au niveau qu'ils ont atteint dans leur processus de maturation, le dessin constitue actuellement pour de nombreux psychologues une voie d'accès privilégiée à leur personnalité, ainsi qu'un instrument d'évaluation de leur niveau de développement intellectuel et de leur équilibre psycho-affectif (Royer, 1993).

Nous avons vu que dans le cadre d'une approche ouverte et basée sur la confiance, il est important d'apprendre à saisir dès le début de la relation la personnalité et le substrat émotionnel de l'enfant (Bourassa, 1998 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Celui-ci peut être amené à dessiner en salle d'attente, d'autant plus si l'assistante le lui suggère (Bourassa, 1998). Ses dessins, s'ils sont exploités, peuvent représenter un atout, voire une aide pour le praticien et son équipe et contribuer à une approche personnalisée (Pasini et Haynal, 1992 ; Besson, 1994).

2.2.3.2. Notions de graphologie

Nous avons jugé intéressant d'énoncer quelques principes de graphologie qui s'avèrent indispensables à la bonne compréhension des dessins d'enfants, celle-ci étant essentielle avant toute tentative d'analyse et d'interprétation. Commençons par expliquer l'évolution de ce mode d'expression en fonction de l'âge de l'enfant.

2.2.3.2.1. Evolution des dessins d'enfants

Le dessin est considéré comme le reflet de l'évolution générale d'un individu, de son enfance à l'âge adulte. Les psychologues distinguent classiquement 5 stades :

- le stade « **grapho-moteur** », de 1 à 3 ans.

C'est le stade où, après observation et maniement du crayon, l'enfant découvre, par lui-même ou par imitation du geste de l'adulte, la trace que peut laisser l'objet. Il se satisfait de cette trace sans chercher à lui donner de signification particulière : il gribouille !

- le stade du **dessin « éparpillé »**, de 3 à 5 ans.

C'est le stade où l'enfant se rend compte que son gribouillage peut représenter quelque chose. Les premières formes qu'il dessine délibérément sont schématiques et grossièrement semblables, quasiment identiques chez tous les enfants. Le dessin n'est caractérisé par aucune recherche d'unité de temps, ni de lieu, ni même de sujet. Le graphisme spontané qui marque cette période en fait l'apogée de l'art enfantin (Royer, 1993).

- le stade du **dessin « localisé »** ou du « **réalisme intellectuel** », de 6 à 8 ans (Sheskin et coll., 1982 ; Royer, 1993).

A cette période, le graphisme conventionnel de l'écriture fait son apparition dans le dessin et impose au tracé des règles de forme, de dimension et d'orientation dans l'espace. Les proportions respectives des divers éléments sont alors mieux respectées. Le dessin est de plus centré sur un thème unique ou un sujet dominant (Royer, 1993). A cet âge, l'enfant ne copie pas une situation visuelle donnée lorsqu'il dessine. Il représente plutôt son propre point de vue de la situation telle qu'il la comprend, agrandit les détails qu'il trouve importants et crée une véritable composition expressionniste qui ouvre la porte à ses conceptions conscientes et inconscientes (Sheskin et coll., 1982).

- Le stade du **dessin « temporalisé »** ou du « **réalisme visuel** », de 9 à 11 ans (Sheskin et coll., 1982 ; Royer, 1993).

C'est la période où l'unité de temps et de lieu apparaissent dans les dessins : ceux-ci se déroulent à un moment donné, dans un endroit précis. L'enfant fait ses premières ébauches de perspective, notamment lorsqu'il dessine des maisons. Les créations se précisent : il ne dessine plus une maison et un bonhomme mais un château et un prince par exemple (Royer, 1993). C'est l'âge où il commence à essayer de copier ce que ses yeux voient (Sheskin et coll., 1982). A la

représentation concrète viennent s'associer un sentiment ou une idée, souvent commentés par une légende ou un titre.

- le stade du **déclin de l'art enfantin**, de 11 à 13 ans.

C'est le stade où la spontanéité créative se fait supplanter progressivement par l'utilisation croissante de stéréotypes dans les dessins. Les jeunes préfèrent par exemple reproduire des personnages de bande dessinée ou de dessins animés. Leur sens de la critique se développant, ils sont souvent déçus par leurs créations, perdent le goût de dessiner et finissent par délaisser cette activité. Bien heureusement, certains continuent à y trouver des satisfactions et s'épanouiront dans le domaine artistique (Royer, 1993).

2.2.3.2.2. Interprétation des dessins

Quelques notions de base concernant l'interprétation des dessins d'enfants peuvent être profitables pour le praticien qui souhaite faire de ce mode d'expression un outil supplémentaire d'évaluation psychologique de ses petits patients. Elles doivent toutefois être utilisées avec beaucoup de précautions, seules des personnes qualifiées dans ce domaine étant véritablement capables d'analyser parfaitement le contenu d'un dessin (Gassier, 1981).

Deux principes sont importants lors de l'analyse et de l'interprétation des dessins :

- il faut idéalement **regarder l'enfant dessiner**, observer son comportement et écouter ses propos afin d'entrer dans « son histoire » et de mieux comprendre son œuvre. Si ce n'est pas réalisable, il faut au minimum lui demander de nous expliquer ce qu'il a représenté (Gassier, 1981 ; Sheskin et coll., 1982 ; Besson, 1994).
- il est intéressant de **noter le contexte** dans lequel le dessin a été réalisé (déroulement de la séance, type de soin réalisé, etc) et de comparer plusieurs dessins du même enfant à différents moments de l'évolution du traitement (Sheskin et coll., 1982 ; Besson, 1994), par exemple :
 - un premier réalisé avant que l'enfant ne soit prévenu de sa visite chez le dentiste, un second dans la salle d'attente du cabinet dentaire et un troisième le lendemain de la visite (Galon et Tyano, 1975).
 - Un premier réalisé après une simple consultation et un second réalisé après une séance de soins, etc (Besson, 1994).

L'analyse générale porte sur :

- l'**emplacement du dessin** sur la feuille : il faut observer l'utilisation que l'enfant fait de l'espace disponible sur la feuille avec son crayon.
- le **graphisme** : il faut observer la façon dont l'enfant manipule le crayon et effectue les traits.
- l'**utilisation et le choix des couleurs**.
- le **contenu du dessin** à travers trois thèmes symboliques :

- o la maison.

Elle représente l'entourage de l'enfant. Ce thème nous informe sur l'insertion du petit dans son environnement, ses expériences, son tempérament, ses impressions et ses contacts avec l'extérieur.

- o la famille.

Ce thème nous informe quant à lui sur le climat affectif dans lequel l'enfant évolue, ses relations avec ses parents, ses désirs et ses conflits internes, ses préférences pour les uns ou les autres membres de la famille, voire même son désir d'identification à l'un d'entre eux.

- o l'arbre.

Il représente l'enfant tel qu'il se voit lui-même. Ce thème nous informe donc sur sa personnalité, son adaptation aux autres et au monde et sur son avenir tel qu'il peut l'imaginer.

(Gassier, 1981)

Le tableau suivant fournit quelques éléments d'interprétation des dessins d'enfants.

Eléments à analyser		Caractéristiques		Interprétation	
Emplacement du dessin	localisation du dessin sur la feuille	partie supérieure ou droite	optimisme, spiritualité, idéalisme projection vers l'avenir, besoin de savoir, de connaître		
		partie gauche	repli vers le passé, refus de devenir adulte, recherche de la protection maternelle		
		partie inférieure	refoulement des sentiments		
Graphisme	exécution du dessin	rapide	enfant spontané, expansif		
		lente	enfant posé, réfléchi		
	traits	appuyés, amples lignes droites, fermes, vigoureuses	assurance, insolence, volonté, expansivité, sociabilité, agressivité		
		imprécis, interrompus, hachurés	manque d'assurance, timidité, instabilité		
	lignes courbes, sinueuses, fines	enfant sensible			
Utilisation et choix des couleurs	quantité	nombreuses couleurs	enfant dynamique, ouvert aux autres		
		peu nombreuses	enfant replié sur lui-même		
	qualité	couleurs criardes	enfant sensoriel		
		couleurs pâles	enfant rationnel		
	utilisation fréquente du	noir	révolte		
		brun	culpabilité		
		vert	égoïsme, égocentrisme, affirmation de soi		
		orange	enfant détendu, heureux		
	bleu	calme, équilibre			
	rouge	enfant actif, intrépide			
Contenu	la maison	petite, dans un coin de la page	enfant timide, faible		
		grande, centrée sur la feuille	enfant sûr de lui, énergique		
		sans porte et sans fenêtre	manque d'adaptation avec l'entourage		
		avec portes et fenêtres, cheminée qui fume et beaucoup de couleurs	vie intérieure riche et équilibrée		
		fenêtres nombreuses	enfant confiant, expansif		
		fenêtres peu nombreuses	enfant secret, renfermé		
		entourée d'arbres, fleurs, oiseaux	amour de l'entourage, joie de vivre		
		présence d'un chemin qui part de la maison	ouverture sur le monde extérieur désir d'avancer en âge		
	barrière importante autour de la maison	enfant qui ne se sent pas en sécurité			
	la famille	père et mère de la même taille	l'enfant les considère égaux		
		taille plus importante de l'un des membres de la famille	l'enfant le valorise, le sent dominateur ou plus représentatif au foyer		
		enfant miniaturisé ou en bas de page	se sent inférieur aux autres		
		enfant très grand au centre de la page	a tendance à se survaloir		
	l'arbre	beaucoup de branches	désir d'épanouissement		
		feuillage	absent	manque d'épanouissement	
			abondant	confiant, optimiste, sociable	
chute des feuilles			mélancolie, nostalgie, instabilité		
tronc		haut, large, droit	actif, aisance, forte personnalité		
		mince, incurvé	peu actif, sensible, doux et raffiné		
racines	enfouies dans le sol	instinct vigoureux, besoin d'attachement			
	absentes	mauvaise insertion, mauvaise adaptation			

Tableau 7 : Eléments généraux d'interprétation des dessins de l'enfant, d'après Gassier (1981) et Besson (1994).

2.2.3.3. Appréciation du vécu de l'expérience dentaire de l'enfant

Galon et Tyano (1975) ont démontré que l'anxiété des enfants à l'égard des soins dentaires s'exprime dans leurs dessins par l'intermédiaire des trois thèmes que nous venons de présenter. Ils ont mis en évidence une corrélation entre la nature de la visite dentaire et des soins réalisés et l'angoisse exprimée par l'enfant dans ses dessins. Ils en ont conclu que la source d'informations que ces œuvres infantiles constituent est très riche pour le praticien.

2.2.3.3.1. Intérêts et éléments d'interprétation des dessins de l'enfant sur le thème du « dentiste ».

Il peut être intéressant de proposer à l'enfant de dessiner sur le thème du « dentiste » (Sheskin et coll., 1982 ; Besson, 1994). Sans avoir la prétention de mener une psychanalyse de nos petits patients, ceci peut aider à mieux comprendre leur vision des soins dentaires et à découvrir de possibles explications à leur anxiété, en repérant les messages dissimulés dans leurs dessins. En effet, tous les dessins sont porteurs de messages qui sont, indirectement, adressés à son destinataire. Ils peuvent ainsi traduire des sentiments tels que la peur et l'angoisse d'une manière générale, mais aussi des peurs plus spécifiques (comme la phobie des piqûres), l'appréhension et la douleur. Ils peuvent aussi être le reflet de la relation que le jeune patient entretient avec son praticien, de sa reconnaissance, de ce qu'il a apprécié ou pas (Besson, 1994). Ils offrent en fait une information directe de l'état émotionnel dans lequel se trouve l'enfant au cours du traitement dentaire (Sheskin et coll., 1982).

Les messages écrits (titre, légende, bulle de texte, etc) présents dans les dessins sont eux aussi une source d'informations remarquable. Ils précisent généralement le message pictural de l'enfant, mais peuvent aussi le contredire, ce qui traduit de l'anxiété. C'est le cas, par exemple, du chirurgien-dentiste représenté de manière terrorisante et qui dit à son petit patient « N'aie pas peur, je vais te soigner ! ». Certains sont tout de même prometteurs, notamment ceux concernant la santé dentaire et l'importance de l'hygiène bucco-dentaire qui soulignent que le message délivré à l'enfant est bien passé, ou ceux exprimant l'éventualité d'une prochaine visite réjouissante pour l'enfant (« A bientôt » par exemple).

De plus, la réalisation de dessins au cabinet dentaire semble très appréciée des enfants pour qui cette petite « récréation » constitue une excellente préparation psychologique, ainsi qu'une mise en confiance efficace (Besson, 1994).

Le tableau suivant propose quelques éléments d'interprétation des dessins d'enfants concernant le monde dentaire.

	Eléments positifs		Eléments négatifs	
	Caractéristique	Interprétation	Caractéristique	Interprétation
Graphisme	joli dessin, soigné,	désir de faire plaisir au destinataire du dessin,	dessin moins appliqué, enfantin pour l'âge de l'enfant (représentation simplifiée des personnages)	attention non centrée sur la réalisation du dessin, angoisse
	harmonieux et bien construit	rapport positif avec le praticien	Utilisation de la règle et de l'équerre	tentative de garder ses distances par rapport au propre vécu affectif
Cabinet dentaire	Objets émotivement neutres (posters, tableaux, plantes) plus nombreux que les objets anxiogènes (fraise, lampe)	expérience dentaire vécue de manière positive	démesurément grand, vide, nu	enfant impressionné
			tiroirs ouverts	crainte de l'agressivité
Présences humaines	personnages souriants, enfant debout à côté du dentiste	relation de confiance, pas d'anxiété	praticien plus grand que l'enfant	soumission, impuissance
			praticien absent ou agressif, au visage persécuteur,	anxiété, peur
	figure maternelle	fonction rassurante,	enfant plus grand que le praticien	sens du grandiose, anxiété
	de l'assistante	sécurité	bouche grande ouverte, allongé, raide, ligoté, passif	appel au secours
Matériel	proportion du fauteuil inférieure à la réalité	expérience dentaire vécue de façon positive	fauteuil grand, disproportionné par rapport à l'enfant	sentiment d'impuissance, insécurité
			unit imposant, écrasant, lumière puissante, écrasante	impressionné
			grosse seringue	peur de la piqûre
			instruments pointus	menace

Tableau 8 : Eléments d'interprétation des dessins de l'enfant sur le thème du « dentiste », d'après Pasini et Haynal (1992) et Besson (1994).

2.2.3.3.2. Dental Anxiety Scale for children (DAS)

Sheskin et coll. ont proposé en 1982 une évaluation de l'anxiété de l'enfant au moyen de ses dessins. L'anxiété manifeste y est en effet toujours exprimée. L'évaluation consiste à demander à l'enfant de faire un dessin de lui-même, du chirurgien-dentiste et de la situation de traitement dentaire, avant la première rencontre puis au cours du plan de traitement. Après l'avoir laissé seul en salle d'attente avec du papier blanc et six crayons de couleur (jaune, rouge, bleu, vert, marron et noir), l'assistante demande à l'enfant de lui expliquer son dessin (Sheskin et coll., 1982).

Celui-ci est analysé grâce à six critères que voici :

- **la représentation de la situation de traitement dentaire :**
 - o **0** : le dessin reflète la situation de traitement dentaire.
 - o **1** : la situation de traitement dentaire est omise.
(L'enfant anxieux ne représente pas la situation supposée anxiogène, à savoir la salle de soins)
- **la comparaison entre la taille de l'enfant et celle du chirurgien-dentiste :**
 - o **0** : le chirurgien-dentiste est plus grand que l'enfant.
 - o **1** : l'enfant est aussi grand ou plus grand que le chirurgien- dentiste.
(La taille représente le pouvoir, la puissance. L'enfant anxieux déforme la réalité et diminue la taille du chirurgien-dentiste afin de contrebalancer son anxiété)
- **le dessin du chirurgien-dentiste :**
 - o **0** : le chirurgien-dentiste est représenté.
 - o **1** : le chirurgien-dentiste n'est pas représenté.
(La disparition du chirurgien-dentiste menaçant traduit l'anxiété)
- **le nombre de couleurs utilisées :**
 - o **0** : l'enfant a utilisé plus de 3 couleurs.
 - o **1** : l'enfant a utilisé 3 ou moins de 3 couleurs.
(Les couleurs sont réputées refléter les émotions : l'anxiété manifeste est inversement corrélée avec le nombre de couleurs choisies)
- **l'omission de certaines parties du corps :**
 - o **0** : toutes les parties du corps sont représentées.
 - o **1** : certaines parties du corps sont omises.
(Les parties du corps non représentées traduisent un conflit ou une esquivance de l'organe à l'origine de l'anxiété)
- **la représentation des instruments dentaires :**
 - o **0** : les instruments dentaires ne sont pas représentés.
 - o **1** : les instruments dentaires sont représentés.
(La seringue d'anesthésie et les autres instruments dentaires d'aspect menaçant témoignent de l'anxiété de l'enfant)

Document 3 : Présentation du Dental Anxiety Scale for children, d'après Sheskin, Klein et Lowental (1982).

Le niveau d'anxiété du dessin correspond à la somme de ces six critères et peut donc varier de 0 à 6. Il semble que :

- plus le niveau obtenu avec le DAS est élevé, moins la coopération de l'enfant au fauteuil est bonne.
- le nombre total de couleurs choisies par l'enfant est directement corrélé à son degré de coopération selon le Frankl Rating Scale : les enfants au comportement positif s'avèrent utiliser plus de couleurs que les autres.

Le DAS constitue pour le pédodontiste une méthode simple et convenable d'évaluation de l'anxiété de ses petits patients, dont la sensibilité a été démontrée (Sheskin et coll., 1982).

3. Approches visant à aider l'enfant et/ou améliorer son comportement

C'est par la communication et l'éducation que le chirurgien-dentiste peut trouver les moyens d'apaiser la peur et l'anxiété de ses jeunes patients (en leur enseignant les astuces appropriées pour affronter la situation), de les guider afin qu'ils soient coopérants, détendus et confiants et d'aboutir avec succès à la fin du traitement dentaire (Reyes, 1993 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001). De nombreuses approches faisant appel au verbal et au non-verbal s'offrent à lui en matière de « management » psychologique de ses petits patients (Levitt et coll., 2000 ; Newton et coll., 2003). Elles sont à privilégier par rapport aux méthodes de restriction (Levitt et coll., 2000 ; Zadik et Peretz, 2000 ; Peretz et Gluck, 2002 ; Newton et coll., 2003).

Le tableau ci-dessous en fait la synthèse.

		enfant difficile	enfant anxieux	enfant douloureux
Méthodes de communication	verbales	Contrat de soin	Incitation à parler	
		Synchronisation verbale		
		Procédés linguistiques	Contrôle informationnel	
	non verbales	Contrôle par la voix		
		Espace de silence	Contact physique	
		Synchronisation non verbale	Pauses	
	mixtes		Empathie	
Méthodes comportementales	Relaxation			
	Distraction			
	Tell-Show-Do			
	Préexposition			
	Renforcement positif			
	Modelage			
	Façonnage	Hypnose		
	"matter of fact"			
	"Contingent escape"	Désensibilisation systématique		
	Conditionnement négatif	Contrôle comportemental		
Méthodes cognitives	Dissociation			
	distraction cognitive			
		Restructuration cognitive	Saturation du conscient	

Tableau 9 : Présentation des méthodes faisant appel au verbal et au non-verbal visant à aider l'enfant et/ou améliorer son comportement au cabinet dentaire.

Toutes les décisions concernant la prise en charge de l'enfant doivent être fondées sur une évaluation subjective du rapport bénéfice/risque pour l'enfant. Doivent être considérés dans ce but :

- la nécessité de traitement dentaire.
- les conséquences d'un traitement différé.
- le traumatisme physique et/ou émotionnel potentiel (American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001).

Selon la sévérité du cas (degré de coopération, niveau d'anxiété, facteur douloureux), le temps dont il dispose pour soigner l'enfant et ses aptitudes en la matière, le praticien peut se sentir plus ou moins capable de gérer l'enfant lui-même. Il peut alors décider soit de le prendre personnellement en charge, soit de l'adresser à un pédodontiste, voire à un psychologue lorsque l'indication se pose (Jung, 2003 ; Newton et coll., 2003 ; Tiberia, 2003). Obtenir et conserver l'approbation de l'enfant en situation dentaire requiert en effet un certain savoir-faire en matière de communication, d'empathie, d'écoute et de soutien, mais aussi d'extinction des comportements inadaptés et de renforcement des réponses appropriées (American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001). Les enfants sont tellement différents les uns des autres de part leur degré de maturation, leur personnalité et la diversité de leurs comportements qu'il est important que le praticien qui s'en occupe maîtrise un large éventail de techniques afin de pouvoir satisfaire les besoins de chaque individualité (Zadik et Peretz, 2000 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001).

Chaque technique doit toutefois être intégrée à une démarche globale de « management » comportemental personnalisée à chaque enfant, dont les objectifs sont :

- établir la communication.
- aider l'enfant à calmer et à gérer sa peur et son anxiété, à court et à long terme.
- délivrer en toute sûreté des soins dentaires de qualité.
- lui faire prendre confiance en lui et le familiariser avec le milieu dentaire pour accéder à des soins dentaires « conventionnels ».
- construire une relation de confiance avec l'enfant.
- promouvoir une attitude positive de l'enfant à l'égard de la santé bucco-dentaire.

(Levitt et coll., 2000 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001).

3.1. Considérations parentales

3.1.1. Prise en charge du stress parental

De nombreuses études ont montré l'effet du contrôle de l'anxiété maternelle sur l'augmentation de la coopération de l'enfant. La gestion du stress des parents est donc primordiale (Pinkham, 1995). Elle représente également la manœuvre la plus critique pour le praticien après l'estimation des besoins de l'enfant en matière de soins et de « management », ce d'autant plus lorsque leur petit est anxieux ou a mal.

Cette gestion de l'anxiété parentale s'articule autour de :

- la bonne compréhension de la démarche thérapeutique et de l'approche choisie par le chirurgien-dentiste, ce qui suppose une information claire et adaptée (Slovin, 1997).
- La disponibilité du chirurgien-dentiste pour pouvoir discuter avec les parents avant et après une visite dentaire au sujet de :
 - o leur présence ou non dans la salle de soins pendant le déroulement du traitement.
 - o leurs inquiétudes concernant la prise en charge (dentaire et psycho-comportementale) passée, présente et future de leur enfant.
- la description fidèle de ce qui s'est passé pendant le rendez-vous.

Rien ne doit compromettre une communication honnête entre le praticien et les parents. Leur relation doit être vraiment fondée sur la confiance de manière à éviter la survenue de suspicions non fondées ou l'aggravation d'irritations mineures, ceci afin que se dissipent rapidement les problèmes potentiels.

Dans ce but, une approche appelée « Rules of the Game » est proposée. Elle consiste à établir dès le départ les « règles du jeu » de la séance de soin à venir, à savoir :

- le **but du jeu** : l'objectif thérapeutique à atteindre à la fin de la séance.
- les **règles existentielles** : les moyens techniques qui doivent être mis en œuvre pour atteindre ce but.
- les **règles d'action** : le déroulement de la séance depuis leur entrée dans le cabinet jusqu'à leur départ, notamment en ce qui concerne leur présence ou non près de l'enfant, selon son comportement.
- les **règles stratégiques** : la préparation optimale de leur enfant pour qu'il se comporte bien lors de cette visite.
- les **règles « d'apaisement des conflits »** : la présentation des mesures de « management » psycho-comportementales auquel le praticien est susceptible de recourir, selon le comportement de l'enfant (Pinkham, 1995).

Se pose alors le problème du consentement des parents vis-à-vis de ces approches.

3.1.2. Approbation parentale : le consentement éclairé

En dehors des méthodes de communication, les décisions concernant l'utilisation de techniques de « management » comportemental ne doivent pas être prises par le seul praticien. Elles impliquent également le tuteur légal et l'enfant lui-même lorsque c'est possible (Pinkham, 1995, American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001) :

- le chirurgien-dentiste donne son opinion « d'expert » concernant la nécessité de traitement, le plan de traitement dentaire envisageable et les moyens par lesquels celui-ci peut être appliqué.
- les parents partagent avec le praticien la décision de traiter ou pas l'enfant et doivent être consultés au sujet des stratégies de traitement et des risques potentiels (Pinkham, 1995, American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001 ; Tiberia, 2003).

- L'enfant peut leur faire part de ses préférences en fonction de sa façon spontanée d'essayer de faire face habituellement (Ackley, 2003).

Le succès de la prise en charge de l'enfant dépend de cette entente praticien/parents/enfant (Pinkham, 1995, American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001). Le fait d'impliquer les parents à la décision concernant la stratégie de « management » de leur enfant semble en outre augmenter les chances du praticien de maintenir chez eux une attitude positive une fois le traitement terminé.

Bien que les techniques que nous allons proposer soient fréquemment employées, elles ne sont pas pour autant familières aux parents (Feigal, 1995). C'est le rôle du praticien de :

- leur montrer que son but est de soigner leur enfant en toute sécurité (Tiberia, 2003).
- les informer de tous les aspects de la stratégie choisie, à savoir de sa justification et de sa nature, de son protocole, de ses bénéfices et risques, des éventuelles précautions et mesures de sécurité qui sont à prendre, de ses limites et des alternatives thérapeutiques en cas d'échec ou de refus de leur part (Feigal, 1995 ; Pinkham, 1995 ; Peretz et Gluck, 2002 ; Tiberia, 2003).
- répondre à leurs éventuelles questions (Feigal, 1995 ; Pinkham, 1995).

Ceci est l'essence même du consentement éclairé (Feigal, 1995). L'information doit être délivrée de façon complète, honnête et sans pression : les parents doivent être en mesure de refuser de donner leur consentement s'ils n'approuvent pas la proposition du praticien (Pinkham, 1995). Il semble qu'une bonne communication entre les parents et le praticien facilite leur acceptation des méthodes proposées (Feigal, 1995).

Une approche basée sur des procédés de communication, le Tell-Show-Do, le renforcement positif ou la distraction ne nécessite pas de consentement particulier. Les autres techniques requièrent en revanche un consentement, qui doit être écrit selon Pinkham (1995) et l'American Academy of Pediatric Dentistry (2000-2001) et qui est à conserver dans le dossier médical de l'enfant. Le consentement tacite est réservé aux situations d'urgence nécessitant une intervention immédiate (American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001).

3.2. L'enfant coopérant, mais...

Certaines approches sont proposées pour aider l'enfant coopérant mais qui éprouve de l'anxiété et/ou de la douleur au cours des soins dentaires, à surmonter plus facilement ses émotions, sans que cela ne lui demande des efforts trop considérables.

3.2.1. Coopérant mais anxieux

Le patient anxieux constitue un véritable défi pour le praticien. Il nécessite des soins spécifiques, destinés à augmenter le sentiment de confiance et de contrôle de la situation, que seule une connaissance des sciences comportementales permet de prodiguer. L'anxiété dentaire que ressent l'enfant toutefois capable de coopérer est **légère à modérée**. Les méthodes non médicamenteuses que nous allons proposer pour sa prise en charge sont

simples et rapides à mettre en œuvre. Elles sont donc tout à fait compatibles avec l'exercice de l'omnipraticien (Skaret, 2004).

3.2.1.1. Principes généraux sur lesquels il faut insister

L'établissement d'un rapport de confiance constitue toujours la première étape de la prise en charge de l'anxieux dentaire (Skaret, 2004). Les principes de communication que nous avons ultérieurement abordés peuvent être utilisés de manière universelle en pédodontie car ils sont adaptés à tous les enfants, qu'ils soient coopérants ou non, quel que soit leur âge (American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001). Certains aspects sont tout de même à renforcer ou à mettre encore plus en avant chez l'odonto-anxieux.

3.2.1.1.1. Empathie

Encore plus fondamentale chez l'enfant anxieux que chez l'enfant serein, l'approche empathique doit être manifeste à chaque visite et tout particulièrement lors des visites périodiques de contrôle. L'angoisse est en effet un sentiment difficile à résoudre : même si les visites précédentes de l'enfant se sont en fait bien déroulées, il aborde en général sa visite de contrôle avec le même niveau de stress que sa première visite. Rien n'est jamais acquis dans ce domaine ! Cela peut paraître frustrant et décourageant pour le praticien qui n'a pas l'impression d'être efficace et de faire progresser l'enfant. Il doit cependant persévérer dans ce sens car les parents ne lui ramèneraient pas leur enfant s'ils ne lui faisaient pas confiance. Le fait de revenir signifie qu'ils ont compris la démarche de leur chirurgien-dentiste et qu'avec leur petit, ils ont envie et essaient de trouver des solutions pour venir à bout de ce problème (Chadwick, 2002).

3.2.1.1.2. Ménagement

La notion de soigner avec ménagement implique qu'il faut travailler de la manière la plus douce possible et éviter de confronter l'enfant anxieux aux objets et actes qu'il ressent, de manière purement subjective, comme désagréables.

Dans ce but, il convient de :

- **renoncer à un certain nombre d'éléments techniques auxiliaires** comme le spray d'eau, la canule d'aspiration, la pompe à salive, les rouleaux de coton, l'écarteur de langue, la digue, etc. Ainsi, il n'y a pas de dégagement de froid dans la cavité buccale, l'enfant peut respirer plus facilement et il règne un calme olympien dans la salle de soins du fait de l'absence des bruits habituels.
- **s'efforcer de travailler de la façon la plus indolore :**
 - poser les doigts le plus légèrement possible pour prendre appui sur le visage.
 - éviter de trop tirer sur la joue pour l'écarter.
 - débrider la cavité carieuse avec précaution, en veillant à ne toucher qu'à l'émail de la dent avec la fraise diamantée.
 - cureter la dentine cariée avec un excavateur manuel ou une fraise boule bien tranchante à vitesse lente.
 - éviter de léser la gencive.

- utiliser de préférence des matrices sectorielles, posées sans porte-matrice.
 - renoncer aux coins inter-dentaires ou du moins les raccourcir et les insérer très légèrement afin de ne pas traumatiser la gencive.
- **permettre au patient de rester en position assise ou la tête tournée sur le côté** pour que l'eau s'accumule dans le pli de la joue plutôt que ne s'écoule vers le pharynx par exemple.

Dans la plupart des cas, il est possible d'obtenir des résultats comparables à ceux d'un traitement « normal » en terme de qualité, sans risque de contamination par la salive. Chaque praticien est en fait libre d'adopter une technique individuelle en fonction de son expérience, de sa façon de travailler et de sa dextérité (Weilenmann, Egli-Bernd, 2004).

3.2.1.1.3. Communication

3.2.1.1.3.1. Ecoute active

L'écoute active est la bienvenue dans toutes les situations où l'autre a un problème, notamment peur du chirurgien-dentiste et des soins odontologiques. Elle est donc à privilégier chez l'enfant « odonto-anxieux » (Pasini et Haynal, 1992).

3.2.1.1.3.2. Incitation à parler

La conversation constitue un moyen qui peut aider efficacement au « management » de l'enfant anxieux (Pinkham, 1995). Tout au long de la séance de traitement, il faut donc l'inciter le plus souvent à prendre la parole (Weilenmann, Egli-Bernd, 2004) car :

- le fait de discuter activement avec le chirurgien-dentiste en formulant des questions, répondant à d'autres, faisant des commentaires sur telle ou telle chose permet de le distraire et donc de l'empêcher de se soucier à propos du soin à venir. Ce principe est à la base des techniques de distraction. La discussion permet en outre au praticien de fournir à l'enfant une information sur les procédures dentaires, principe à la base des techniques de désensibilisation. Nous y reviendrons ultérieurement (Pinkham, 1995).
- il exprime en parlant très nettement le degré de son anxiété. En effet :
 - l'expression verbale est le meilleur moyen de contrôler ses angoisses. Elle active en effet l'hémisphère gauche du cerveau, ce qui réduit l'activité de l'hémisphère droit, siège des sensations d'anxiété au niveau cérébral.
 - la parole est un bon moyen de diagnostic de l'angoisse. L'inhibition des aires de la parole dans l'hémisphère gauche, sous l'effet de l'anxiété, amène l'individu à s'exprimer de façon plus ou moins cohérente, hésitante, saccadée, voire à ne plus répondre du tout. Les sujets qui essaient de surmonter spontanément leur angoisse deviennent au contraire logorrhéiques.

Pour ce faire, il convient d'interrompre le soin en retirant tous les instruments de la bouche quelques secondes après avoir commencé, puis plusieurs fois de suite à intervalles de temps

croissants (au bout de 5 secondes, puis de 10 à 20 secondes, puis de 30 à 40 secondes par exemple) afin de poser une brève question à l'enfant :

- « ça va bien ? »
- « es-tu installé confortablement ? »
- « ça va toujours bien ? », etc.

Ce genre de questions anodines lui donne l'occasion de communiquer verbalement avec son praticien et, le cas échéant, de l'informer s'il ressent comme désagréable quelque chose qui est habituellement bien toléré des autres petits patients. Il faut alors observer le mode de réponse de l'enfant et s'il ne répond pas, lui tapoter légèrement l'épaule de manière à l'aider à engager la conversation. N'ayant probablement pas eu le temps de percevoir de sensation pénible, il est généralement d'accord pour continuer le soin (Weilenmann, Egli-Bernd, 2004).

Avec l'adolescent, l'angoisse peut devenir un sujet de discussion : cela aide à ce qu'il se sente compris. Il est toutefois très sensible à la critique d'une manière générale, le praticien doit alors particulièrement veiller à être prudent dans ses commentaires (Vinckier et Vansteenkiste, 2003b).

3.2.1.1.3.3. Communication non verbale

3.2.1.1.3.3.1. Contact physique

Il a été démontré qu'un contact physique doux avant le début du traitement rassure et de ce fait réduit l'angoisse des enfants anxieux à l'égard des soins dentaires (Ackley, 2003 ; Newton et coll., 2003). Il faut cependant prêter attention à ne pas le faire de manière trop suggestive ! Un contact apaisant du praticien ou de l'assistante sur l'épaule ou le bras de l'enfant semble convenir. Ceci a aussi l'avantage d'humaniser les rapports et d'aider le patient à se sentir considéré et soutenu (Ackley, 2003).

3.2.1.1.3.3.2. Pauses

Lorsque les symptômes d'anxiété se font remarquer ou s'intensifient (yeux fermés, mains crispées, ouverture insuffisante de la bouche, absence de réponses, etc), il est temps de faire une pause afin que l'enfant et le praticien puissent récupérer un peu.

L'angoisse n'est toutefois pas toujours visible extérieurement : certains enfants peuvent donner l'impression d'être installés calmement dans le fauteuil alors qu'ils sont incapables de sortir un seul mot lorsqu'on leur parle par exemple. De plus, la durée d'attention (donc de coopération) du petit ne dépasse généralement pas une dizaine de minutes. C'est pourquoi les pauses en cours de soin sont à proposer systématiquement :

- l'enfant en profite pour s'asseoir, se rincer la bouche, s'étirer, se lever du fauteuil, parler d'autre chose, etc.
- la mère joue un rôle important : elle représente pour l'enfant une excellente occasion de se lever et d'aller montrer le « trou » dans la dent. La pause devient un moment de répit bienvenu auprès de celle qui peut alors le féliciter, le motiver pour la suite du traitement et l'encourager à retourner auprès du chirurgien-dentiste.

- le praticien en profite pour apaiser sa propre anxiété, indirecte, due au transfert de celle de l'enfant et motiver celui-ci en le félicitant de sa bonne coopération et en lui expliquant que la prochaine étape n'est pas plus difficile que celle passée. Ce petit regard en arrière représente un processus d'apprentissage précieux sur le chemin de la maîtrise de l'anxiété ! (Weilenmann, Egli-Bernd, 2004).

3.2.1.2. Méthodes qui visent à diminuer l'incertitude

Les approches visant à diminuer l'incertitude permettent généralement de réduire le niveau d'anxiété des enfants et de faciliter leur coopération au moment venu. Elles sont donc à privilégier chez les petits anxieux (Newton et coll., 2003), quel que soit leur style comportemental (Christiano et Russ, 1998). Ce sont :

- **l'information et les conseils donnés aux parents** dans le but de préparer leur enfant à sa première visite sont encore plus essentiels (Newton et coll., 2003).
- la **désensibilisation** de l'enfant prend également plus d'intérêt (Bourassa, 1998 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998). Elle consiste en :
 - o une *préexposition au stimulus neutre* qui s'apparente dans ce cas à la technique du modèle en permettant à l'enfant d'observer comment se déroule une séance de traitement dentaire, sur un de ses parents par exemple (Bourassa, 1998 ; Harrell, 2003 ; Newton et coll., 2003).
 - o une *préexposition graduelle* et l'application du *Tell-Show-Do* (Bourassa, 1998 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Chadwick, 2002 ; Newton et coll., 2003 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003b) :

Utilisée chez tous les enfants pour présenter de nouvelles procédures, les familiariser et les préparer à l'expérience dentaire, cette approche recommandée par l'American Academy of Pediatric Dentistry (2000-2001) est en effet particulièrement indiquée dans les cas d'anxiété légère à modérée (Bourassa, 1998).

Par rapport à la démarche classique que nous avons déjà présentée, il faut, chez l'anxieux encore plus scrupuleusement que chez les autres enfants, prêter attention à trois « détails » si on peut les appeler ainsi :

- L'intervalle de temps entre les étapes « montrer » et « faire » doit être le plus bref possible afin de réduire au maximum l'anxiété (Newton et coll., 2003).
- La confiance du jeune anxieux ne doit en aucun cas être trahie et de ce fait, aucun geste n'ayant été convenu au préalable ne doit être entrepris (Skaret, 2004).
- Au moment de réaliser une anesthésie locale à l'enfant, l'approche directe est à éviter, la vision de l'aiguille étant jugée trop effrayante pour un enfant anxieux. On préfère une approche semi-cachée, voire cachée lorsque cette procédure semble être la source des

tourments du petit (Harrell, 2003 ; Newton et coll., 2003). Il suffit alors de lui demander de fermer les yeux pour éviter qu'il ne soit aspergé de produit anesthésique par exemple (Harrell, 2003).

3.2.1.3. Méthodes pour aider l'enfant à affronter la situation

3.2.1.3.1. Respiration abdominale

La ventilation devient naturellement superficielle et rapide chez l'anxieux. Réussir à la contrôler permet inversement de réduire l'anxiété. Pour cela, le praticien doit enseigner à son jeune patient comment inspirer lentement, avec son ventre. C'est le principe de la respiration diaphragmatique :

- tout d'abord, il faut lui suggérer de poser une main sur sa cage thoracique et l'autre sur son ventre, puis lui demander de respirer et de regarder quelle main bouge. Si c'est celle du haut, il doit alors lui expliquer pourquoi respirer de cette façon entretient son stress et lui apprendre à respirer « avec son ventre ». Si c'est celle du bas, il peut le féliciter en lui disant que respirer de cette manière l'aide à contrôler son anxiété.
- ensuite, il peut lui demander d'essayer de respirer si lentement qu'une plume placée devant son nez ne bougerait pas. Cet exercice effectué pendant 5 minutes chaque jour jusqu'au prochain rendez-vous est un bon entraînement pour apprendre au petit à se calmer au fauteuil (Ackley, 2003).

Cet exercice, le plus connu parmi les méthodes de relaxation (Vinckier et Vansteenkiste, 2003b), semble particulièrement bien convenir aux enfants de type « repressor » (Christiano et Russ, 1998).

3.2.1.3.2. Distraction

La distraction est à la base de la majorité des procédés de « management » comportemental (Harper et D'Alessandro, 2004). Détourner l'attention de l'anxieux de ce qui peut être perçu comme une procédure désagréable ainsi que des stimuli qui sont à l'origine de son angoisse est un principe qui semble être employé spontanément par de nombreux parents. C'est le classique « Pense à autre chose, ça ira mieux ! ». Utilisée en situation dentaire, cette méthode va faire en sorte que l'enfant soit moins concentré sur le traitement (Slovin, 1997 ; Anastasio, 2000 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001 ; Newton et coll., 2003 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003b).

Recommandée par l'American Academy of Pediatric Dentistry (2000-2001), elle donne d'aussi bons résultats que les techniques basées sur la relaxation en matière de prise en charge de l'anxiété. Son efficacité s'avère maximale lorsque l'anxiété est légère ou modérée (Newton et coll., 2003). C'est une approche qui correspond bien au style « repressor » pour lequel elle donne de bons résultats (Christiano et Russ, 1998).

Diverses occupations ludiques et agréables peuvent être utilisées dans le but de distraire le jeune patient (Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000 ; Newton et coll., 2003 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

En fonction de ses préférences, le praticien peut choisir entre :

- la diffusion de **musiques** que l'enfant a choisies ou d'**histoires** audio-enregistrées à l'aide d'un balladeur, ou bien de **dessins animés** ou de **jeux vidéo** sur un écran (Pasini et Haynal, 1992 ; Slovin, 1997 ; Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998 ; Anastasio, 2000 ; Ackley, 2003 ; Newton et coll., 2003 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Les distractions audio donnent de meilleurs résultats que les distractions vidéo, sans doute parce qu'elles permettent à l'enfant de fermer les yeux et donc d'esquiver le stimulus redouté (Newton et coll., 2003). Le praticien peut sinon tout simplement raconter une histoire à l'enfant pendant le traitement. Cela suppose qu'il soit capable de faire les deux choses en même temps (Harrell, 2003 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003b).
- la **distraction cognitive** : le jeune patient est encouragé à penser à quelque chose d'autre que la situation dentaire (Newton et coll., 2003 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Certains préfèrent se concentrer sur une sensation physique (leur respiration par exemple), d'autres se focalisent plutôt sur la représentation psychique de quelque chose (Ackley, 2003 ; Harper et D'Alessandro, 2004). Cette forme de distraction, basée sur le principe de l'hypnose, ne peut fonctionner que si le patient a bien compris l'intérêt de ce petit jeu dans la réduction de son anxiété, ce qui suppose qu'il ait atteint un certain degré de maturation cognitive. Ce mode de distraction est donc réservé aux grands enfants et adolescents (Newton et coll., 2003 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003b).

Une variante consiste à suggérer au jeune de se concentrer sur ce qu'il a prévu de faire après le rendez-vous dentaire (après s'être assuré que ce n'est pas quelque chose de stressant pour lui bien sûr). Le fait de se transposer dans le futur lui permet de s'imaginer dans une situation confortable dans laquelle il se sent mieux et donc de prendre conscience qu'il est capable de surmonter la situation (Ackley, 2003).

Ou bien la distraction peut simplement consister à demander à l'enfant de compter jusqu'à 10 par exemple le temps d'une procédure dentaire. Ceci a l'avantage de permettre à l'enfant d'anticiper la fin précoce de l'acte (Harrell, 2003).

→ Ces méthodes peuvent être employées avant le rendez-vous (cela suppose d'avoir bien informé les parents sur le procédé) ou au cours de la séance de soin (Harper et D'Alessandro, 2004).

- le **miroir** : une stratégie judicieuse à utiliser chez les enfants dont l'anxiété est liée à l'ignorance de ce qui peut arriver consiste à leur permettre de regarder ce qui se passe dans leur bouche à l'aide d'un miroir ou d'un écran relié à une caméra vidéo suspendue au-dessus du fauteuil (Bourassa, 1998 ; Chadwick, 2002 ; Skaret, 2004). Cela leur permet en effet de se rendre compte que le praticien fait bien ce qu'il avait expliqué et leur octroie un contrôle visuel de la situation (Chadwick, 2002 ; Skaret, 2004). Cette méthode a également l'avantage de les occuper à observer le soin plutôt que de se soucier de ce qui pourrait arriver (Chadwick, 2002). Elle constitue ainsi une forme de distraction qui semble adaptée au mode de fonctionnement des anxieux du type « sensitizer » (Christiano et Russ, 1998).

Le recours à la distraction, quelle qu'en soit la forme, donne en outre une dimension sympathique et amusante à la visite pour l'enfant et ses parents (Harper et D'Alessandro, 2004).

3.2.1.3.3. Contrôle

Il a été montré que :

- les adolescents rapportant à la fois une expérience dentaire douloureuse et un faible sentiment de contrôle sont 16 fois moins disposés à retourner chez le chirurgien-dentiste que ceux n'ayant pas éprouvé de douleur et ayant eu le sentiment de garder le contrôle de la situation.
- l'impression de ne pas contrôler la situation chez les sujets très désireux de la contrôler induit un fort sentiment de peur et de détresse (Skaret, 2004).

Donner le contrôle à l'enfant est un bon moyen pour l'aider à surmonter sa peur, surtout lorsque celle-ci semble liée à l'incertitude de ce qui peut arriver (Levitt et coll., 2000 ; Chadwick, 2002). De plus, l'augmentation du sentiment de contrôle entraîne une diminution de la perception douloureuse (Skaret, 2004). Ce procédé convient particulièrement bien aux enfants de style comportemental « sensitizer », à ceux qui ont un fort « locus of control » et aux adolescents (Christiano et Russ, 1998 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003b). Le contrôle peut être offert à 3 niveaux : informationnel, comportemental/décisionnel et cognitif (Levitt et coll., 2000 ; Chadwick, 2002).

3.2.1.3.3.1. Contrôle informationnel

La démarche qui consiste à dire au petit patient de ne pas s'inquiéter est le meilleur moyen de le laisser croire qu'il a de bonnes raisons de s'angoisser ! (Chadwick, 2002).

Mieux vaut le préparer en l'informant concrètement de ce qui va se passer, notamment en ce qui concerne ce qu'il va ressentir au cours de la procédure (Levitt et coll., 2000 ; Chadwick, 2002 ; Skaret, 2004). Le chirurgien-dentiste doit savoir choisir son moment pour cela. Une information détaillée donnée trop précocement à l'enfant risque à l'inverse d'accroître son anxiété : savoir ce qu'on va ressentir et entendre au cours d'une extraction une semaine à l'avance n'a effectivement rien de rassurant par exemple (Chadwick, 2002). Il doit également l'encourager à poser les questions qui le préoccupent et y répondre intégralement, de façon adaptée (Levitt et coll., 2000). Les brochures d'information semblent aussi être d'efficaces moyens de réduction de l'anxiété, notamment lorsqu'elles renseignent sur les méthodes de contrôle de la douleur (Chadwick, 2002). Dans cet esprit, l'association SPARADRAP a réalisé un livret destiné aux enfants et intitulé « Je vais chez le dentiste... Pourquoi ? » (Galland et coll., 2004).

Tout ceci va permettre au jeune de se préparer à faire face à la situation de façon appropriée (Levitt et coll., 2000). Curieusement, le contrôle informationnel semble donner d'aussi bons résultats en matière de réduction de l'anxiété chez les « repressors » que chez les « sensitizers » (chez qui une information détaillée est indispensable pour pouvoir faire face) (Christiano et Russ, 1998 ; Skaret, 2004).

3.2.1.3.3.2. Contrôle comportemental et décisionnel

Le contrôle décisionnel revient à donner le choix au jeune patient sur la manière de procéder. Il peut par exemple décider de l'usage ou non de l'anesthésie locale (Vinckier et Vansteenkiste, 2003b). Le contrôle comportemental consiste à lui offrir un moyen de maîtriser la conduite de son chirurgien-dentiste :

- en lui permettant de lever le bras ou la main lorsqu'il a besoin d'une pause : il peut à tout moment interrompre le soin. C'est ce qu'on appelle le contrôle d'arrêt (Slovin, 1997 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Levitt et coll., 2000 ; Chadwick, 2002 ; Ackley, 2003 ; Newton et coll., 2003 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003b ; Skaret, 2004).
- en convenant d'un signal qui signifie qu'il est prêt à continuer le soin (Levitt et coll., 2000 ; Chadwick, 2002).
- en lui demandant aussi souvent que possible la permission pour passer à l'étape suivante du traitement (Slovin, 1997).

En passant ainsi d'une conduite passive à une participation active, l'enfant apprend petit à petit à maîtriser le soin et donc son angoisse (Chadwick, 2002 ; Ackley, 2003). Le recours à ce procédé risque d'être un peu abusif au début, puis au fur et à mesure que la confiance s'établit, l'enfant ressent de moins en moins le besoin de l'utiliser. Cette démarche nécessite une participation mutuelle des deux parties (Levitt et coll., 2000). Elle suppose que :

- l'enfant fasse confiance à « son dentiste » et coopère (Newton et coll., 2003 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003b).
- le praticien respecte son jeune patient : il ne doit alors surtout pas manquer à son engagement en omettant d'honorer le pacte, au risque de perdre toute crédibilité ainsi que la confiance qu'il avait acquise (Slovin, 1997 ; Levitt et coll., 2000 ; Chadwick, 2002 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003b, Skaret, 2004).

Cette technique a prouvé son efficacité en matière de réduction de l'anxiété, même lorsque l'enfant n'utilise pas le signal qui lui est proposé. Le simple fait d'être doté de cette possibilité de contrôle semble suffire (Newton et coll., 2003).

3.2.1.3.3.3. Contrôle rétrospectif

Il correspond à l'explication réaliste de ce qui vient de se passer. Par exemple, cela revient à faire sentir à l'enfant le trou qu'il a dans sa dent avec sa langue après le curetage d'une carie ou à lui expliquer que la sensation de gonflement lors de la réalisation d'une anesthésie locale est normale et pourquoi, etc (Skaret, 2004).

3.2.1.4. Renforcement positif

Employé lorsque l'enfant a fait preuve de bonne volonté en suivant les conseils du praticien concernant les moyens de surmonter plus facilement ses émotions, le renforcement positif a pour vocation d'éveiller en lui un sentiment de fierté. Ainsi encouragé à persévérer dans cette

démarche, son anxiété s'estompe peu à peu (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998). Il permet en outre de conclure le rendez-vous sur une note positive (Pinkham, 1995).

Cependant, la probabilité que l'enfant considère l'agent de renforcement choisi par le chirurgien-dentiste comme une récompense dépend du contexte, notamment de son niveau d'anxiété. Un renforçateur un peu faible à la base est encore moins puissant si l'enfant est anxieux. La récompense doit donc être choisie avec pertinence afin d'être personnalisée et efficace. Les parents constituent à ce sujet une source d'informations fiable sur ce que l'enfant est susceptible d'apprécier ou pas (Newton et coll., 2003).

Il convient toutefois de se méfier des récompenses promises par les parents car elles peuvent être dangereuses. Si avant le rendez-vous, ceux-ci promettent à leur enfant de lui donner quelque chose qu'il n'aurait pas eu en temps normal après le soin, le petit a toutes les raisons d'interpréter le rendez-vous à venir comme une menace. Le cadeau, démesuré par rapport au contexte aux yeux du petit, trahit en effet l'anxiété de son père ou de sa mère (Pinkham, 1995).

3.2.1.5. Conclusion

Buchanan et Niven (2003) ont montré que les praticiens choisissent préférentiellement les méthodes qui permettent de fournir à l'enfant des informations sur l'acte par rapport à celles qui consistent à l'aider à se détendre et se distraire de l'acte, avec une supériorité des stratégies qui adhèrent aux principes du Tell-Show-Do. Ceci peut avoir des conséquences si le petit anxieux est du style à préférer la distraction comme les « repressors » (Buchanan et Niven, 2003). Donc même si le Tell-Show-Do a fait ses preuves avec tous les styles d'enfants, il faut tout de même prêter attention au style comportemental de l'enfant afin de ne pas le priver d'une approche qui est susceptible de lui apporter une aide plus appropriée ou un confort supplémentaire.

3.2.2. Coopérant mais douloureux

3.2.2.1. Comprendre la douleur de l'enfant

La prise de conscience de la douleur et sa prise en charge impliquent nécessairement l'établissement d'une relation de confiance entre le praticien et son jeune patient. La seule connaissance que nous avons de la douleur de l'autre provient de ce qu'il communique, intentionnellement ou non. Il est donc indispensable de croire celui qui prétend souffrir et de s'efforcer de comprendre celui qui évoque un vécu douloureux ! Ceci met en avant l'aspect interpersonnel de l'expérience douloureuse. Connaître la douleur d'autrui revient à être capable de déchiffrer un vécu qui comporte toujours une part d'inexprimable. L'expression douloureuse étant modulée par la réponse de l'environnement, auquel le praticien appartient, ce dernier est incontestablement impliqué, émotionnellement et cognitivement, dans l'échange. Son attitude conditionne en partie l'évolution du vécu de l'enfant, notamment la peur et l'angoisse qui sont associées à la nociception (Deville de Perière et coll., 2001). Dans tous les cas, il est plus que souhaitable que le praticien, par son attitude, ne devienne pas un agent d'exacerbation de cette « iatrogénéité psychique » de notre pratique (Slovin, 1997 ; Deville de Perière et coll., 2001).

3.2.2.2. Retentissement de l'évaluation de la douleur sur sa prévention et son traitement chez l'enfant : recommandations de l'ANAES

En l'absence de correspondance consensuelle entre les différents outils d'évaluation de la douleur et les catégories de douleur utilisées dans l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) des antalgiques, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (2000) propose :

- une correspondance entre les outils d'auto-évaluation et l'intensité de la douleur.
- des seuils d'intervention thérapeutique en auto et hétéro-évaluation. Ce sont les seuils au-delà desquels la mise en route d'un traitement, quel qu'il soit, est indispensable et en deçà desquels l'intervention thérapeutique reste à l'appréciation du soignant, de l'enfant ou de ses parents.

Intensité douloureuse	Méthodes d'auto-évaluation			Méthodes d'hétéro-évaluation			
	EVA	Poker Chip	FPS-R	Amiel-Tison inversé	CHEOPS	OPS	NFCS
"légère"	1 à 3 cm	1	2	X			
"modérée"	3 à 5 cm	2	4				
"intense"	5 à 7 cm	3	6				
"très intense"	> 7 cm	4	8 ou 10				
Seuil d'intervention thérapeutique	3/10	2	4	5/20	9/13	3/10	1/4

Tableau 10 : Correspondance entre les outils d'auto-évaluation et l'intensité de la douleur, seuils d'intervention thérapeutique, d'après l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (2000).

3.2.2.3. Règles de prise en charge de la douleur chez l'enfant

Des références professionnelles que nous venons de citer émanent des règles de prise en charge de la douleur chez l'enfant. Elles concernent le geste thérapeutique, le traitement antalgique et les moyens complémentaires, non pharmacologiques, permettant de diminuer la douleur (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000 ; Deville de Perière et coll., 2001).

3.2.2.3.1. Le geste thérapeutique

En odontologie, il reste le plus souvent le meilleur traitement contre la douleur. Il permet de la supprimer dans les 48 heures dans 88% des cas. A cette fin, il doit absolument être à *visée étiologique*. Le choix du geste résulte donc directement du diagnostic étiologique de la douleur posé par le clinicien (Deville de Perière et coll., 2001).

Il peut nécessiter, selon les cas, la réalisation préalable d'une **anesthésie locale** ou loco-régionale de manière à prévenir la douleur iatrogène prévisible (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000 ; Deville de Perière et coll., 2001). Celle-ci doit être réalisée en respectant les principes de l'approche proposée en deuxième partie de notre thèse, car la relation de confiance, plus encore chez l'enfant douloureux, est délicate à établir et ne doit pas être rompue. L'ANAES (2000) recommande à ce sujet l'application d'une crème anesthésique de contact préalable à l'injection, de manière systématique pour les

injections répétées (dans le cas d'une extraction par exemple), à la demande pour les injections occasionnelles. Rappelons que le choix de l'anesthésie comme premier « blocage » de la douleur ne doit en aucun cas rester un acte isolé. Il doit au contraire s'inscrire dans le cadre d'un traitement global (Deville de Perière et coll., 2001).

3.2.2.3.2. Le traitement antalgique

Le traitement antalgique doit être proposé simultanément au traitement étiologique de toute pathologie douloureuse (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000 ; Deville de Perière et coll., 2001). Il peut être à visée curative ou préventive (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000).

3.2.2.3.2.1. Le traitement curatif

Son objectif immédiat est d'obtenir une analgésie rapide, c'est-à-dire ramener l'intensité de la douleur en dessous du seuil de 3/10 sur l'EVA et/ou permettre un retour aux activités de base de l'enfant. La prescription initiale découle directement du niveau de douleur précédemment estimé grâce aux outils d'évaluation :

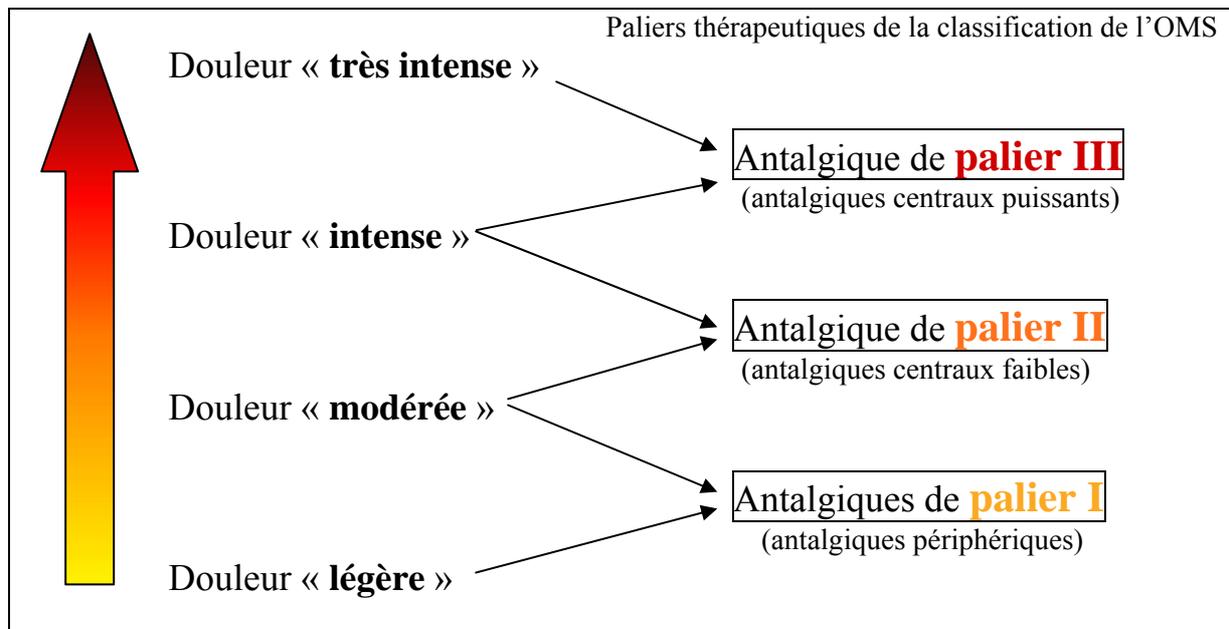


Figure 24 : Prescription antalgique de première intention selon le niveau de douleur évalué.

Puis il convient d'adapter rapidement le traitement en fonction du niveau de douleur résiduelle (Deville de Perière et coll., 2001). Une réévaluation est réalisée après une ou deux prises d'antalgique, grâce aux mêmes outils que ceux employés pour l'évaluation initiale (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000 ; Deville de Perière et coll., 2001).

L'échec de la prescription de première intention est objectivé par :

- une EVA non ramenée en dessous de 3/10 ou non diminuée chez les enfants de plus de 6 ans.
- la persistance de la diminution des activités de base chez les enfants de moins de 6 ans (Deville de Perière et coll., 2001).

En cas d'échec, le traitement antalgique doit être intensifié par une augmentation de la posologie de la molécule, un changement de substance au sein du même palier thérapeutique associé à une augmentation des doses ou un passage au palier supérieur. Cette adaptation du traitement n'est possible que si les parents ont été correctement informés et ont reçu des consignes précises inscrites sur l'ordonnance (prise systématique pendant un temps déterminé, méthode d'évaluation de la douleur, horaire de cette évaluation et modalités d'adaptation du traitement si nécessaire). Ceci ne pose généralement pas de problèmes, les outils d'évaluation de la douleur étant simples d'utilisation.

Notons tout de même que nous nous trouvons face à un horizon thérapeutique relativement limité en pédodontie. Il n'existe par exemple aucun antalgique de palier II ayant une AMM chez l'enfant de moins de 1 an et aucun antalgique de palier III per os chez l'enfant de moins de 6 mois (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000 ; Deville de Perière et coll., 2001).

3.2.2.3.2.2. Le traitement préventif

Après le geste thérapeutique, la disparition de l'effet anesthésique coïncide souvent avec l'apparition de douleurs post-opératoires. En effet, tout acte chirurgical, même banal, induit une réaction inflammatoire de défense qui s'accompagne d'une libération et d'une diffusion de substances médiateurs algogènes. La douleur étant plus difficile à contrôler lorsqu'elle est installée, le praticien ne doit donc ni la laisser apparaître, ni la laisser se développer (Deville de Perière et coll., 2001). C'est pourquoi la prescription préventive d'antalgique est justifiée de manière systématique (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000 ; Deville de Perière et coll., 2001). Cette attitude prophylactique s'inscrit dans un contexte psychologique, qui consiste à mettre l'enfant en confiance, en le prévenant de l'éventualité d'une douleur post-opératoire.

La prescription préventive doit être adaptée à la symptomatologie et l'intensité douloureuse initiales, ainsi qu'à la nature de l'acte effectué. Les modalités en sont les suivantes :

- une dose d'attaque d'antalgique avant l'apparition de la douleur post-opératoire (prise en pré-opératoire ou en post-opératoire immédiat), afin de l'anticiper et d'éviter à l'enfant le vécu qui suscite la mémorisation d'un épisode douloureux.
- puis une dose fixe, à intervalle régulier (toutes les 4 à 6 heures) pour éviter la réapparition de la douleur entre les prises et pendant toute la durée prévisible de la douleur (qui varie selon l'importance du choc opératoire). En général, 2 jours suffisent (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000 ; Deville de Perière et coll., 2001).

3.2.2.3.3. Le traitement complémentaire par des moyens non pharmacologiques

La prise en charge de l'enfant douloureux peut, en plus des antalgiques, faire appel à des moyens non pharmacologiques dans le but de diminuer la douleur et/ou la détresse du petit. Si celui-ci utilise habituellement une stratégie d'adaptation particulière, le praticien se doit de la lui proposer et de la faciliter. Dans le cas contraire et pour les enfants jeunes, des techniques simples, constituant souvent une aide efficace, peuvent être proposées.

Elles sont particulièrement intéressantes lorsqu'une anesthésie locale est nécessaire :

- la **relaxation** au moyen d'exercices de respiration (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000 ; Deville de Perière et coll., 2001).
- la **technique de saturation du conscient**, qui a pour but de dédramatiser cet acte souvent perçu comme un geste agressif par l'enfant.

Utilisable dès l'âge de 3 ans, elle consiste à drainer toute l'attention de l'enfant dans l'accomplissement d'une tâche bien précise, en lui ayant préalablement expliqué que cette manœuvre est en rapport direct avec le bon déroulement de l'intervention. Cette tâche peut être par exemple tenir un flacon d'anesthésique de contact en maintenant le bras à l'horizontale sans toucher le fauteuil. Se situant dans une dynamique instable, ce geste exige de l'enfant un contrôle constant de sa stabilité. D'une voix grave, lente et cadencée, le chirurgien-dentiste lui demande de concentrer toute son attention sur le flacon qu'il tient dans ses mains, sur le contact de ses doigts sur l'objet, sur la sensation procurée par la matière du flacon sur ses doigts, sur la pression exercée par chacun de ses doigts sur l'objet, etc. Une autre façon de procéder consiste à faire appel à l'imaginaire de l'enfant en lui suggérant d'imaginer que l'objet qu'il tient est quelque chose de fragile et de précieux (un petit animal par exemple) qu'il doit porter avec beaucoup de douceur et de calme.

Ce procédé entraîne une concentration globale de l'enfant sur sa main. Tout son inconscient étant monopolisé par la manœuvre à effectuer, un espace d'ouverture pour pratiquer l'anesthésie se libère. Tout en réalisant son acte, le praticien continue bien sûr à stimuler l'attention du petit patient sur sa main (Anastasio, 2000).

- l'**hypnoalgésie**, qui a prouvé son efficacité dans le contrôle de la douleur avant l'injection (Shaw et Niven, 1996). Différentes techniques existent :
 - o la distraction peut être envisagée chez le petit enfant. On peut lui lire un livre, lui raconter son histoire préférée, lui montrer des illustrations ou lui proposer de se raconter intérieurement une histoire s'il est plus grand (Shaw et Niven, 1996 ; Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000 ; Deville de Perière et coll., 2001).
 - o la suggestion chez l'enfant de plus de 6-7 ans :
 - il peut lui être suggérer d'imaginer le nerf qui innerve sa dent et un petit bouton sur lequel il peut appuyer pour « éteindre » la sensation douloureuse au moment de l'injection.
 - la technique du « cercle magique » : après avoir dessiné un cercle sur le dos de sa main, il est suggéré à l'enfant que l'intérieur du cercle s'endort. La différence de sensation entre l'intérieur et l'extérieur du cercle est objectivée à l'aide d'une sonde d'examen. Puis il est suggéré à l'enfant de déplacer le cercle engourdi vers sa bouche.
 - la suggestion directe de l'engourdissement (Shaw et Niven, 1996).

3.3. Gestion des échecs chez l'anxieux et prise en charge de l'enfant non-coopérant

3.3.1. L'enfant anxieux sévère ou phobique

Une menace potentielle n'est associée à une appréhension que si la personne ne sait pas comment y faire face (Levitt et coll., 2000). Les objectifs du praticien avec ce type de patient sont :

- lui faire reconnaître qu'il a un problème et lui montrer qu'il le comprend.
- établir avec lui un plan de traitement où ils vont travailler ensemble pour aboutir à un résultat commun : réussir à contrôler la peur et permettre les soins.

L'approche proposée pour l'anxieux léger reste bien entendu fondamentale.

A cela doit s'ajouter la mise en place d'un processus éducatif qui repose sur des méthodes cognitivo-comportementales visant à fournir à l'anxieux des moyens pour qu'il se sente capable de surmonter son angoisse et de faire face à la situation dentaire. Celles-ci sont basées sur le fait que l'enfant peut apprendre à accepter des situations qu'il considère comme menaçantes grâce à une exposition progressive associée à une relaxation générale. Ils avancent ainsi pas à pas, selon une chronologie qui ne respecte peut-être pas toujours un ordre conventionnel mais qui aide le petit à gagner en estime personnelle et en motivation pour la suite du traitement (Slovin, 1997).

3.3.1.1. Moyens d'aider l'enfant à surmonter sa peur

Nous allons maintenant décrire les méthodes cognitivo-comportementales pouvant être utilisées.

3.3.1.1.1. Apprentissage par modèle

Si les peurs peuvent être apprises, elles peuvent être « désapprises » ! (Do, 2004). Selon la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1980), les enfants peuvent apprendre en observant les autres faire l'expérience d'une situation. En pédodontie, cette théorie semble s'appliquer le mieux aux enfants qui manifestent de l'anxiété lors de leur première visite chez le chirurgien-dentiste. Elle est à la base de la méthode de l'apprentissage par modèle, encore appelée modelage (Newton et coll., 2003 ; Do, 2004).

Recommandée par l'American Academy of Pediatric Dentistry (2000-2001) dans le but de réduire les comportements anxieux ou perturbateurs au cabinet dentaire, cette approche consiste à démystifier le traitement dentaire et à encourager l'enfant à s'enquérir de la réponse appropriée à la situation dentaire en lui faisant observer une autre personne en train de se faire soigner (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Newton et coll., 2003 ; Do, 2004). Elle doit être utilisée de préférence dans un but préventif, avant le premier rendez-vous de soin dentaire proprement dit. Efficace chez les enfants entre 4 et 9 ans, elle ne l'est que potentiellement chez les petits de moins de 4 ans (Do, 2004).

Il existe deux façons de procéder :

- le « **filmed/in-vivo modeling** » : l'enfant observe un modèle en train de se faire soigner, qui est soit réel (effectivement en salle de soins avec l'enfant), soit virtuel (observé par l'intermédiaire d'un système de projection vidéo dans la salle d'attente). Un modèle réel est généralement plus efficace. Les deux procédés peuvent aussi être combinés (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998 ; Dajeant-Trutaud et coll., 1998 ; Newton et coll., 2003 ; Do, 2004).
- le « **participant modeling** » : le principe est le même à la différence près que la participation active de l'enfant qui observe est sollicitée (Newton et coll., 2003 ; Do, 2004). En imitant les agissements dont le modèle fait la démonstration, le petit s'essaie ainsi aux procédés qui sont susceptibles de l'aider à faire face à la situation dentaire. Cette sollicitation de la participation de l'enfant semble augmenter de façon significative l'efficacité de la séance de modelage (Do, 2004).

Il convient de prêter attention à certains détails pour optimiser l'efficacité de la méthode :

- le modèle observé doit partager des similitudes avec l'enfant concerné (même sexe et âge rapproché par exemple) (Newton et coll., 2003 ; Do, 2004). L'efficacité est accrue si l'enfant a du respect ou de l'estime pour le modèle (Do, 2004). Un frère ou une sœur dont le comportement est convenable fait donc très bien l'affaire, de même que les personnages de dessins animés populaires (Bourassa, 1998 ; Do, 2004).
- le modèle doit être observé en train de se faire soigner depuis le début jusqu'à la fin du traitement et ce, sans préjudices (Newton et coll., 2003 ; Do, 2004). En effet, l'observation d'une réaction négative au traitement dentaire peut déclencher chez l'enfant qui observe de l'anxiété dentaire ! (Do, 2004).
- le modèle doit de préférence être un enfant modérément anxieux qui réussit malgré cela à faire face à la situation et à coopérer (Newton et coll., 2003 ; Do, 2004). On parle alors de « coping model ». Le résultat est meilleur qu'avec un modèle qui semble ne pas du tout avoir peur car :
 - le « coping model » exprime ses peurs et ses difficultés à les surmonter.
 - il fait la démonstration des moyens qu'il utilise pour y parvenir.
 - l'enfant concerné voit alors le modèle accomplir le traitement dentaire avec succès grâce à ces moyens (Do, 2004).
- le modèle doit être récompensé pour son comportement favorable : en cours de traitement pour avoir appliqué correctement les méthodes pour réussir à affronter la situation et en fin de traitement pour le bon travail accompli ensemble (Newton et coll., 2003 ; Do, 2004).

Cette approche, nécessitant un investissement en temps de la part du praticien, semble peu compatible avec les impératifs de l'exercice libéral pluridisciplinaire. Elle semble plus appropriée à l'exercice en clinique dentaire ou cabinet spécialisé, où plusieurs enfants sont susceptibles de se faire soigner en même temps (Newton et coll., 2003). Notons que cette

méthode diminue également de manière significative les comportements inadaptés de l'enfant modèle (Do, 2004).

3.3.1.1.2. Relaxation

Cette technique permet une détente de l'enfant qui, par définition, est incompatible avec l'état d'anxiété (Anastasio, 2000 ; Chadwick, 2002 ; Ackley, 2003). C'est le principe de l'inhibition réciproque (Bourassa, 1998). Le simple apprentissage d'une méthode de relaxation semble donc être efficace sur la réduction de l'anxiété dentaire (Newton et coll., 2003), notamment chez les enfants de type « repressor » (Christiano et Russ, 1998).

La relaxation consiste à apprendre à l'enfant à se détendre musculairement de manière à ce qu'il puisse mieux se concentrer sur la relaxation de son état mental (Slovin, 1997). La tension musculaire est en effet caractéristique de l'état de stress. Cette réaction physiologique est cependant inadaptée à la situation dentaire car elle augmente la perception de la douleur et est inutile : elle n'aboutit pas à la fuite supposée ! De même que pour la respiration, réussir à contrôler son niveau de tension musculaire constitue un excellent moyen de remédier à l'anxiété (Ackley, 2003). La méthode la plus connue est basée sur la *relaxation musculaire progressive* couplée à une respiration lente et contrôlée. Elle consiste à accompagner et aider le patient à détendre tous les groupes musculaires de son corps, en commençant par les pieds et en remontant progressivement pour terminer par les muscles de la face (Slovin, 1997 ; Chadwick, 2002 ; Ackley, 2003). Cela demande du temps et exige que le patient soit attentif aux instructions pendant une période prolongée. Son utilisation chez les enfants est donc moins évidente que chez les adultes (Ackley, 2003 ; Newton et coll., 2003). Plusieurs visites pouvant être nécessaires pour parvenir à un état de relaxation, il est préférable de faire appel à un psychologue (Chadwick, 2002). Inversement, Slovin (1997) défend l'idée qu'un chirurgien-dentiste entraîné est mieux disposé qu'un autre professionnel à mettre en œuvre cette méthode chez les phobiques du fait qu'il est le plus apte à simuler la situation dentaire.

Tandonnet (1983) propose une méthode de relaxation en trois phases qui semble relativement simple et rapide et peut donc à ce titre être envisagée au cabinet dentaire (Tandonnet, 1983 ; Anastasio, 2000). Cela suppose tout de même que le praticien soit formé (Dajean-Trutaud et coll. 1998). Il peut être intéressant de procéder préalablement à une sensibilisation de l'enfant à ce qu'est un état de détente physique. Celle-ci peut être menée de la façon suivante :

- le dentiste demande dans un premier temps à l'enfant de serrer le poing puis de tendre son avant-bras progressivement en comptant jusqu'à 5. → Il lui fait alors prendre conscience de la sensation de tension musculaire.
- puis il lui demande de relâcher progressivement en décomptant de 5 à 0 et lui fait sentir la différence entre la sensation de tension et de détente musculaire. → Le petit sait maintenant ce que signifie être détendu sur le plan musculaire (Ackley, 2003).

Les trois temps de la relaxation proprement dite sont :

- la **relaxation physique** : généralement allongé, l'enfant est guidé progressivement vers un état de détente physique par la fermeture de ses yeux, une respiration diaphragmatique, la localisation spatiale de ses bras, jambes, tête et cou par le toucher et la décontraction musculaire.

- la **relaxation mentale** : le praticien amène ensuite l'enfant à prendre conscience de la notion de calme en instaurant un dialogue avec lui.
- la **période de récupération lente** qui termine la séance : l'enfant ayant complètement récupéré, une véritable communication va pouvoir s'installer (Tandonnet, 1983 ; Anastasio, 2000).

Plusieurs séances de ce type peuvent être nécessaires avant de pouvoir engager le traitement dentaire. Dans ce cas, la première séance doit idéalement se dérouler en terrain neutre, en dehors de tout stimulus anxiogène. Le bureau du dentiste convient très bien. Puis la seconde est effectuée sur le fauteuil dentaire lors d'une séance au cours de laquelle aucun traitement n'est prévu, puis la troisième sur le fauteuil dentaire juste avant la réalisation d'un examen bucco-dentaire, etc (Ackley, 2003).

La plupart des techniques de relaxation nécessitent l'utilisation conjointe d'autres moyens de réduction de l'anxiété comme :

- la **distraction cognitive** ou « **guided imagery** » (Levitt et coll., 2000 ; Ackley, 2003 ; Newton et coll., 2003). Après avoir préparé l'enfant en l'installant confortablement et en lui conseillant de respirer lentement comme nous l'avons vu, le praticien lui demande de s'imaginer qu'il se trouve dans un endroit ou une situation qu'il trouve particulièrement paisible (vacances, hobby, etc) (Slovin, 1997 ; Ackley, 2003). Il peut alors le guider, d'une voix calme et rythmée, dans cet univers agréable à travers ses cinq sens (Ackley, 2003). Les sensations positives qui s'éveillent en lui aboutissent à une relaxation musculaire généralisée et donc une diminution de son anxiété. Dans ce cas, le petit patient contrôle lui-même sa relaxation : il peut se réimaginer la situation plaisante dès que nécessaire (Slovin, 1997).
- la **restructuration cognitive** que nous exposerons dans le chapitre suivant (Levitt et coll., 2000 ; Ackley, 2003 ; Newton et coll., 2003).

Quoi qu'il en soit, il est essentiel que :

- le petit patient puisse déterminer la méthode de relaxation qui lui convient le mieux (Vinckier et Vansteenkiste, 2003b).
- une fois une méthode apprise, il puisse réaliser les exercices en dehors de la situation dentaire, afin de pouvoir s'entraîner chez lui entre les séances.
- il sache reconnaître les premiers signes d'angoisse afin de pouvoir mettre en route ses propres exercices de relaxation avant ou pendant les soins dans le but d'être parfaitement détendu et de pouvoir les affronter plus calmement (Slovin, 1997 ; Levitt et coll., 2000 ; Chadwick, 2002 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003b).

Il conserve ainsi un contrôle sur ses émotions, ce qui fait de cette approche un excellent complément pour une gestion correcte de l'angoisse dentaire.

3.3.1.1.3. Restructuration cognitive

La manière dont un individu pense à une situation ou un évènement influence inévitablement la réaction qu'il a face à cette situation lorsqu'elle se présente à lui (Levitt et coll., 2000). Les pensées négatives ou catastrophiques suscitant une appréhension, elles sont de ce fait génératrices d'anxiété et responsables d'une exacerbation douloureuse (Levitt et coll., 2000 ; Skaret, 2004). De plus, le sentiment de ne pas pouvoir contrôler ces pensées négatives augmente lui aussi la peur.

La restructuration cognitive, encore connue sous les noms de *commande* ou *contrôle cognitif*, va permettre à l'enfant de contrôler ses pensées négatives ou catastrophiques et éventuellement de les restructurer (Skaret, 2004). Ceci participe à diminuer son anxiété de manière efficace. Le praticien procède alors en commençant par interroger le petit patient sur ses pensées lorsqu'il est en situation dentaire. Puis il lui apprend à reconnaître ses pensées négatives automatiques et à les remplacer par des pensées bénéfiques, plus appropriées. Pour cela, il doit lui redéfinir ce que représente réellement l'expérience dentaire (c'est-à-dire ce qui va concrètement se passer) et l'opposer à l'idée que s'en fait le petit (ce qu'il pense qu'il pourrait se passer) (Levitt et coll., 2000).

3.3.1.1.4. Désensibilisation systématique

3.3.1.1.4.1. Principe

Développée par Wolpe (1958), la désensibilisation systématique est à l'origine une stratégie d'approche de l'anxiété phobique qui a été adaptée à un grand nombre de peurs et phobies, que ce soit chez l'adulte ou chez l'enfant (Pasini et Haynal, 1992 ; Shaw et Niven, 1996 ; Levitt et coll., 2000 ; Newton et coll., 2003). Elle repose sur deux principes :

- l'évitement accroît l'anxiété et la phobie alors que l'exposition les réduit ! (Slovin, 1997).
- l'inhibition réciproque (Pasini et Haynal, 1992 ; Shaw et Niven, 1996).

Basée sur l'*exposition graduelle* à l'image mentale du stimulus anxiogène, elle est utilisée en association avec une méthode de relaxation (Pasini et Haynal, 1992 ; Slovin, 1997 ; Newton et coll., 2003 ; Skaret, 2004) et comprend quatre étapes :

- le **recueil de l'historique du problème**, notamment les événements à l'origine de la peur, ses conséquences sur la vie et la santé de l'enfant, ainsi que ses attentes à l'égard du traitement de sa phobie (Newton et coll., 2003).
- l'**enseignement d'une méthode de relaxation** comme la relaxation musculaire progressive par exemple ou l'hypnose (Shaw et Niven, 1996 ; Bourassa, 1998 ; Chadwick, 2002 ; Newton et coll., 2003).
- l'**établissement d'une hiérarchie des peurs** avec l'enfant, sur une échelle de 1 (quelque chose qu'il trouve modérément effrayant mais se sent éventuellement capable de faire avant le traitement) à 10 (quelque chose qu'il considère extrêmement effrayant mais a envie d'être capable de surmonter à la fin du traitement) (Shaw et Niven, 1996 ; Bourassa, 1998 ; Levitt et coll., 2000 ; Chadwick, 2002 ; Newton et coll., 2003).

- **l'association stimulus-relaxation.** Sur plusieurs semaines, avec l'aide de son thérapeute, le petit patient préalablement décontracté est exposé de manière ordonnée à chacun des éléments anxiogènes qu'il a désignés, en commençant par le moins menaçant vers le plus stressant. La clé du succès est l'extinction des niveaux d'anxiété extrêmes. L'exposition doit donc être progressive afin qu'il apprenne tranquillement à considérer les éléments comme inoffensifs. Lorsqu'il réussit à rester détendu et s'en sent capable, il peut passer à l'item suivant de sa liste. Chaque étape est alors répétée, ainsi de suite jusqu'à réduction de son anxiété (Pasini et Haynal, 1992 ; Shaw et Niven, 1996 ; Bourassa, 1998 ; Levitt et coll., 2000 ; Chadwick, 2002 ; Newton et coll., 2003 ; Skaret, 2004).

Lorsque la progression nécessaire pour passer au stimulus suivant est trop importante pour l'enfant, il convient de la diviser en plusieurs petites étapes. Par exemple, l'évolution entre « prendre un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste » et « me faire examiner les dents » paraît simple et logique. Sa subdivision peut cependant être nécessaire afin de rendre la transition faisable aux yeux de l'enfant anxieux :

- « m'asseoir dans la salle d'attente ».
- « m'asseoir dans le fauteuil dentaire ».
- « regarder les instruments », etc (Pasini et Haynal, 1992 ; Shaw et Niven, 1996 ; Skaret, 2004).

Au fur et à mesure que l'enfant réussit à surmonter ses peurs, il peut accéder à des séances de soin de plus en plus « difficiles » et ainsi progresser vers des séances de prophylaxie, puis de traitement proprement dit (Levitt et coll., 2000).

3.3.1.1.4.2. Indications

Cette approche est reconnue très efficace pour le traitement des enfants extrêmement anxieux (Newton et coll., 2003). Elle peut être envisagée chez le petit patient phobique ou présentant des niveaux d'anxiété dentaire si intenses et irrationnels qu'ils l'empêchent de faire appel à ses processus cognitifs et interfèrent avec sa santé et son mode de vie (lorsque l'évitement des soins dentaires conduit à des pathologies ou des niveaux de douleur sévères par exemple, ou bien des états d'affliction profonde). Elle demande du temps et exige des compétences particulières. Il est donc recommandé dans ce cas d'adresser l'enfant à un psychologue ou un psychothérapeute qui est plus en mesure de mener la thérapie (Bourassa, 1998 ; Chadwick, 2002 ; Newton et coll., 2003).

Le principe de l'exposition graduelle aux facteurs anxiogènes peut toutefois être appliqué au cabinet dentaire par le pédodontiste (qui a le temps et la formation nécessaires) dans les cas moins sévères, en association avec un renforcement positif (Bourassa, 1998 ; Newton et coll., 2003). Cette approche peut ainsi constituer une alternative pour la prise en charge des enfants atteints de phobies ou de peurs spécifiques comme celle de la « piqûre ». Elle n'est en aucun cas justifiée pour les niveaux d'anxiété moindres (Bourassa, 1998 ; Chadwick, 2002).

3.3.1.1.5. Hypnose

3.3.1.1.5.1. Définition

L'hypnose est un état artificiellement induit ressemblant au sommeil, caractérisé par :

- un état de **relaxation mentale**. Il en résulte une réduction de l'anxiété.
- un état de **moindre vigilance**, durant lequel le patient :
 - o se plonge dans ses sensations et expériences intimes. Il est donc moins conscient des événements extérieurs à l'origine de son anxiété.
 - o pense de manière moins analytique et logique. Ses facultés critiques étant atténuées, il est disposé à accepter plus facilement le traitement qui lui est proposé.
- une **haute susceptibilité de suggestion**. Cette capacité accrue à répondre aux suggestions de façon automatique et dissociée permet au praticien de favoriser chez le patient des pensées, des sensations et des émotions positives qui se répercutent sur son comportement.

(Shaw et Niven, 1996 ; Slovin, 1997 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003b)

3.3.1.1.5.2. Principe

Une hypnose profonde n'est pas nécessaire en odontologie, le recours aux procédures formelles ne s'avère donc pas indispensable (Pasini et Haynal, 1992 ; Bourassa, 1998). On cherche plutôt à utiliser les capacités naturelles du patient à entrer en état de transe intermédiaire (entre la veille et le sommeil) afin de modifier son comportement inconscient (Pasini et Haynal, 1992 ; Schaerlaekens, 2003). Les techniques d'induction hypnotique pour y parvenir sont diverses (Pasini et Haynal, 1992). Les enfants ne sont capables que d'une attention limitée. Il convient donc d'utiliser des méthodes d'induction hypnotique particulières, plutôt captivantes. Leur goût prononcé pour le mouvement suppose également une adaptation des méthodes d'induction habituelles : des suggestions orientées vers des activités (construire un de leur jeu préféré, jouer avec leurs camarades ou toute autre activité favorite de l'enfant) sont mieux accueillies et plus efficaces que la suggestion de fermer les yeux par exemple (Bourassa, 1998).

En pédodontie, l'hypnose consiste donc à créer, par le moyen de suggestions simples en rapport avec le but recherché, un climat détendu favorable à l'établissement d'une relation efficace entre le praticien et son petit patient (Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000). Véritable moyen de communication (Schaerlaekens, 2003), elle s'appuie sur quatre principes :

- la **relaxation**, qui facilite la communication et la concentration et élève le seuil de la douleur.
- la **dissociation**, qui consiste à associer les soins dentaires à des pensées plaisantes plutôt qu'aux craintes ou aux mauvaises expériences passées.
- la **suggestion positive directe** de comportements susceptibles de faciliter le travail du praticien en éliminant la tension, la peur et l'anxiété (Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000). Les jeunes enfants répondent très bien à la technique de *confusion sensorielle* qui consiste à attribuer, par suggestion, une sensation

agréable (chatouillement par exemple) à une sensation qui peut être d'emblée perçue comme déplaisante (vibrations provoquées par les instruments rotatifs par exemple) (Bourassa, 1998). Les suggestions posthypnotiques atténuent le choc post-opératoire et visent également à modifier les pensées et le comportement de l'enfant pour la séance suivante (Shaw et Niven, 1996 ; Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000).

- les **méthodes de distraction** qui contribuent à maintenir la relaxation et les efforts de dissociation (Bourassa, 1998 ; Anastasio, 2000).

3.3.1.1.5.3. Efficacité en odontologie pédiatrique

Cette approche a été largement utilisée en chirurgie dentaire (Newton et coll., 2003). La plupart des praticiens qui travaillent avec succès avec les enfants utilisent couramment certains aspects de l'hypnose sans pour autant faire appel à la méthode formelle proprement dite :

- la **suggestion** intervient forcément lorsque le praticien annonce à l'enfant les règles de conduite au cabinet ou applique le Tell-Show-Do.
- la **distraction** intervient dès que le praticien parle de choses plaisantes à l'enfant.
- le fait de **parler sur ton constant et de manière cadencée** à l'enfant mime le ton qu'il convient d'employer pour induire l'état hypnotique, etc (Feigal, 1995).

Les techniques qui favorisent la détente de l'enfant sont jugées efficaces sur l'amélioration de leur coopération. L'hypnose peut donc être justifiée chez les jeunes patients anxieux en ce sens qu'elle aboutit à un état de relaxation. Leur fournissant des ressources supplémentaires pour faire face à la situation, elle représente de ce fait un complément à la prise en charge conventionnelle (Shaw et Niven, 1996 ; Newton et coll., 2003).

En outre, les enfants répondent particulièrement bien aux méthodes d'imagerie mentale : ils font partie des sujets les plus réactifs aux pensées hypnotiques du fait de leur imagination vive et fertile et de la facilité et l'enthousiasme avec lesquels ils entrent dans un monde fantaisiste. Cette aptitude atteint son apogée entre 8 et 12 ans. Même si le meilleur âge se situe après 6 ans, les enfants de 3 ou 4 ans peuvent également répondre de manière favorable à l'hypnose, à condition que les inductions hypnotiques les invitent à imaginer qu'ils sont en train de participer à leurs activités favorites (Bourassa, 1998). L'auto-hypnose, qui permet au sujet de prendre le contrôle et de développer ses propres compétences dans le domaine de la relaxation, est envisageable chez l'adolescent (Shaw et Niven, 1996).

Cette approche suppose tout de même :

- Que l'enfant concerné soit disposé à coopérer avec le traitement et qu'il soit motivé pour vaincre son anxiété.
- Que le praticien qui souhaite y recourir suive une formation spécifique (Shaw et Niven, 1996 ; Dajean-Trutaud et coll., 1998 ; Newton et coll., 2003).

3.3.1.1.5.4. Controverse

La plupart des chercheurs et des cliniciens s'accordent sur le fait que l'hypnose implique deux choses :

- un état de relaxation mentale.
- un état de conscience de l'environnement immédiat restreinte.

La nature de l'état hypnotique est quant à elle beaucoup plus controversée, du fait des limites de l'expérimentation dans ce domaine :

- certains affirment que l'état de conscience du sujet hypnotisé n'est pas altéré et est fondamentalement le même que lorsqu'il n'est pas hypnotisé (à la différence près qu'il est plus profondément détendu).
- d'autres soutiennent que l'hypnose altère l'état de conscience de l'individu (Newton et coll., 2003).

Selon Newton et coll. (2003), elle ne semble pas présenter d'avantage majeur par rapport aux méthodes de relaxation strictes. Slovin (1997) l'estime même moins efficace et universelle dans ses effets.

3.3.1.2. Que faire en cas d'expérience antérieure traumatisante ?

Dans le cas d'une expérience antérieure traumatisante, il est intéressant pour le praticien d'essayer de dissocier l'enfant des émotions internes qu'il a ressenties à cette époque. Cela se fait par un *exercice de dissociation* où il fait intervenir son imaginaire.

Il suffit alors de lui demander d'imaginer un écran blanc de cinéma ou de télévision devant lequel il s'installe à la distance qui lui convient le mieux. Comme au cinéma, il peut projeter sur l'écran l'image du cabinet dentaire où il était lorsqu'il a été traumatisé. Il voit ainsi le fauteuil, le chirurgien- dentiste et regarde l'enfant qui se fait soigner. Durant tout l'exercice, le praticien doit :

- s'efforcer de nommer l'enfant par son prénom : « Regarde Kevin en train de se faire soigner par le dentiste. Que voit-il ? Quels bruits entend-il ? Que ressent-il ? Que dit-il ? Que fait-il ? »...
- veiller à bien le dissocier de cet épisode en insistant sur le fait qu'il est assis là en toute sécurité et qu'il peut regarder Kevin se faire soigner sans ressentir ses émotions d'alors.

Ceci donne à l'enfant une nouvelle vision de la séance de soin qu'il a vécue à cette époque : il peut maintenant la comprendre et la percevoir d'une manière différente. Cela revient à lui faire prendre un peu de recul à cet égard.

Cet exercice est en outre très intéressant pour la suite des soins car, sur le même principe, le chirurgien-dentiste peut dissocier l'enfant de ses émotions au cours des séances de traitement. Il est cependant réservé aux enfants de plus de 6 ans, capables de raisonnement logique (Anastasio, 2000).

3.3.1.3. Conclusion

Les différentes méthodes exposées s'avèrent très efficaces à deux conditions :

- elles doivent être utilisées en adéquation avec l'âge, le type et degré d'anxiété, ainsi que le style comportemental de l'enfant. Il est donc important de procéder à une bonne évaluation préalable de son niveau de développement et d'anxiété. Avant l'âge de 6-7 ans, il est préférable de recourir à des méthodes peu sophistiquées, ne faisant pas appel à la cognition ou la capacité d'abstraction (Levitt et coll., 2000).
- elles doivent être exécutées par des praticiens spécifiquement entraînés.

Lorsque le petit patient phobique présente à la fois un problème psychologique et un problème dentaire complexe, il est toutefois plus sage que les soins soient réalisés par une équipe associant un psychologue et un chirurgien-dentiste ayant tous les deux une expérience dans ce domaine (Skaret, 2004).

3.3.2. L'enfant difficile

3.3.2.1. Minimum nécessaire à l'obtention de sa coopération

Devant le refus de soin, le praticien dispose de plusieurs solutions qui visent à modifier le comportement de l'enfant. Il n'empêche que la méthode de préexposition et le Tell-Show-Do restent essentielles pour familiariser l'enfant avec l'environnement dentaire d'une part et façonner, modeler sa réponse aux procédures par une désensibilisation et une bonne description du comportement attendu d'autre part (Anastasio, 2000 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001). Ces approches sont toutefois d'une importance moindre chez l'enfant « manipulateur », du moins au début de la relation, du fait qu'il n'écoute que lui-même et pas le chirurgien-dentiste !

Le contrat de soins peut devoir se faire selon des modalités qui diffèrent un peu du modèle déjà proposé, notamment lorsque la réponse de l'enfant à la demande du praticien n'est pas appropriée. Celui-ci doit dans ce cas reformuler sa requête en s'appuyant sur :

- le changement de la tonalité de sa voix et de son expression faciale. En prenant un air plus sérieux, il peut ainsi faire comprendre à l'enfant qu'il n'a plus ses faveurs. La nature humaine fait que lorsqu'on ne se sent pas aimé de quelqu'un, on ajuste souvent son comportement afin d'être plus favorablement perçu. Les enfants n'y échappent pas : ils ont souvent l'envie de faire plaisir aux adultes.
- une variante de la technique Hand-Over-Mouth-Exercise. Elle consiste à toucher la lèvre du petit patient en lui rappelant qu'il ne peut pas l'entendre s'il ne cesse de crier et en lui demandant donc d'être sage.

Ceci est d'autant plus vrai avec les « manipulateurs » (Pinkham, 1995).

D'un point de vue pratique, il est préférable de minimiser le plus possible la durée de la séance de soin. Passé 10-20 minutes, la plupart des enfants en ont effectivement assez et ne coopèrent plus aussi bien qu'avant (Bourassa, 1998 ; Harrell, 2003).

3.3.2.2. Trouble comportemental léger à modéré

On entend par trouble comportemental léger l'attitude non coopérative d'un enfant qui peut pleurer mais sans crier, donner des coups de pieds ou faire des mouvements trop excessifs (Harrell, 2003).

3.3.2.2.1. Communication

Comme pour les autres enfants, le premier contact avec un enfant difficile se fait en présence des parents. L'observation de son comportement et de ses éventuelles réactions lors de l'entretien doit pouvoir orienter le praticien vers le « diagnostic d'enfant difficile ». Dans ce cas, celui-ci peut demander aux parents de le laisser seul avec leur enfant (Anastasio, 2000) sauf si le petit a moins de 5 ans (Harrell, 2003). Cette demande n'est pas et ne doit surtout pas être perçue comme une obligation. Les premières minutes étant essentielles pour l'avenir de la relation praticien-enfant, elle peut simplement constituer un atout : seuls face à eux-mêmes, l'enfant et le praticien vont pouvoir se découvrir mutuellement. C'est à ce moment-là que le langage devient une aide (Anastasio, 2000). S'ils acceptent, les parents doivent évidemment être assurés que le praticien fera appel à eux en cas de besoin (Harrell, 2003).

3.3.2.2.1.1. Communication non verbale

Recommandée par l'American Academy of Pediatric Dentistry (2000-2001), la communication non verbale consiste en une orientation et un renforcement du comportement de l'enfant à travers le contact, la posture et l'expression faciale. Elle a pour objectifs :

- d'améliorer l'efficacité des autres méthodes communicatives de « management ».
- d'obtenir et de maintenir l'attention et la coopération de l'enfant (Slovin, 1997 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001 ; Newton et coll., 2003).

3.3.2.2.1.1.1. Synchronisation non verbale

Il s'agit d'un processus par lequel le praticien peut établir le contact avec l'enfant à un niveau non verbal, en synchronisant tout simplement son comportement sur le sien. En lui envoyant un « signal » de reconnaissance, il peut le rencontrer sur son propre terrain, dans son « monde à lui ». Ce puissant outil de communication permet ainsi au petit de se sentir reconnu comme unique et digne d'intérêt. Il peut être employé de manière efficace même chez le petit de moins de 3 ans, ce qui est intéressant du fait des possibilités de communication verbale limitées pour cette tranche d'âge.

La synchronisation non verbale peut se traduire par :

- un ajustement de la posture du praticien sur celle de l'enfant.
- une imitation de l'expression de son visage.
- une reproduction discrète de certains de ses gestes ou mouvements répétitifs.
- un ajustement de sa respiration sur celle du petit patient.
- un ajustement du rythme de ses mouvements, etc (Anastasio, 2000).

3.3.2.2.1.1.2. Espace de silence

L'espace de silence, dont nous avons expliqué l'intérêt en seconde partie de notre travail, est très important lors des premières minutes de la rencontre entre un enfant difficile et le chirurgien-dentiste. Il vient renforcer la synchronisation non verbale (Anastasio, 2000).

3.3.2.2.1.2. Communication verbale

3.3.2.2.1.2.1. Contrôle par la voix

Le contrôle par la voix ou « voice control », recommandé par l'American Academy of Pediatric Dentistry (2000-2001), consiste en une modulation contrôlée du volume, du ton et de l'allure de la voix du praticien (Bourassa, 1998 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001 ; Newton et coll., 2003). Permettant de capter facilement l'attention de l'enfant, cette approche est particulièrement intéressante lorsque celui-ci est inattentif (Reyes, 1993 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001). Elle constitue également un bon moyen de répondre à une attitude manipulatrice (Pinkham, 1995). Une voix modérément forte et grave, c'est-à-dire ferme et assurée, semble communiquer au petit patient la gravité relative de sa mauvaise conduite et donc augmenter son adhésion et réduire ses comportements perturbateurs (Bourassa, 1998 ; Harrell, 2003 ; Newton et coll., 2003). La coopération de l'enfant doit alors s'accompagner d'un adoucissement du ton de la voix, ce qui agit comme un renforcement positif (Bourassa, 1998).

Il est en outre intéressant de constater que l'émission vigoureuse de directives n'empêche pas l'enfant d'apprécier l'interaction, bien au contraire (Newton et coll., 2003). Cette méthode, la plus douce des méthodes dissuasives, ne présente donc pas de caractère franchement aversif et donc pas de réelle contre-indication. Il faut juste ne pas en abuser, surtout si l'enfant est petit, craintif, renfermé ou émotivement fragile (Bourassa, 1998 ; Newton et coll., 2003).

3.3.2.2.1.2.2. Synchronisation verbale

Complémentaire de la synchronisation non verbale, elle constitue, elle aussi, un outil puissant qui est particulièrement intéressant lorsque l'on se trouve face à un enfant qui d'emblée crie pour manifester sa peur ou son désaccord. En poursuivant la synchronisation non verbale, le praticien peut crier également en ajustant la puissance, le timbre et le ton de sa voix sur celle de l'enfant. Recevant cela comme un signe de reconnaissance, l'enfant se calme très vite (Anastasio, 2000).

3.3.2.2.1.2.3. Procédés linguistiques

En continuant à accompagner l'enfant non verbalement, il importe de le **questionner précisément** afin de cerner le motif de son refus de soin et de découvrir la cause de sa peur éventuelle (Anastasio, 2000).

Le recours à des **directives**, que ce soit des instructions données à l'enfant ou des sollicitations de la part du praticien, semble aider le petit à mieux coopérer (Sarnat et coll., 2001). Lorsque la réponse de l'enfant aux demandes du praticien n'est toujours pas appropriée, la **reformulation** des directives s'avère efficace (Pinkham, 1995).

3.3.2.2. Modification du comportement

3.3.2.2.1. Renforcement positif

Recommandée par l'American Academy of Pediatric Dentistry (2000-2001), le renforcement positif est communément utilisé en tant que stratégie de « management » de l'enfant difficile (American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001 ; Newton et coll., 2003). Relativement simple à appliquer, quelques précautions sont toutefois à prendre pour que son efficacité soit optimale :

- l'agent et le mode de renforcement doivent être adaptés à l'enfant pour être efficaces, notamment à son âge. Il ne faut donc pas hésiter à demander l'avis des parents concernant ce qui peut être utilisé pour le faire obéir et le discipliner (Bourassa, 1998 ; Newton et coll., 2003).
- les récompenses doivent être variées dans le temps chez le même enfant, sinon leur effet risque de s'atténuer. Un bon moyen d'esquiver cet inconvénient consiste à utiliser des agents de renforcement autres que les petits cadeaux, comme les renforçateurs sociaux (Newton et coll., 2003). Ceux-ci consistent en une modulation de la voix et une expression faciale positives, des éloges et démonstrations d'approbation et de surprise, de la considération et des démonstrations physiques d'affection adaptées envers lui (renforcement « implicite »). On ne se lasse en effet jamais de trop de compliments ! (Slovin, 1997 ; Bourassa, 1998 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001 ; Newton et coll., 2003). Et ceux-ci semblent être le moyen le plus judicieux pour renforcer les progrès d'un petit « manipulateur » (Pinkham, 1995).
- le renforcement doit immédiatement faire suite au comportement à encourager ou à modifier. De même, la relation de cause à effet entre le comportement du petit et l'agent de renforcement mis en œuvre doit être manifeste : le comportement approuvé doit être clairement désigné, sans quoi l'enfant risque d'avoir des difficultés à comprendre et de mal répondre à cette méthode ! (Bourassa, 1998 ; Newton et coll., 2003).

3.3.2.2.2. Distraction

Lorsque cette méthode est utilisée chez l'enfant difficile, les résultats les plus significatifs sont obtenus quand le moyen de distraction audio ou vidéo proposé est subordonné à la coopération de l'enfant. Cette variante, qualifiée de « contingent distraction », revient à utiliser la distraction comme une récompense : le divertissement initialement offert à l'enfant est interrompu chaque fois qu'il ne coopère plus (Newton et coll., 2003).

3.3.2.2.3. « Contingent escape »

Cette technique, proposée par Kuhn et Allen (1994), consiste à faire des éloges à l'enfant et lui offrir un bref temps de pause à condition qu'il se tienne tranquille : le comportement perturbateur de l'enfant diffère le moment de la pause jusqu'à ce qu'il coopère. Cette approche semble aboutir à une amélioration rapide des comportements non-coopérants, même chez les petits enfants. Elle peut toutefois paraître difficile à mettre en œuvre pour le praticien, car elle implique de poursuivre le traitement tant que la conduite de l'enfant est inappropriée

et de ne l'arrêter que lorsqu'il devient coopérant. On a souvent plus vite fait d'adopter l'attitude inverse ! (Kuhn et Allen, 1994 ; Newton et coll., 2003).

3.3.2.2.4. Façonnement ou façonnage

Comme nous l'avons expliqué en première partie de notre travail, le façonnement est une méthode indiquée lorsque la réponse attendue de l'enfant n'appartient pas encore à son répertoire comportemental. Elle est donc particulièrement intéressante pour apprendre aux enfants « préfiguratifs » et à ceux qui se sentent incapables de surmonter l'expérience dentaire la conduite que l'on attend d'eux, ainsi que pour venir à bout des comportements manipulateurs (Pinkham, 1995 ; Bourassa, 1998).

Cette démarche vise l'adoption graduelle des comportements désirés. Il s'agit pour le praticien de :

- **renforcer par approximations successives les comportements désirables**, à savoir ceux de coopération. Ceci s'opère grâce au renforcement positif.
- **ignorer les comportements indésirables**, c'est-à-dire les plaintes, pleurs et cris ou les violences physiques quand ils s'avèrent être des tentatives de manipulation, au même titre que les envies répétées d'aller aux toilettes ou les nausées et vomissements. Il convient toutefois de bien distinguer les véritables plaintes des pures tentatives de manipulation, car la peur et l'anxiété peuvent provoquer de telles réactions physiologiques même si elles sont rares. Si la manipulation est toujours évidente malgré l'indifférence du praticien, celui-ci doit alors adopter une attitude ferme et déterminée pour lui faire comprendre que ses efforts ne l'empêcheront pas de réaliser son travail (Bourassa, 1998).

3.3.2.2.3. Que faire lorsqu'il pleure ?

Nous allons maintenant nous attarder un peu sur le problème particulier des pleurs, auquel le praticien est souvent confronté en odontologie pédiatrique.

Pleurer représente le premier moyen de communication du bébé avec son environnement ainsi que le moyen de réponse de l'enfant lorsqu'il est effrayé, irritable ou dans un endroit qui ne lui est pas familier. Les pleurs sont donc à considérer comme une réaction normale chez l'enfant en âge préscolaire, ils doivent être attendus dans une situation telle que la situation dentaire (Zadik et Peretz, 2000 ; Harrell, 2003).

Leur effet sur la relation parent-enfant est très puissant :

- les pleurs suscitent en effet de vives émotions chez les parents qui, instinctivement, vont essayer de soulager la cause du désarroi de leur petit.
- ils peuvent représenter un moyen pour l'enfant de manipuler ses parents et impliquent donc fréquemment une forme de contrôle.

Au cabinet dentaire, les pleurs de l'enfant sont souvent interprétés par les parents comme un moyen d'exprimer la peur ou la douleur qu'il ressent. Ce n'est pas nécessairement le cas :

- ils peuvent aussi constituer un comportement d'évitement du petit en réponse à son manque de capacités à répondre efficacement à une autorité adulte.
- ils peuvent également être une tentative de manipulation, dans le but de compromettre la réalisation du soin dentaire. Les pleurs, généralement farouches dans ce cas, ont un effet stressant énorme sur les parents, mais aussi le chirurgien-dentiste bien souvent.

L'étude menée par Peretz et Zadik (2000) a permis de montrer que :

- lorsqu'un enfant pleure, même sans cause douloureuse évidente, 73% des parents préfèrent que le praticien interrompe le traitement, calme l'enfant et ne le reprenne qu'une fois le petit détendu.
- 69% des parents ont envie d'aider le praticien à calmer leur enfant le cas échéant.
- même si le fait qu'un enfant pleure n'implique pas systématiquement un mauvais comportement de sa part, il existe une relation significative entre la coopération de l'enfant et sa tendance à pleurer.

Sans management comportemental propre, le traitement d'un enfant qui pleure peut donc paraître cruel pour celui-ci, être non satisfaisant pour les parents et épuisant pour le clinicien. Peretz et Zadik (2000) ont proposé une classification diagnostique de l'enfant pleureur. Elle distingue :

1- **l'enfant qui communique en pleurant :**

- sa peur.
- son ressentiment.
- la libération de sa tension.

2- le « **pleureur typique** » : c'est celui qui a une tendance générale à pleurer pour tout ce qu'il fait.

3- le « **manipulateur** » : c'est celui qui tente d'échapper au traitement.

Les approches qu'ils proposent pour gérer l'enfant qui pleure sont les suivantes :

- lorsque l'enfant utilise les pleurs pour transmettre un message, une **approche douce et empathique** visant à le calmer est la solution de choix (Zadik et Peretz, 2000 ; Harrell, 2003).
- dans les cas du « pleureur typique » ou du « manipulateur », interrompre le traitement risque de conforter l'enfant dans son attitude et l'encourager à continuer. L'arrêt du soin agit alors comme un agent de renforcement ! L'approche de choix est le « **matter of fact** » qui consiste à continuer le soin en faisant comme si de rien n'était :
 - o avec le « pleureur typique », il est recommandé de poursuivre calmement la procédure en cours tout en faisant preuve de douceur et d'empathie. Il est

important de ne pas s'arrêter, sinon l'enfant risque d'apprendre à se servir de ses pleurs comme d'un moyen d'influencer le déroulement du traitement.

- avec le « manipulateur », le « matter of fact » doit être associé à une attitude calme, mais ferme et décisive du praticien. Ne pas essayer d'arrêter ses pleurs mais les autoriser amène l'enfant à réaliser que cette attitude ne lui permet pas de compromettre l'aboutissement du traitement.

La tendance actuelle consistant à autoriser de plus en plus la présence des parents en salle de soins, une telle approche nécessite absolument leur approbation. C'est pourquoi le praticien doit les aviser de sa façon de réagir aux pleurs des enfants et leur en expliquer les raisons (Zadik et Peretz, 2000).

3.3.2.3. Trouble comportemental sévère

3.3.2.3.1. Méthodes recommandées

En cas de trouble comportemental sévère, le modelage et la relaxation peuvent être envisagés en complément de l'approche basée sur le langage et la modification du comportement que nous venons de décrire pour la prise en charge des troubles légers du comportement (Newton et coll., 2003).

3.3.2.3.2. En cas d'échec

Lorsque les approches proposées ne permettent pas d'obtenir une coopération convenable du jeune patient ou qu'un enfant habituellement coopérant craque au cours d'un rendez-vous et régresse vers un comportement ponctuellement insatisfaisant, des solutions autres que celles que nous avons déjà proposées sont à envisager (Pinkham, 1995). Même si elles sont controversées, les méthodes faisant appel au conditionnement négatif peuvent nous venir en aide dans ce cas (Pinkham, 1995 ; Newton et coll., 2003). Nous reviendrons sur ce point dans le quatrième chapitre de cette dernière partie de notre thèse.

3.4. Les « accidentés » de la vie

L'objectif avec ces enfants qui présentent des prédispositions aux troubles comportementaux est d'éviter :

- de déclencher un comportement non-coopérant non déclaré jusque là.
- d'aggraver un comportement qui peut être déjà délicat à gérer (Pinkham, 1995).

Une approche à la fois prévenante et prudente est de choix. Elle est basée sur

- la méthode de préexposition et le Tell-Show-Do (Anastasio, 2000).
- et des procédés linguistiques tels que les demandes et promesses du contrat de soins, associés à un renforcement positif.

Du fait des particularités cognitivo-comportementales vraisemblablement observables chez les enfants issus d'un milieu défavorisé, quelques attentions sont à leur porter plus particulièrement :

- pendant le temps de rencontre entre l'enfant et le chirurgien-dentiste, une approche détendue et assurée est indiquée.
- le praticien doit faire preuve d'une grande patience et aller doucement avec l'enfant : même la plus simple des procédures dentaires nécessite des explications qui doivent être répétées plus souvent que d'habitude. Les aides visuelles s'avèrent d'ailleurs très utiles et efficaces chez ces enfants.

En cas d'échec malgré ces précautions, l'approche pharmacologique reste la seule méthode envisageable et devient une roue de secours pour le praticien (Pinkham, 1995).

4. Quand les moyens corporels ou pharmacologiques viennent au secours du relationnel !

4.1. Moyens relevant du domaine physique

4.1.1. Modalités de prise en charge

Certains enfants difficiles présentent parfois des troubles comportementaux qui nécessitent le recours à des approches plus avancées :

- le **Hand-Over-Mouth-Exercise** (HOME).

Basée sur le conditionnement négatif (punition), c'est une méthode dissuasive, dite aversive (son caractère déplaisant conduit l'enfant à coopérer pour l'éviter).

Elle consiste à placer doucement la main sur la bouche de l'enfant en s'assurant de ne pas entraver sa ventilation lorsqu'il a des comportements gênants. Le praticien peut alors lui expliquer calmement que cela l'empêche de faire son travail et le comportement qu'il attend de lui. Une fois que l'enfant réussit à se contrôler et se comporte mieux, la main est retirée et un renforcement positif est effectué (Pinkham, 1995 ; Bourassa, 1998 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001 ; Newton et coll., 2003).

- l'**immobilisation ou restriction physique**.

Celle-ci peut être nécessaire dans le but de supprimer les mouvements indésirables de l'enfant, afin de faciliter la réalisation du traitement dentaire et de protéger l'enfant, le praticien ou son personnel d'un éventuel dommage pouvant survenir au cours de l'intervention.

Elle est dans ce cas effectuée par le chirurgien-dentiste lui-même, son assistante ou un des parents notamment pour les enfants en bas âge. Le recours à un dispositif d'immobilisation spécifique de l'enfant est possible mais n'est en aucun cas indispensable : on peut très bien se débrouiller sans. Les cales-bouche peuvent toutefois se montrer très utiles en empêchant le petit de fermer brusquement la

bouche, notamment lors de la réalisation d'anesthésies locales. La digue peut aussi être utilisée dans ce but (Pinkham, 1995 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001 ; Harrell, 2003 ; Newton et coll., 2003).

Avant de proposer de prendre de telles mesures, le praticien doit absolument examiner :

- la nécessité de traitement.
- la possibilité de réaliser des soins dentaires de qualité.
- l'atout que peuvent constituer les approches comportementales classiques.
- le développement émotionnel du patient.
- la santé physique du patient (American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001).

Le consentement éclairé écrit du tuteur légal est obligatoire sauf en cas d'immobilisation de l'enfant réalisée par un de ses parents (elle est toutefois fortement recommandée) (Pinkham, 1995 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001). L'utilisation à bon escient et sans danger de telles techniques exige bien évidemment une formation et une certaine expérience du praticien (Bourassa, 1998 ; Dajeau-Trudaud et coll., 1998 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001).

4.1.2. Intérêts

Ces deux approches allant à l'encontre des règles de communication interpersonnelle et pouvant être potentiellement ressenties comme une agression, elles ne sont donc pas recommandées (Pinkham, 1995 ; Bourassa, 1998 ; Newton et coll., 2003 ; Do, 2004). Elles sont toutefois tolérées, mais réservées aux cas où la nécessité thérapeutique est urgente chez un enfant dont le comportement compromet les possibilités de traitement. Elles doivent être utilisées avec modération ! (Pinkham, 1995 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001 ; Newton et coll., 2003).

Si la restriction est indiquée chez celui qui n'est pas capable de coopérer du fait d'un manque de maturité (petit enfant), le HOME s'adresse à l'enfant de plus de 6 ans, capable de comprendre et de coopérer mais qui manifeste un comportement hystérique d'évitement, rebelle aux approches comportementales classiques (Bourassa, 1998 ; American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001 ; Newton et coll., 2003). Les objectifs dans ce cas sont de :

- recentrer l'attention de l'enfant sur le praticien et rétablir la possibilité de communication dans le sens où le chirurgien-dentiste peut ré-expliquer convenablement au jeune qui se tait le comportement qu'il attend de lui.
- mettre fin à un comportement excessif d'évitement et ainsi aider l'enfant à retrouver son calme. Ceci ouvre la voie de la communication qui va pouvoir être rétablie de manière efficace dans les deux sens (American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001 ; Newton et coll., 2003). L'enfant étant plus disposé, les approches de « management » classiques peuvent alors être mises en œuvre afin d'apaiser son anxiété sous-jacente.
- réduire les indications de recours à des approches pharmacologiques (American Academy of Pediatric Dentistry, 2000-2001).

4.1.3. Controverse

L'utilisation du HOME est particulièrement controversée du fait de ses effets à long terme, discutés et discutables (Bourassa, 1998 ; Newton et coll., 2003). Il a été constaté que les techniques qui imposent à l'enfant l'expérience d'une perte de contrôle conduisent généralement à de l'anxiété dentaire et prédisposent l'enfant à ne pas retourner chez le chirurgien-dentiste une fois adulte. C'est pourquoi elle est de moins en moins utilisée et elle ne doit pas être une fin en soi en matière d'approche de l'enfant. Son utilisation doit être purement dédiée à favoriser le calme nécessaire à l'échange et l'apprentissage de méthodes d'auto-contrôle moins « traumatisantes » (Newton et coll., 2003 ; Do, 2004 ; Harper et D'Alessandro, 2004).

Même si l'explication des procédures semble accroître leur consentement, les parents d'enfants anxieux considèrent généralement les techniques faisant appel à une restriction physique moins acceptables que les autres (Pinkham, 1995 ; Newton et coll., 2003). Ce jugement est toutefois relatif. La perception qu'ils ont de ces méthodes dépend en effet du contexte dans lequel elles sont mises en œuvre : elles sont évidemment mieux consenties lorsque la nécessité de traitement est urgente (Newton et coll., 2003).

4.2. Moyens relevant du domaine pharmacologique

4.2.1. Modalités de prise en charge

L'utilisation d'approches pharmacologiques peut venir **compléter** la prise en charge de l'enfant qui souffre d'anxiété sévère, chez qui les approches non médicamenteuses s'avèrent insuffisantes (Pinkham, 1995 ; Newton et coll., 2003 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003b). Trois alternatives sont proposées par l'American Academy of Pediatric Dentistry (2000-2001):

- la **sédation par inhalation d'un mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote**. Sûre et efficace, son action est rapide, la profondeur de la sédation est contrôlable et la récupération rapide et complète.
- la **sédation médicamenteuse** consciente (orale) ou profonde (intra-veineuse).
- l'**anesthésie générale**.

Avant de poser l'indication de telles méthodes, le praticien doit prendre en considération le rapport bénéfice/risque et donc à cette fin :

- les alternatives thérapeutiques faisant appel aux approches comportementales.
- les besoins dentaires du patient.
- la possibilité de réaliser des soins dentaires de qualité.
- le développement émotionnel du patient.
- l'état de santé physique du patient.

L'indication doit être justifiée dans le dossier médical et le consentement éclairé écrit du tuteur légal obligatoirement obtenu avant leur utilisation (Pinkham, 1995 ; American Academy of Pediatric Dentistry , 2000-2001 ; Vinckier et Vansteenkiste, 2003b).

4.2.2. Intérêts

Le recours à la sédation médicamenteuse ou par inhalation d'un mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote peut être indiqué lorsque l'on doit effectuer des soins dentaires en situation aiguë ou que l'on souhaite réduire le nombre de séances dans le cas de plans de traitement longs (Skaret, 2004), chez :

- l'anxieux sévère et le rebelle chez qui les approches classiques ont échoué.
- l'enfant qui n'arrive pas à coopérer du fait d'un manque de maturité sur le plan psycho-affectif.

Il peut présenter de l'intérêt dans la mesure où ces approches pharmacologiques permettent entre autre d'augmenter le seuil de la douleur et de réduire les réactions et mouvements indésirables pendant le traitement, mais aussi d'améliorer la communication et la coopération du petit patient, de réduire voire d'éliminer son anxiété et d'accroître sa tolérance à des rendez-vous plus longs (American Academy of Pediatric Dentistry , 2000-2001). Ces trois derniers effets escomptés peuvent sembler difficiles à concevoir. Ils le deviennent beaucoup moins lorsque l'on considère que l'état de détente induit chez l'enfant crée des conditions favorables à l'apprentissage de modes de communication plus adaptés et de méthodes pour surmonter sa peur comme celles que nous avons déjà présentées. Le but est de profiter de la sédation pour lui fournir les moyens de se sentir capable d'accepter les soins dentaires sans aide pharmacologique par la suite (Levitt et coll., 2000).

L'anesthésie générale, quant à elle, est réservée aux patients phobiques qui nécessitent une remise en état de la cavité buccale (soins multiples et difficiles), mais chez qui une explication rationnelle n'a aucun effet et aucune collaboration ne semble possible. L'enfant devra être bien suivi et orienté par la suite si l'on veut améliorer sa capacité à se faire soigner. Sinon il risque de tomber dans le cercle vicieux de l'anesthésie générale qui n'est en aucun cas une solution universelle (Vinckier et Vansteenkiste, 2003b).

4.2.3. Controverse

Une étude comparant l'efficacité des benzodiazépines à celle d'une séance de « traitement psychologique » chez des anxieux phobiques a montré que :

- l'approche médicamenteuse est efficace, mais seulement pour la séance pour laquelle elle a été prescrite. L'anxiété resurgit ensuite, ce qui conduit 80% des patients à ne pas retourner chez leur chirurgien- dentiste.
- 70% des patients chez qui une approche psychologique a été mise en place sont retournés chez leur chirurgien-dentiste pour poursuivre les soins (Thom et coll., 2000 ; Ackley, 2003).

Ceci met bien en évidence que ces méthodes permettent la réalisation des soins, mais ne sont pas efficaces pour traiter la peur elle-même (Skaret, 2004). Elles ne doivent donc faire que compléter les méthodes psycho-comportementales (Vinckier et Vansteenkiste, 2003b ; Skaret, 2004) et ne doivent être utilisées que dans le but de détendre le petit patient et de faciliter son adhésion à une approche psycho-relationnelle orientée contre l'anxiété, apparemment plus efficace à long terme (Levitt et coll., 2000).

DISCUSSION-CONCLUSION

La conjoncture actuelle fait que l'exercice de la chirurgie dentaire ne peut pas se limiter à des actes purement techniques, d'autant plus en odontologie pédiatrique où les patients sont relativement sensibles. Dans ce but, un certain nombre de stratégies psychologiques permettent d'améliorer la relation que nous entretenons avec les enfants et leurs parents. Il convient alors de respecter quelques principes que voici résumés : expliquer le traitement à l'enfant et ses parents, anticiper les problèmes en lui demandant s'il se sent capable de faire face au traitement envisagé et ce qui lui semble difficile à affronter, ne provoquer que ce dont il est capable de faire l'expérience sans peine, l'informer sur la probabilité de douleurs à un moment donné, lui offrir un moyen de contrôle sur les gestes du praticien, attirer son attention sur le fait que les expériences ne correspondent pas aux attentes anxieuses qu'il s'en faisait, lui confier nos sentiments à l'égard de la séance qui vient de se dérouler, que ce soit en termes de satisfaction ou de désagrément et l'encourager pour qu'il affronte et assume les difficultés plutôt que de paniquer. En cas d'anxiété ou de trouble comportemental persistant, nous pouvons l'orienter ainsi que ses parents vers l'utilisation de stratégies d'approche plus pointues qui découlent de la psychologie cognitivo-comportementales ou de la communication.

Nous ne devons jamais oublier qu'une relation avec un enfant peut être momentanément difficile, ce qui n'est heureusement jamais irréversible ! Cela n'est cependant pas quelque chose d'acquis pour le praticien. Cela doit se gagner, ce qui implique un minimum d'investissement personnel de sa part, que ce soit en terme d'écoute, de temps passé ou d'acquisition de compétences. La récompense en vaut toutefois la peine : des petits patients globalement moins anxieux et plus coopérants permettent la réalisation de traitements plus complets et plus performants sur le plan technique, ce qui participe forcément à la satisfaction professionnelle du chirurgien-dentiste. De plus, les « odonto-anxieux » et leurs parents ne peuvent qu'apprécier l'aide que nous essayons de leur apporter dans la prise en charge de leur problème. Cette démarche met souvent mal à l'aise le chirurgien-dentiste car c'est un service « non-dentaire ». La plus grande barrière à laquelle il doit faire face est de surmonter sa propre appréhension à prendre en charge de tels patients, ce qu'il est tout à fait en mesure de faire s'il est capable de leur enseigner comment y parvenir ! C'est effectivement lui et son équipe qui sont les mieux habilités et disposés à le faire. Inclure la prise en charge de l'anxiété des patients dans sa pratique peut en outre représenter un bon moyen de diversifier ou d'étendre son exercice. Les parents satisfaits et reconnaissants y participent d'ailleurs grandement. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille faire de chaque patient un cas psychiatrique ou une affaire trop personnelle. Un praticien peut s'intéresser à la psychologie médicale et acquérir des compétences dans ce domaine, cela ne fait pas de lui un psychothérapeute. Mettre un peu d'humanité dans les rapports avec les patients ne signifie pas qu'il faille tous s'en faire des amis.

Nous ne pouvons bien sûr pas « gagner » avec tous les enfants : du fait des différences entre les praticiens en termes de personnalité, de gestion de leur propre stress, d'expérience professionnelle et de formation, l'approche comportementale d'un même enfant varie d'un praticien à l'autre. Tous les enfants n'aiment pas forcément notre style. Mais une bonne communication, verbale et non verbale, avec lui et ses parents rend toujours le jeu plus plaisant pour tout le monde.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **AARTMAN IH, VAN EVERDINGEN T, HOOGSTRATEN J et coll.**
Self-report measurements of dental anxiety and fear in children : A critical assessment.
ASDC J Dent Child 1998;**65**(4):252-258.
2. **ACENSI H.**
Douleurs et émotions.
3ème Séminaire du DU de sédation consciente pour les soins dentaires, Clermont Ferrand, 27/28 mars 2003.
3. **ACKLEY DC.**
Dental Fear. Aren't you tired of it?
Dent Today 2003;**22**(1):96-102.
4. **ADDELSTON HK.**
Child patient training.
Fort Rev Chicago Dent Soc 1959;**38**:7.
5. **AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE**
Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans - Texte des recommandations.
Paris : ANAES, 2000.
6. **ALLEN KD, HUTFLESS S et LARZELERE R.**
Evaluation of two predictors of child disruptive behavior during restorative dental treatment.
J Dent Child 2003;**70**(3):221-225.
7. **AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY.**
Guidelines for Behavior Management.
AAPD Reference Manual 2000-2001:47-51.
8. **ANASTASIO D.**
Approche de l'enfant difficile au cabinet dentaire à l'aide d'une communication non verbale.
Actual Odontostomatol (Paris) 2000;**210**:177-186.
9. **ANAND KJ et HICKET PR.**
Pain and its effects in the human neonate and foetus.
N Engl J Med 1987;**317**(21):1321-1329.
10. **BANDURA A, REESE L, RITTER B.**
The relative efficacy of desensitization and modeling approaches for reducing behavioral, affective and cognitive changes.
J Personal Social Psychol 1969;**13**:173-199.

11. **BANDURA A.**
L'apprentissage social.
Bruxelles : Pierre Mandaga, 1980.
12. **BECK A.**
Cognitive therapy and emotional disorders.
New York : Internal University Press, 1976.
13. **BESSON H.**
Pour une meilleure approche de l'enfant lors des soins dentaires.
Thèse : Chir Dent, Montrouge, 1994.
14. **BOURASSA M.**
Approche psychologique de l'enfant au cabinet dentaire.
Encycl Méd Chir (Paris), Odontologie, 23400 D¹⁰, 1991, 4.
15. **BOURASSA M.**
Dentisterie Comportementale : manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire.
Paris : Frison-Roche et Editions du Méridien, 1998.
16. **BROADMAN LM, RICE LJ et HANNALLAH RS.**
Testing the validity of an objective pain scale for infants and children.
Anesthesiology 1988;**69**:A770.
17. **BUCHANAN H et NIVEN N.**
Validation of a Facial Image Scale to access child dental anxiety.
Int J Paediatr Dent 2002;**12**:47-52.
18. **BUCHANAN H et NIVEN N.**
Self-report treatment techniques used by dentists to treat dentally anxious children : a preliminary investigation.
Int J Paediatr Dent 2003;**13**(1):9-12.
19. **CASAMASSIMO PS, WILSON S et GROSS L.**
Effects of changing US parenting styles on dental practice : perceptions of diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry.
Pediatr Dent 2002;**24**(1):18-22.
20. **CHADWICK BL.**
Assessing the Anxious Patient.
Dent Update 2002;**29**(9):448-454.
21. **CHRISTIANO B et RUSS SW.**
Matching preparatory intervention to coping style : the effects on children's distress in the dental setting.
J Pediatr Psychol 1998;**23**(1):17-27.

22. **CORAH NL.**
Development of a Dental Anxiety Scale.
J Dent Res 1969;**48**:596.
23. **CORKEY B et FREEMAN R.**
Predictors of dental anxiety in six-year-old children : findings from a pilot study.
ASDC J Dent Child 1994;**61**(4):267-271.
24. **CUNHA RF, DELBEM ACB, PERCINOTO C et coll.**
Behavioral evaluation during dental care in children ages 0 to 3 years.
J Dent Child 2003;**70**(2):100-103.
25. **CUTHBERT MI et MELAMED BG.**
A screening device : children at risk for dental fears and management problems.
J Dent Child 1982;**49**:432-436.
26. **DAJEAN-TRUTAUD S, FRAYSSE C et GUIHARD J.**
Approche psychologique de l'enfant au cabinet dentaire.
Encycl Méd Chir (Paris), Odontologie, 23400 D¹⁰, 1998, **4**.
27. **DEVILLE DE PERIERE D, GASS M, MAMAN L et coll.**
Comprendre et prendre en charge la douleur en odontologie.
Paris : Association Dentaire Française, 2001.
28. **DO C.**
Applying the social learning theory to children with dental anxiety.
J Contemp Dent Pract 2004;**5**(1):126-135.
29. **ECKMAN P.**
Menteurs et mensonges.
Paris : Belfond, 1988.
30. **ELLIS A.**
Research emotions in psychotherapy.
New York : Lile Stuart, 1962.
31. **FEIGAL R.**
Pediatric behavior management through nonpharmacologic methods.
Gen Dent 1995;**43**(4):327-332.
32. **FESTINGER L et MACCOBY N.**
On resistance to persuasive communication.
J Abnormal Social Psych 1964;**68**:366-399.
33. **FLORES G, LAWS MB, MAYO SJ et coll.**
Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters.
Pediatrics 2003;**111**(1):6-14.

- 34. FRANKL SN, SHIERE FR et FOGELS HR.**
Should the parent remain with the child in the operatory ?
J Dent Child 1962;**29**:150-163.
- 35. FREUD S.**
Trois essais sur la théorie de la sexualité. Collection Idées.
Paris : Gallimard, 1971. Réédition de l'ouvrage de 1923.
- 36. FREUD S.**
Introduction à la psychanalyse.
Paris : Payot, 1978. Réédition de l'ouvrage de 1922.
- 37. GALLAND F, DAJEAN-TRUTAUD S, GRAGNIC I et coll.**
"Je vais chez le dentiste... Pourquoi?"
Paris : SPARADRAP, 2004.
- 38. GALON H et TYANO S.**
Anxiété de l'enfant au cours des soins dentaires, exprimée dans les dessins.
Rev Odontostomatol (Paris) 1975;**4**(5):429-433.
- 39. GARNIER DELAMARE.**
Dictionnaire des termes de médecine. 24^e ed.
Paris : Maloine, 1997.
- 40. GASSIER J.**
Manuel du développement psychomoteur de l'enfant.
Paris : Masson, 1981.
- 41. GRUNAU RV et CRAIG KD.**
Pain expression in neonates : facial action and cry.
Pain 1987;**28**:395-410.
- 42. HALL ET.**
La dimension cachée.
Paris : Seuil, 1971.
- 43. HARPER DC et D'ALESSANDRO DM.**
The child's voice: understanding the contexts of children and families today.
Pediatr Dent 2004;**26**(2):114-120.
- 44. HARRELL SN.**
Managing slightly uncooperative pediatric patients.
J Am Dent Assoc 2003;**134**(12):1613-1614.
- 45. HICKS CL, VON BAEYERCL, SPAFFORD P et coll.**
The Faces Pain Scale-Revised : Toward a common metric in pediatric pain measurement.
Pain 2001;**93**:173-183.

- 46. HOSEY MT et BLINKHORN AS.**
An evaluation of four methods of assessing the behavior of anxious child dental patients.
Int J Pediatr Dent 1995;**5**:87-95.
- 47. INGERSOLL BD.**
Behavioral Aspects in Dentistry.
New York : Appleton-Century-Crofts, 1982.
- 48. JASMIN JR et COUTON-MAZET F.**
Aspects psychologiques de l'enfant au cabinet dentaire.
Encycl Méd Chir (Paris), Stomatologie, 23400 D¹⁰, 1979, **11**.
- 49. JUNG MS.**
Treating the child patient : twelve tips to success!
J Mich Dent Assoc 2003;**85**(1):34-36.
- 50. KERNBAUM S, COSTA JM, DELATOUR F et coll.**
Dictionnaire de médecine. 6^e ed.
Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1998.
- 51. KUHN BR et ALLEN KD.**
Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry : A behavioral science perspective.
Pediatr Dent 1994;**16**:13-17.
- 52. LAROUSSE.**
Le Petit Larousse illustré en couleurs.
Paris : Larousse, 1995.
- 53. LECOMPTE C.**
Stage en counseling. Texte inédit.
Montréal : Université de Montréal, Département de Psychologie, 1978.
- 54. LESCH KP, BENGEL D, HEILS A et coll.**
Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region.
Science 1996;**274**(5292):1527-1531.
- 55. LEVITT J, MCGOLDRICK P et EVANS D.**
The management of severe dental phobia in an adolescent boy : a case report.
Int J Pediatric Dent 2000;**10**(4):348-353.
- 56. MAHONEY WJ et AYRES JJB.**
One trial simultaneous and backward fear conditioning as reflected in conditioning suppression of licking in rats.
Animal Learn Behav 1976;**4**:357-362.

57. **MASLOW AH.**
Motivation and Personality. 2^e ed.
New York : Harper & Row, 1970.
58. **MCDONALD RE et AVERY DR.**
Dentistry for the child and adolescent.
Saint-Louis : CV Mosby Co, 1983.
59. **MCGRATH et coll.**
CHEOPS : a behavioural scale for rating postoperative pain in children.
Adv Pain Res Ther 1985;**9**:395-402.
60. **MELZACK R.**
Pain measurement and assessment.
New York : Raven Press, 1984.
61. **MERSKEY H et BOGDUK N.**
Classification of Chronic Pain. 2^e ed.
Seattle : IASP Press, 1994:209-214.
<http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>
62. **MORGAN CT.**
Introduction à la psychologie.
Whitby : McGraw-Hill, 1976.
63. **NEWTON JT, SHAH S, PATEL H et coll.**
Non-Pharmacological Approaches to Behaviour Management in Children.
Dent Update 2003;**30**:194-199.
64. **PASINI W et HAYNAL A.**
Manuel de psychologie odontologique.
Paris : Masson, 1992.
65. **PERETZ B et GLUCK GM.**
The use of restraint in the treatment of pediatric dental patients : old and new insights.
Int J Paediatr Dent 2002;**12**(6):392-397.
66. **PIAGET J.**
The construction of reality in the child.
New York : Basic Books, 1954.
67. **PINKHAM JR.**
Personality development. Managing behavior of the cooperative preschool child.
Dent Clin North Am 1995;**39**(4):771-787.
68. **REYES RE.**
Stress management in pediatric dentistry.
NY State Dent J 1993;**59**(2):22-23.

- 69. ROUSSET C, LAMBIN M et MANAS F.**
The ethological method as a means for evaluating stress in children two to three years of age during a dental examination.
ASDC J Dent Child 1997;**64**(2):99-106.
- 70. ROYER J.**
Développement psychologique de l'enfant à travers le dessin.
J Psychol 1993;**108**:34-37.
- 71. RUEL-KELLERMAN M.**
La relation praticien-patient en odontologie.
Encycl Méd Chir (Paris), Odontologie, 23840 C¹⁰, 3-1989, **7**.
- 72. SARNAT H, ARAD P, HANAEUR D et coll.**
Communication strategies used during pediatric dental treatment : a pilot study.
Pediatr Dent 2001;**23**(4):337-342.
- 73. SCHAERLAEKENS M.**
Hypnose et odontologie : l'eau et le feu?
Rev Belge Med Dent 2003;**58**(2):118-125.
- 74. SCHERER MW et NAKAMURA CY.**
A fear survey schedule for children (FSS-FC) : a factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS).
Behav Res Ther 1968;**6**:173-182.
- 75. SELIGMAN M.**
Learned optimism.
New York : Alfred A. Knopf, 1991.
- 76. SHAW AJ et NIVEN N.**
Theoretical concepts and practical applications of hypnosis in the treatment of children and adolescents with dental fear and anxiety.
Br Dent J 1996;**180**(1):11-16.
- 77. SHESKIN RB, KLEIN H et LOWENTAL U.**
Assessment of children's anxiety throughout dental treatment by their drawings.
ASDC J Dent Child 1982;**49**(2):99-106.
- 78. SKARET E.**
Le patient anxieux des soins dentaires, un défi pour le praticien.
Réal Clin 2004;**15**(4):303-310.
- 79. SKINNER BF.**
Science and human behavior.
New York : Academic Press, 1964.
- 80. SLOVIN M.**
Managing the anxious and phobic dental patient.
N Y State Dent J 1997;**63**(7):36-40.

- 81. TANDONNET P.**
 Approche et prise en charge de l'enfant difficile en milieu hospitalier odonto-
 stomatologique.
 Actual Odontostomatol (Paris) 1983;**144**:743-769.
- 82. TEN BERGE M, VEERKAMP J et HOOGSTRATEN J.**
 Dentists' behavior in response to child dental fear.
 ASDC J Dent Child 1999;**66**(1):36-40,12.
- 83. THERY-HUGLY MC et TODOROVA I.**
 Relation praticien-patient.
 Encycl Méd Chir (Paris), Odontologie, 23840 C¹⁰, 1998, **10**.
- 84. THOM JA, SARTORY G et JÖHREN P.**
 Comparison between one-session psychological treatment and benzodiazepine in
 dental phobia.
 J Consult Clin Psychol 2000;**68**(3):378-387.
- 85. TIBERIA MO.**
 Good communication in pediatric dentistry.
 J Mich Dent Assoc 2003;**85**(1):37,58.
- 86. UNION FRANCAISE POUR LA SANTE BUCCO-DENTAIRE**
 Un autre regard sur la douleur.
 Dialogue 2004;**28**:10-15.
- 87. VEERKAMP JSJ, GRUYTUYSEN RJM, VAN AMERONGEN WE et coll.**
 Dentist's ratings of child dental-patients' anxiety.
 Commun Dent Oral Epidemiol 1995;**23**:356-359.
- 88. VENHAM LL, BENGSTON D et CIPES M.**
 Children's response to sequential dental visit.
 J Dent Res 1977;**56**:454-459.
- 89. VENHAM L.**
 The effect of mother's presence on child's response to dental treatment.
 ASDC J Dent Child 1979;**46**(3):219-225.
- 90. VINCKIER F et VANSTEENKISTE G.**
 Het gebruik van de angstanamnese bij kinderen.
 Rev Belge Med Dent 2003a;**58**(4):234-244.
- 91. VINCKIER F et VANSTEENKISTE G.**
 Behandelingstrategie bij de angstige patiënt.
 Rev Belge Med Dent 2003b;**58**(4):209-220.
- 92. WALTER LRF, FERELLE A et ISSAO M.**
 Odontologia para o bebê : Odontopediatria do nascimento aos 3 anos.
 São Paulo : Artes Médicas, 1996.

- 93. WEILENMANN WA et EGLI-BERND H.**
Sechs einfache Hilfen für Angstpatienten.
Schweiz Monatsschr Zahnmed 2004;**114**(7):699-715.
- 94. WIDMER R.**
Implications of Child Development on the Practice of Oral Care.
Compend Contin Educ Dent 2002;**23**(3 Suppl 2):4-9.
- 95. WOLPE J.**
Psychotherapy by reciprocal inhibition.
Stanford : University Press, 1958.
- 96. WRIGHT GZ et ALPERN GD.**
Variables influencing children's cooperative behavior at the first dental visit.
ASDC J Dent Child 1971;**38**(2):124-128.
- 97. WRIGHT GZ, ALPERN GD et LEAKE JL.**
A cross-validation of variables affecting children's cooperation behaviour.
J Can Dent Assoc 1973;**39**(4):268-273.
- 98. ZADIK D et PERETZ B.**
Management of the crying child during dental treatment.
ASDC J Dent Child 2000;**67**(1):55-8;9-10.

<p>GARNIER (Mylène).- Approche de l'enfant au cabinet dentaire : rôles du non-verbal et du verbal.- 203 p., ill., tabl., 30 cm.- (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2005). N° 42.16.05.</p>	
<p>L'odontologie pédiatrique est un des aspects de la pratique dentaire qui constitue le plus grand challenge pour le chirurgien-dentiste d'un point de vue relationnel, mais peut aussi lui apporter une grande satisfaction sur les plans professionnel et personnel. Pour cela, une connaissance des principes de base de la psychologie de l'enfant, une bonne préparation et une flexibilité de la part du praticien sont nécessaires. Une approche soigneusement planifiée et orientée vers le petit patient, en tenant compte de l'inévitable dimension parentale, peut être la clé du succès ! Toutes les rencontres ne peuvent cependant pas être des victoires immédiates. Des moyens, essentiellement basés sur la communication verbale et non-verbale, permettent de surmonter la plupart des barrières rencontrées en pédodontie (anxiété, douleur, comportement non-coopérant). Une évaluation préalable du comportement et du vécu psycho-affectif de l'enfant est toutefois indispensable afin de poser les bonnes indications. Notre travail se limite à l'enfant sain de corps et d'esprit, capable de communiquer.</p>	
<p>Rubrique de classement : PEDODONTIE</p>	
<p>Mots Clés : Pédodontie, Psychologie, Angoisse, Comportement enfant, Communication</p>	
<p>MESH : Pedodontics, Psychology, Anxiety, Child behavior, Communication</p>	
<p>Jury :</p> <p>Président : Madame le Professeur Christine FRAYSSE</p> <p>Assesseurs : Monsieur le Professeur Alain JEAN Madame le Docteur Serena LOPEZ-CAZAUX</p> <p>Invité : Monsieur le Docteur Saïd KIMAKHE</p> <p>Directeur : <u>Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD</u></p>	
<p>Adresse de l'auteur : 12, chemin Guilbaud, 44100 Nantes mylene.garnier@freesbee.fr</p>	