

UNIVERSITE DE NANTES

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année : 2011

N° :

**PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DE
L'ENFANT REFRACTAIRE AUX SOINS AU
CABINET DENTAIRE**

Thèse Pour le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 7 décembre 2011

Par

AHIER Julien

Né le 17 Juin 1986

JURY

Président : Madame le Professeur Brigitte ALLIOT-LICHT

Directeur : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Co-directeur : Madame le Docteur Françoise SCHEFFER

Assesseur : Madame le Docteur Amélie ODIER

UNIVERSITÉ DE NANTES	
Président	Monsieur LECOINTE Yves
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Monsieur LABOUX Olivier
Assesseurs	Monsieur JEAN Alain Monsieur HOORNAERT Alain Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Madame ALLIOT-LICHT Brigitte Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GILMELLI Bernard Monsieur JEAN Alain	Monsieur LABOUX Olivier Monsieur LESCLOUS Philippe Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOHNE Wolf (Professeur Emérite)	Monsieur BOULER Jean-Michel
Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	Assistants hospitaliers universitaires des C.S.E.R.D.
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BODIC François Madame CASTELLOT-ENKEL Bénédicte Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Monsieur DENTAUD Joël Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LAGARDE André Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Monsieur RENAUDIN Stéphane Monsieur ROUVRE Michel Madame ROY Elisabeth Monsieur STULLOU Xavier Monsieur UNGER François Monsieur VERNER Christian	Monsieur BADRAN Zahi Madame BERTHOU-STRUBE Sophie Madame BLERY Pauline Madame BOUVET Gaëlle Monsieur CAMPARD Guillaume Monsieur COIRIER François Monsieur DEMOERSMAN Julien Monsieur FREUCHET Erwan Monsieur FRUCHET Aurélien Madame GIGOU Valériane Madame GOEMAERE-GALIERE Héliène Monsieur GOURÉ Tony Madame HYON-ROY Isabelle Monsieur MARGOTTIN Christophe Madame ODIER Amélie Monsieur PAISANT Guillaume Monsieur PERROT Erick Madame POUCH-TORTIGER Daphné Madame RENARD Emmanuelle

13 septembre 2011

**Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la
Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur
donner aucune approbation, ni improbation.**

Sommaire

INTRODUCTION	11
PARTIE I) COMPRENDRE L'ENFANT	12
1) Développement de l'enfant	12
1.1) Développement physique	12
1.1.1) Le nourrisson : de la naissance à deux ans.....	12
1.1.1.1) La morphologie.....	12
1.1.1.2) A la conquête du monde.....	13
1.1.1.2.1) La posture.....	13
1.1.1.2.2) La marche.....	13
1.1.1.2.3) La préhension.....	14
1.1.2) L'enfant avant la puberté.....	15
1.2) Développement cognitif	15
1.2.1) Stade sensori-moteur.....	16
1.2.1.1) Première période : des réflexes à l'intentionnalité.....	16
1.2.1.1.1) Premier sous-stade : exercice des réflexes (de la naissance à un mois) ...	16
1.2.1.1.2) Deuxième sous-stade : réactions circulaires primaires (de un mois à quatre mois et demi).....	16
1.2.1.1.3) Troisième sous-stade: réactions circulaires secondaires (entre quatre mois et demi et neuf mois).....	17
1.2.1.2) Seconde période : de l'intentionnalité à la représentation.....	17
1.2.1.2.1) Quatrième sous-stade : coordination des schèmes secondaires (entre huit et douze mois).....	17
1.2.1.2.2) Cinquième sous-stade : réactions circulaires tertiaires (entre douze et dix-huit mois).....	18
1.2.1.2.3) Sixième sous-stade : combinaisons mentales (entre dix-huit mois et deux ans).....	18
1.2.1.3) De nouvelles données à l'heure actuelle.....	18

1.2.2) Stade de préparation-mise en place des opérations concrètes	19
1.2.2.1) La pensée symbolique (de dix-huit mois à deux ans)	19
1.2.2.2) La pensée intuitive préopératoire (entre quatre et sept ans).....	21
1.2.2.3) Les opérations concrètes	21
1.3) Relations affectives et sociales	22
1.3.1) L'enfant de la naissance à trois ans	22
1.3.1.1) L'affectivité selon Freud	22
1.3.1.1.1) Stade oral (de la naissance à dix-huit mois)	22
1.3.1.1.2) Stade anal (de dix-huit mois à trois ans).....	23
1.3.1.2) Wallon une théorie, trois aspects	23
1.3.1.2.1) Premier stade : stade impulsif (de la naissance à trois mois).....	23
1.3.1.2.2) Deuxième stade : stade émotionnel (de trois mois à un an).....	24
1.3.1.2.3) Troisième stade : stade sensori-moteur et projectif (d'un an à trois ans) ..	24
1.3.2) L'enfant de trois à sept ans	24
1.3.2.1) Stade phallique selon Freud	24
1.3.2.2) Wallon et le stade du personnalisme	25
1.3.3) De sept ans à douze ans	25
1.3.3.1) Stade de latence selon Freud	25
1.3.3.2) Le stade catégoriel de Wallon	25
2) Les raisons de son refus face aux soins dentaires	26
2.1) Les « troubles » anxieux	26
2.1.1) La peur	26
2.1.2) L'anxiété	26
2.1.2.1) L'anxiété généralisée	27
2.1.2.2) L'anxiété de séparation	27
2.1.2.3) L'anxiété situationnelle	28
2.1.2.4) Peur ou anxiété ?	28
2.1.3) L'angoisse.....	29
2.1.4) La phobie	29
2.2) Sa perception du cabinet et du chirurgien-dentiste	29
2.2.1) Un environnement hostile.....	29
2.2.1.1) Un lieu inconnu	30

2.2.1.2) Les instruments	30
2.2.2) Un monde de préjugés	31
2.2.2.1) Une image négative transmise à travers les siècles.....	31
2.2.2.2) La place de l'inconscient collectif.....	34
2.2.2.3) Les contes, les légendes, les dessins animés	34
2.2.2.3.1) Les monstres et leurs grandes dents.....	35
2.2.2.3.2) La petite souris.....	37
2.3) Sa famille, son environnement	38
2.3.1) Les liens familiaux et l'environnement social.....	38
2.3.2) Les personnalités parentales	39
2.3.3) Sa référence, sa maman	40
2.4) Son âge et sa personnalité ; causes de refus	41
2.4.1) Son niveau de développement	41
2.4.1.1) La marche, en route vers l'indépendance (de la naissance à deux ans	41
2.4.1.2) Ecole me voici (de deux à quatre ans)	42
2.4.1.4) Encore et toujours l'école.....	43
2.4.2) Une coopération difficile, voire impossible	43
2.4.2.1) L'enfant coopérant mais subissant	43
2.4.2.1.1) L'expression du visage	43
2.4.2.1.2) Le langage du corps	44
2.4.2.1.3) L'attitude.....	44
2.4.2.2) L'enfant pouvant devenir non coopérant	45
2.4.2.2.1) Les personnalités pouvant devenir non coopérantes.....	45
2.4.2.2.1.1) L'enfant rebelle	45
2.4.2.2.1.2) Le capricieux ou l'hystérique	45
2.4.2.2.1.3) L'enfant inquiet, peureux	46
2.4.2.2.1.4) Le timide et réservé	46
2.4.2.2.1.5) L'émotif.....	46
2.4.2.2.1.6) L'enfant hyperactif	46
2.4.2.2.1.7) L'enfant handicapé mental	47
2.4.2.2.2) Les manifestations de l'anxiété non coopérante	47
2.4.2.2.2.1) Les comportements d'échappement	48
2.4.2.2.2.2) Les comportements de self-défense	48
2.4.2.2.3) L'anxiété et les problèmes comportementaux	49

2.4.2.3) L'enfant sans possibilité de coopération	49
2.5) <i>Le chirurgien-dentiste, un mauvais souvenir</i>	49
2.6) <i>L'intrusion dans son intimité</i>	50
2.6.1) Une zone de plaisir mais pas uniquement	50
2.6.2) La soumission	50
2.7) <i>Le manque de confiance</i>	51
2.7.1) Lié au comportement du praticien	51
2.7.2) Lié au manque d'explications.....	51
PARTIE II) PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT	52
1) Un lieu accueillant	52
1.1) <i>L'arrivée au cabinet</i>	52
1.2) <i>La salle d'attente</i>	53
1.3) <i>La salle de soins</i>	55
1.4) <i>La conception du cabinet dentaire</i>	56
2) Les échelles d'évaluation	58
2.1) <i>Evaluation de la douleur</i>	59
2.1.1) L'échelle numérique	59
2.1.2) L'échelle visuelle analogique : L'EVA	59
2.1.3) Les jetons	60
2.1.4) L'échelle de six visages : FPS-R	60
2.1.5) L'échelle verbale simplifiée : L'EVS	61
2.1.6) L'échelle comportementale simplifiée : L'ECS	61
2.1.7) L'échelle CHEOPS	62
2.2) <i>Evaluation du comportement et de l'anxiété</i>	62

2.2.1) L'échelle de Houpt	63
2.2.2) L'échelle de Frankl.....	63
2.2.3) L'échelle de Venham modifiée par Veerkamp.....	64
2.2.4) L'échelle visuelle analogique	64
2.2.5) L'échelle des visages de Buchanan et Niven.....	65
2.3) Une étude intéressante : la carte émotionnelle	65
3) Les protagonistes de la relation soignant-soigné	67
3.1) L'enfant.....	67
3.2) Le chirurgien-dentiste	68
3.2.1) Sa relation avec l'enfant.....	68
3.2.2) Sa relation avec le parent	69
3.3) Le parent	71
3.3.1) Sa présence au cours de soins	71
3.3.2) Son rôle hors des soins	72
3.3.2.1) Avant la consultation	72
3.3.2.2) Après la consultation	72
3.4) L'assistante dentaire	73
4) Les consultations	73
4.1) Organisation des rendez-vous	73
4.2) Entretien préalable	74
4.3) La première fois... ..	75
4.3.1) L'observation de l'attitude de l'enfant.....	75
4.3.2) Une relation de confiance.....	76
4.3.3) Le plan de traitement.....	77
PARTIE III) METHODES DE PRISE EN CHARGE NON PHARMACOLOGIQUES.....	79

1) Les méthodes basées sur la communication.....	79
<i>1.1) L'approche verbale-non verbale.....</i>	79
1.1.1) L'approche verbale.....	80
1.1.1.1) Le choix des mots.....	80
1.1.1.2) La formulation.....	81
1.1.1.3) Tonalité-intensité-volume	82
1.1.2) L'approche non-verbale.....	82
1.1.2.1) Communication non-verbale à travers des signes physiques.....	82
1.1.2.2) L'espace	83
1.1.2.3) Le silence	84
1.1.2.4) L'écoute active	84
<i>1.2) Les techniques d'expositions</i>	85
1.2.1) Pré-exposition.....	85
1.2.2) Exposition prolongée.....	85
1.2.3) Méthode TELL-SHOW-DO.....	86
<i>1.3) La désensibilisation.....</i>	87
<i>1.4) Les techniques de modifications comportementales.....</i>	89
1.4.1) Le renforcement.....	89
1.4.2) Le façonnement	90
1.4.3) Le modelage	90
1.4.4) La distraction	91
<i>1.5) Deux exemples de méthodes alternatives</i>	92
1.5.1) L'hypnose	92
1.5.1.1) Principe	92
1.5.1.2) Formations de l'hypnose en France	95
1.5.1.2.1) Formations universitaires.....	95
1.5.1.2.2) Formations privées.....	95
1.5.2) Méthodes de relaxation.....	96
2) Les méthodes basées sur la contrainte.....	98

<i>2.1) Le contrôle de la voix</i>	98
<i>2.2) « Contingent escape »</i>	99
<i>2.3) Le conditionnement négatif ou H.O.M.E</i>	99
<i>2.4) La contrainte physique ou stabilisation</i>	100
CONCLUSION	101
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	102
LISTE DES TABLEAUX	117
LISTE DES FIGURES	118

Introduction

« Pourquoi attendre d'avoir mal pour prendre un rendez vous chez le dentiste ? » Telle est la question initiée par le gouvernement dans le programme « M T dents » et qui met en évidence l'importance de la prise en charge de l'enfant.

En effet, il arrive fréquemment que le chirurgien-dentiste se retrouve confronté à des situations de refus de la part du jeune patient et qu'il ait des difficultés à les gérer. Face à cela, le praticien a parfois recours à la pharmacologie, ce qui constitue une solution, certes efficace, mais précipitée.

Cependant, il se peut qu'il abandonne purement et simplement les soins ou réadresse le patient à ses confrères. Pourtant, il existe des alternatives facilement réalisables au cabinet qui faciliteront la réconciliation de l'enfant avec le monde dentaire. Elles doivent néanmoins être adaptées à son comportement, qu'il soit anxieux, hyperactif, émotif, colérique ou encore capricieux.

L'évolution de notre société permet de porter un intérêt particulier à l'enfant à travers son ressenti et de l'associer à son traitement par un contrat qui s'établit entre lui et le praticien, qui l'engage et le responsabilise.

L'approche de l'enfant est alors revue dans l'optique d'établir une coopération et il paraît intéressant de s'attarder sur la prise en charge psychologique de l'enfant réfractaire aux soins au cabinet dentaire. A cette fin, il est opportun d'étudier en premier lieu l'enfant en cherchant à le comprendre à travers son développement puis d'analyser les raisons de son refus, ceci dans le but d'améliorer et d'adapter sa prise en charge.

Partie I) Comprendre l'enfant

1) Développement de l'enfant

A la naissance, l'être humain découvre un monde qui lui est inconnu. Il va, dans les deux premières années de sa vie, partir à la découverte de ce qui l'entoure (objets, bruits, personnes...), en regardant, manipulant, afin de mieux comprendre le monde extérieur. Ce sera pour lui une période de grands changements, de développements intenses à la fois physiques, intellectuels, affectifs et sociaux.

1.1) Développement physique

Durant le stade que Piaget appelle sensori-moteur, le développement moteur et en particulier l'acquisition de la posture, de la marche et de la préhension vont conditionner les relations que le bébé va avoir avec le monde extérieur¹⁶.

1.1.1) Le nourrisson : de la naissance à deux ans

1.1.1.1) La morphologie

Le nouveau-né pèse en moyenne trois à quatre kilogrammes pour une taille de cinquante centimètres avec un périmètre crânien de trente cinq millimètres environ. Pendant les premiers jours de sa vie, le bébé peut perdre jusqu'à dix pour cent de son poids, ce qui s'explique par une perte de fluides à travers les systèmes urinaires, digestifs et respiratoires, associée à de faibles quantités absorbées. Puis, le poids, la taille et le périmètre crânien vont augmenter de manière progressive et importante. En l'espace de deux ans, le bébé aura triplé voire quadruplé son poids et presque doublé de taille¹¹⁰.

1.1.1.2) A la conquête du monde

1.1.1.2.1) La posture

A la naissance, le bébé présente une hypertonicité des muscles fléchisseurs et une hypotonie axiale, il en résulte une impossibilité à maintenir le corps en position verticale. L'évolution du tonus amenant à une passivité des membres et à une hypertonicité axiale va permettre de développer une posture verticale et donc l'acquisition du maintien de la tête, de la station assise et debout¹⁶. Brunet et Lézine ont mis au point une échelle appelée « Brunet-Lézine » qui vise à étudier le développement psychomoteur de l'enfant. On s'aperçoit que le développement postural commence par le positionnement de la tête dès le premier mois où le bébé (en position allongée sur le ventre) peut soulever la tête, un court instant, jusqu'à la maintenir bien droite au troisième mois en position assise. Puis, le processus se poursuit au tronc et aux membres supérieurs pour finir par les membres inférieurs. On constate que le développement posturo-moteur est régi par deux lois :

- La loi céphalo-caudale : le développement se fait du haut vers le bas.
- La loi proximodistale : le développement des parties les plus proches du tronc se réalise avant les parties les plus éloignées.

Enfin, entre le huitième et le neuvième mois, la position assise devient stable et, vers les onzième et douzième mois, le bébé peut se tenir seul debout. C'est à partir de ce moment que le nourrisson commence à marcher, ce qui lui permet de découvrir le monde qui l'entoure¹⁶.

1.1.1.2.2) La marche

Avant de pouvoir marcher, trois étapes vont se succéder pour permettre au bébé de se déplacer au sol¹⁶ :

- La reptation : cette première étape apparaît vers six mois et permet à l'enfant d'avancer en étant sur le ventre et en prenant appui sur ses bras.

- La propulsion quadrupédique : elle se manifeste au huitième mois, le nourrisson se met à « quatre pattes » pour se déplacer.
- La marche bipède : cette étape apparaît vers dix mois. Le bébé pourra marcher si un adulte le tient par les mains.

C'est à partir de douze mois qu'il peut commencer à marcher seul, on peut alors parler de « bébé debout ». Au début, la marche est maladroite mais, en prenant des appuis, il va très vite s'améliorer, finira par se tenir debout, seul et sans appui. L'acquisition de la marche va avoir des répercussions sur sa vie psychologique puisqu'il va pouvoir conquérir le monde qui l'entoure, atteindre les objets qui l'attirent, satisfaire son désir d'autonomie^{16 110}.

1.1.1.2.3) La préhension

La préhension, comme la marche, a un rôle important dans le développement de notre intelligence. En effet, selon Piaget, elle se construit progressivement par l'action de l'enfant sur le monde qui l'entoure, en touchant, manipulant et observant. La préhension est au départ un réflexe archaïque que l'on nomme le réflexe d'agrippement ou encore le *grasping reflex*. Il suffit de placer un doigt dans la main du bébé pour obtenir une flexion des doigts. Durant le premier mois, ce réflexe est très présent puis il va progressivement disparaître. Ce n'est que vers le cinquième mois qu'apparaît la préhension dite volontaire¹²⁰. Cette dernière peut être divisée en deux stades : « *l'atteinte des objets* » et « *la saisie de l'objet* »¹⁶.

La saisie de l'objet, seconde phase de l'évolution de la préhension volontaire, peut être divisée en trois niveaux¹⁶ :

- Le niveau cubito-palmar se développe entre six et sept mois. Les objets sont tenus entre la paume de la main et les doigts, à l'exception du pouce et les objets de petites tailles sont saisis en râteau.
- Le niveau digito-palmar qui apparaît entre sept et huit mois, correspond à la saisie des objets par la pince inférieure. Le bébé prend l'objet par les cotés latéraux des dernières phalanges du pouce et de l'index et peut le passer d'une main à l'autre.

- Le niveau radio-digital qui se situe vers le neuvième mois correspond à la préhension de l'objet par la pince supérieure. L'objet peut être saisi entre les faces pulpaire du pouce et de l'index, la préhension devient alors plus précise.

1.1.2) L'enfant avant la puberté

La croissance physique va se poursuivre pendant l'enfance, elle sera lente et régulière jusqu'à l'adolescence où il y aura une nouvelle phase de développement. Ses jambes s'allongent, ce qui a pour effet de diminuer la hauteur du tronc par rapport aux membres inférieurs. De même, la proportion de la tête par rapport au corps diminue. La marche continue à se perfectionner et l'enfant de cet âge court correctement, monte et descend les escaliers sans difficulté. La motricité fine se précise, la préhension s'améliore ce qui lui permet d'effectuer des mouvements plus complexes. A six ans, il sait tenir un crayon, écrire des lettres et des mots, et à douze ans il rédige des phrases et produit des dessins plus fidèles à la réalité. Sa capacité neuromusculaire s'améliore et, au delà de savoir courir et sauter, il sait tenir en équilibre, lancer et attraper un objet dans un contexte de jeux^{16 110}.

1.2) Développement cognitif

On ne peut commencer ce chapitre sans rendre hommage au travail considérable de Piaget dans ce domaine dont les théories constituent un pilier en la matière. Il a étudié le développement psychologique de l'enfant qu'il divise en 3 stades (eux mêmes divisés en sous-stades). Notre intelligence se construirait donc par l'enchevêtrement d'étapes et serait le résultat de l'interaction que nous avons avec le monde qui nous entoure. Néanmoins, avec les progrès de l'imagerie cérébrale, certaines de ses théories ont été remises en cause. Des auteurs tels qu'Houdé évoquent une nouvelle approche sur le développement de l'intelligence⁵⁵.

Chaque stade qui sera traité ici, correspond à la version définitive donnée par Piaget au symposium de Genève en 1955, retenue et exposée par Bideau et ses collaborateurs dans leur ouvrage : *L'homme en développement* (2011), où ils apportent de nouvelles données à ce sujet. Notons également que les âges mentionnés sont ceux utilisés par ces mêmes auteurs. Nous n'évoquerons pas le stade des opérations formelles puisqu'il n'entre pas dans le thème de cette thèse consacrée à l'enfant.

1.2.1) Stade sensori-moteur

Il est le premier stade du développement cognitif de l'enfant et se situe entre la naissance et l'âge de deux ans. Il peut lui-même être divisé en deux périodes, chacune divisée en trois sous-stades.

1.2.1.1) Première période : des réflexes à l'intentionnalité

1.2.1.1.1) Premier sous-stade : exercice des réflexes (de la naissance à un mois)

Le développement mental commence par l'apparition de réflexes, le réflexe de succion en est le meilleur exemple⁹⁸. Ces réflexes initiaux vont se répéter, se perfectionner pour aboutir à la constitution d'un ensemble de règles qui deviendront plus complexes avec le temps. Piaget les appelle schèmes d'actions qui sont le résultat de contacts répétés de l'enfant avec son environnement, c'est le principe d'« assimilation/accommodation ». Prenons l'exemple du réflexe de succion, à la naissance, il remplit une fonction spécifique : l'alimentation. L'enfant tétera quel que soit le stimulus (mamelon ou doigt). Puis ce réflexe va se perfectionner et le nourrisson va pouvoir différencier les stimuli. S'il a faim et qu'on lui présente un doigt à téter il refusera¹⁶.

1.2.1.1.2) Deuxième sous-stade : réactions circulaires primaires (de un mois à quatre mois et demi)

Les réactions circulaires primaires correspondent à la répétition d'un schème d'action dont le résultat, obtenu pour la première fois par hasard, a intéressé le nourrisson de part son côté plaisant et agréable. Il va en découler un « exercice fonctionnel acquis, prolongeant l'exercice réflexe et ayant pour effet de fortifier et d'entretenir non plus seulement un mécanisme tout monté, mais un ensemble sensori-moteur à résultats nouveaux poursuivis par eux-mêmes »⁹⁷. Ces réactions circulaires sont qualifiées de primaires puisqu'elles sont exclusivement centrées sur son corps à l'inverse des réactions circulaires secondaires du stade III qui vont s'orienter vers les objets¹⁶.

1.2.1.1.3) Troisième sous-stade: réactions circulaires secondaires (entre quatre mois et demi et neuf mois)

La différence entre cette étape et la précédente tient au fait que les réactions, toujours dites circulaires de part leur répétition, s'orientent maintenant vers les objets et ne sont plus exclusivement centrées sur le corps de l'enfant. Cette période voit apparaître le phénomène de préhension décrit préalablement, le nourrisson va pouvoir toucher, manipuler, frapper les objets. « Plus la répétition de ces schèmes est liée à des résultats éloignés de ceux de l'activité réflexe (par assimilation généralisatrice) plus la distinction entre moyens et fins se précise »¹⁶. C'est le début de ce que l'on appelle : l'intentionnalité. Pour Piaget, nous sommes au seuil de l'intelligence.

C'est aussi à la fin de cette période que débute le phénomène de permanence de l'objet. Jusque là, pour le bébé, tout objet qui disparaissait de son champ de perception devenait inexistant. A partir du huitième mois, l'enfant comprend qu'un objet caché continue d'exister, il sera alors capable de le rechercher, mais, à ce stade, il ne s'agit pas encore de représentation de l'objet, la recherche est liée à l'action et non à l'objet¹⁶.

1.2.1.2) Seconde période : de l'intentionnalité à la représentation

1.2.1.2.1) Quatrième sous-stade : coordination des schèmes secondaires (entre huit et douze mois)

C'est à ce sous-stade qu'apparaît l'intelligence : le nourrisson ne répète plus des séquences de schèmes découverts par hasard mais va les coordonner afin de réaliser des objectifs qui n'étaient jusqu'alors pas directement possibles. Piaget nous donne, comme exemple, un objet mis hors de sa portée mais attaché à une ficelle. L'enfant comprend alors que, s'il veut l'objet, il devra tirer sur la ficelle. On obtient une coordination entre le schème « tirer sur un cordon » et le schème « saisir un objet ». Il y a maintenant une intention dans les conduites de l'enfant qui n'existait pas lors de l'étape précédente. La recherche de l'objet est devenue systématique même en dehors de son champ de vision¹⁶.

Cependant, on ne peut pas encore parler définitivement de représentation de l'objet puisque le bébé le recherche uniquement là où il l'a vu la dernière fois et non là où il a disparu. C'est l'erreur dite « A – non-B ». Comme le décrivent Bideau et ses collaborateurs (2011), le principe est le suivant : on place devant le bébé deux caches A et B qu'il peut atteindre aussi facilement. Puis l'objet est caché, sous son regard, derrière le cache A. Il va le retrouver sans peine. Après plusieurs répétitions, on le place derrière le cache B et c'est à ce moment que l'enfant commet l'erreur de le rechercher derrière le cache A¹⁶.

1.2.1.2.2) Cinquième sous-stade : réactions circulaires tertiaires (entre douze et dix-huit mois)

L'enfant va à la fois améliorer l'activité intentionnelle de recherche des objets et trouver d'autres moyens pour agir sur eux. Il ne va plus uniquement répéter des mouvements connus mais il va également les graduer. Prenons l'exemple du schème de « lâcher », l'enfant va le moduler en lâchant un objet à plusieurs reprises et en variant le geste afin d'en étudier les différents résultats. Les nouvelles réactions qui en découlent sont qualifiées de réactions circulaires tertiaires. De plus, l'enfant ne commet plus l'erreur dite « A – non-B » lorsque nous prenons le temps de lui montrer où est placé l'objet¹⁶.

1.2.1.2.3) Sixième sous-stade : combinaisons mentales (entre dix-huit mois et deux ans)

Il correspond à la transition entre le stade sensori-moteur et le début de la « vie mentale ». C'est l'apparition de la fonction symbolique avec l'invention de moyens nouveaux par combinaison mentale des schèmes. L'enfant devient capable de retrouver des objets cachés même s'il n'a pas vu les déplacements¹⁶.

1.2.1.3) De nouvelles données à l'heure actuelle

Une série de tests a été réalisée sur le bébé de quatre à cinq mois (stade III de Piaget) et a permis de conclure que dès cet âge précoce, l'enfant peut concevoir l'objet comme une unité avec ses contours. Il comprend que l'objet ne se décompose pas lorsqu'il est caché^{66 115}. D'autres expériences ont mis en évidence que la permanence de l'objet serait acquise dès le stade III Piagétien¹².

1.2.2) Stade de préparation-mise en place des opérations concrètes

Ce stade fait suite au développement sensori-moteur, il correspond à l'apparition d'une intelligence opératoire. L'enfant raisonne et réfléchit pour comprendre son environnement et l'évolution du langage va lui permettre de communiquer avec autrui¹⁶.

1.2.2.1) La pensée symbolique (de dix-huit mois à deux ans)

C'est durant ce stade que la fonction symbolique, encore appelée « fonction sémiotique », se développe. Elle correspond à la différenciation du « signifiant » et du « signifié », ce qui n'avait fait que débiter au stade sensori-moteur. L'enfant va passer du stade de la perception au stade de la représentation de l'objet. Ceci se manifestera à travers cinq comportements observables :

- L'imitation différée (sans la présence de l'objet) : sous-entend qu'elle est à la fois une représentation dans l'acte mais également une représentation mentale.

- Le jeu symbolique : l'enfant va faire semblant de réaliser une action (par exemple dormir).

- Le dessin : il apparaît en même temps que le jeu symbolique et va permettre de représenter des éléments, des actions, des scènes. Au départ, il correspond plutôt à une activité motrice traçante, satisfaisant le plaisir du geste et va se perfectionner au moment où l'enfant prend conscience du lien entre son geste et son tracé. Par la suite, une fois son graphisme terminé, il y trouvera une ressemblance accidentelle avec quelqu'un ou quelque chose et lui donnera une valeur de symbole ou de signe⁸⁰. A partir de trois ans le dessin devient délibérément représentatif, ce sont des schémas individuels correspondant à la juxtaposition et à la combinaison d'éléments graphiques simples. A quatre ans, il va combiner les schémas en scènes élémentaires puis, à cinq ans, les schémas en scènes complexes et paysages faisant intervenir le mouvement et l'espace. De sept ans à neuf ans, les schémas deviennent plus réalistes et il abandonne, à partir de neuf ans, le schématisme pour des représentations plus proches de ce qu'il peut voir⁹².

- L'image mentale correspond à une intériorisation de l'imitation différée et c'est par l'approche cognitive que cette notion va nettement évoluer. Elle permettrait à l'enfant de résoudre les problèmes qui surviennent lors de son interaction avec l'environnement. A la question : « Combien de pieds a la chaise ? », l'enfant va s'imaginer mentalement la chaise pour y répondre⁷⁰.

- L'apparition du langage va également lui permettre de faire la distinction entre le « signifié » et le « signifiant ». A l'inverse du jeu symbolique et du dessin, le « système de signes verbaux » véhicule des significations collectives et non individuelles. Le langage a une double fonction : une de représentation et une autre de communication, d'échanges entre l'individu et son environnement. A deux ans, l'enfant ne connaît qu'une vingtaine de mots, à 6 ans il en connaîtra plus de 2500 et, adulte, il possédera un répertoire de 20000 à 40000 mots. Avant trois ans et demi, il est incapable de formuler ses phrases dans un ordre logique, ce n'est qu'à partir de ce moment qu'il commence à y mettre un ordre. Le nom est suivi d'un verbe qui lui-même peut être suivi d'un autre nom mais il ne distingue pas encore celui qui fait l'action de celui qui la subit, ceci ce produira à partir de six ans. En parallèle, son répertoire s'enrichit, il va passer du pronom personnel « moi » à deux ans, aux pronoms possessifs « le sien, le nôtre, le vôtre, le leur » à six ans^{16 55}.

Le stade de la pensée symbolique est aussi le stade des schèmes préconceptuels. La notion de préconcept relève à la fois du symbole et de l'image mentale mais aussi du raisonnement qui reliera ces préconcepts. L'enfant va invoquer l'existence d'un élément connu pour justifier la raison d'être de l'autre. Il sera qualifié « d'égoцентриque » dans la mesure où il y a une indissociation entre le corps propre et son milieu. Selon Piaget, on y retrouve les deux aspects de l'égoцентриisme enfantin: « l'aspect négatif avec une assimilation déformante du réel aux intérêts ou aux connaissances propres » et l'autre aspect, positif cette fois, puisqu'il « traduit l'effort de compréhension d'une situation en l'assimilant à ce qui est déjà connu »¹⁶.

1.2.2.2) La pensée intuitive préopératoire (entre quatre et sept ans)

Ce stade est celui de l'intuition et correspond à une conceptualisation croissante où les « schèmes représentés » se coordonnent progressivement. L'enfant va passer d'une pensée imagée portant sur de simples représentations à des configurations d'ensemble. De même, il va passer de représentations statiques à des représentations dynamiques faisant intervenir le mouvement¹⁶. Cette période peut être divisée en deux parties dont l'âge de transition se situe vers cinq ans et demi et qui correspond au passage de l'intuition simple à l'intuition articulée. L'enfant utilise encore à ce stade un symbolisme imagé, il ne parvient pas à la « réversibilité des opérations de la pensée »¹⁶. Pour mieux comprendre, prenons l'exemple de Piaget avec les jetons : un expérimentateur va poser une rangée de jetons et demander à l'enfant de la reproduire avec ses propres jetons. A l'étape de l'intuition simple, l'enfant réalisera une rangée de même longueur mais pas avec le même nombre de jetons qui seront plus ou moins rapprochés. A l'étape de l'intuition articulée, l'enfant réalisera la même rangée que l'expérimentateur, mais, si celui déplace son dernier jeton, l'enfant n'aura pas à l'esprit d'annuler cette action pour retrouver les deux rangées identiques et va alors rajouter des jetons pour qu'elle soit de nouveau de même longueur¹⁶.

1.2.2.3) Les opérations concrètes

L'intelligence opératoire débute avec l'apparition des opérations concrètes. Les opérations se définissent comme étant des actions intériorisées et réversibles. Dans l'exemple précédent, lorsque l'expérimentateur déplace le jeton, l'enfant est maintenant capable de corriger l'action du déplacement en se représentant l'action inverse, le jeton de l'expérimentateur pouvant alors être remis comme avant¹⁶. Les opérations sont alors classées en deux groupes, à savoir les opérations logico-mathématiques qui conduisent aux notions de sériation, de classification et de nombre (elles organisent les quantités et les objets discontinus et sont fondées sur les notions d'équivalence, de ressemblance ou de différence entre les objets) et, les opérations infra-logiques qui, quant à elles prennent en compte les caractéristiques physiques de l'objet (elles sont fondées sur les voisinages et les séparations, elles portent sur les quantités continues et amènent aux notions de temps, d'espace et de constitution de l'objet en tant que tel)¹⁶. La fin de ce stade se situe vers les onze-douze ans et laisse place aux stades des opérations formelles.

1.3) Relations affectives et sociales

La notion de développement affectif a été l'objet d'études chez de nombreux psychiatres et psychanalystes, notamment Freud auteur de *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Elle est aussi l'élément central de la théorie wallonienne où l'affectivité et l'intelligence s'influencent tout au long du développement de la personnalité.

Chez Freud, nous ne retrouvons pas des stades de développement bien délimités et chronologiques mais des « modes d'organisation de la vie sexuelle de l'enfant » où il insiste sur l'interaction entre zones érogènes et activités psychiques¹⁶. Il en découle deux périodes (prégénitale et génitale) divisées en stades et séparées par une phase de latence.

Chez Wallon, on fait intervenir les trois aspects du fonctionnement du bébé, à savoir : l'aspect cognitif, affectif et social. Il attache une importance au rôle du milieu et, pour lui, l'enfant se développe grâce à ses interactions avec autrui¹⁶.

En utilisant ces deux théories, nous allons tenter de comprendre les liens que l'enfant peut avoir avec le monde environnant.

1.3.1) L'enfant de la naissance à trois ans

Cette période correspond, chez Freud, aux stades oral et anal de la période prégénitale, et pour Wallon, aux stades de l'impulsivité motrice, de l'émotion et du stade sensori-moteur et projectif.

1.3.1.1) L'affectivité selon Freud

1.3.1.1.1) Stade oral (de la naissance à dix-huit mois)

Au début, le « moi » de l'enfant n'est pas constitué et le concept de différence entre lui et le monde n'existe pas encore. Il va commencer à découvrir son environnement par la fonction alimentaire et l'activité sexuelle se confond avec l'ingestion des aliments⁴². Le plaisir sexuel est procuré à travers l'alimentation qui excite la cavité buccale et les lèvres et permet de constituer la relation à l'objet libidinal¹⁶.

Par la suite Abraham, a divisé ce stade en deux : la première phase dite pré-ambivalente correspond exclusivement à l'activité de succion. Il incorpore l'objet dans sa bouche sans vouloir le détruire puisqu'il ne se différencie pas de l'objet. La seconde phase dite sadique-orale correspond à l'apparition des dents et donc à la faculté de mordre. L'objet est maintenant reconnu indépendamment de lui, il devient alors source de plaisir mais aussi d'hostilité. Cette capacité à mordre va modifier les rapports avec sa mère et amener à son « sevrage », ce qui provoquera en lui une haine s'exprimant par l'agressivité¹⁶. Dolto allant même jusqu'à décrire ce sevrage comme une « castration orale »³³.

1.3.1.1.2) Stade anal (de dix-huit mois à trois ans)

Il commence avec l'apparition du contrôle sphinctérien, le plaisir anal est lié au fonctionnement des sphincters et notamment au plaisir d'expulser ou de se retenir. L'excrément devient alors un objet qu'il peut maîtriser : le conserver ou le rejeter. Abraham divise également ce stade en deux : la phase d'expulsion-destruction et la phase de rétention-possession. Cette période s'assimile à l'apprentissage de la propreté¹⁶.

1.3.1.2) Wallon une théorie, trois aspects

Sa théorie comprend six stades dont trois ont lieu pendant la période de la naissance à trois ans.

1.3.1.2.1) Premier stade : stade impulsif (de la naissance à trois mois)

L'enfant est entièrement dépendant de son entourage et notamment de sa mère puisqu'en principe c'est elle qui satisfait à son besoin alimentaire. Ce stade est marqué par le développement de la motricité, de l'impulsivité dite motrice pure où les mouvements sont des gestes incontrôlés. Il va doucement s'orienter vers une activité motrice plus ordonnée¹⁶.

1.3.1.2.2) Deuxième stade : stade émotionnel (de trois mois à un an)

Ce stade est caractérisé par la « symbiose affective » où l'émotion (telle la joie, l'impatience, la tristesse) va lui permettre de communiquer avec l'entourage. Il a un rôle fondamental dans l'organisation de la personnalité puisqu'il est à l'origine du caractère mais aussi du langage. Les gestes vont devenir utiles et vont exprimer les besoins¹⁶.

1.3.1.2.3) Troisième stade : stade sensori-moteur et projectif (d'un an à trois ans)

Cette période correspond à la découverte du monde extérieur, au désir d'autonomie et d'indépendance. L'activité motrice va permettre à l'enfant d'explorer l'espace proche, de manipuler et étudier les objets ce qui, au final, va développer son intelligence pratique ou encore appelée intelligence des situations. En parallèle, l'imitation et le simulacre ainsi que l'apparition du langage vont participer au développement d'une intelligence représentative dite discursive. A cet âge, l'enfant va découvrir la vie en société et les règles qui en découlent, il va se découvrir lui-même et par rapport aux autres¹⁶.

1.3.2) L'enfant de trois à sept ans

1.3.2.1) Stade phallique selon Freud

C'est le dernier stade de la période pré-génitale, caractérisé par l'apparition de la curiosité sexuelle qui naît sous l'influence de la pulsion et de la curiosité intellectuelle. La zone érogène devient génitale avec un double plaisir lié à la miction et à la rétention. Les stades précédents (oral et anal) se sont déroulés sans distinction quel que soit le sexe de l'enfant. Leur développement a été jusqu'alors semblable et ils vivent tous les deux dans l'idée qu'il n'existe qu'un seul sexe. Mais, au stade phallique, ils vont découvrir qu'ils n'ont pas le même sexe, ce qui va les amener à se développer différemment. Cette nouvelle réalité va provoquer chez le garçon à la fois une crainte de perdre son sexe (castration) mais aussi un plaisir masturbatoire puisque « la femme est fantasmée comme ayant été l'objet de castration »¹⁶. Par contre, la fille va vouloir posséder cet organe qui, selon elle, lui a été retiré et serait source de plaisir. C'est la naissance de « l'envie du pénis » qui sera pour Freud essentiel au développement féminin¹⁶.

Durant ce stade, se manifeste ce qu'on appelle le complexe d'Œdipe. Il correspond à l'amour que porte l'enfant au parent du sexe opposé et à l'envie d'éliminer le parent du même sexe. Ce complexe se développe depuis la naissance où la mère procure le plaisir en assouvissant son besoin alimentaire et devient donc son premier objet d'amour. Le complexe d'Œdipe émerge pendant le stade phallique pour ensuite décliner lentement durant la phase de latence. Son évolution et les causes de son déclin ne seront pas les mêmes en fonction du sexe de l'enfant¹⁶.

1.3.2.2) Wallon et le stade du personnalisme

A ce stade, le « Moi » va s'affirmer, l'objectivité se construire peu à peu et sa personnalité va se développer ainsi que sa capacité à distinguer ce qui lui est propre de ce qui appartient aux autres. C'est une période que l'on pourrait qualifier de crise, dans le sens où l'enfant est déchiré entre opposition pour se différencier de l'adulte et s'imposer (c'est la « crise de personnalité » qui apparaît vers les trois ans), et imitation des autres pour se substituer à eux et ainsi enrichir son « Moi ». A la fin de ce stade, on aura un retour en force de l'affectivité qu'il va exprimer aux personnes qui l'entourent dans le but de se faire aimer et admirer¹⁶.

1.3.3) De sept ans à douze ans

1.3.3.1) Stade de latence selon Freud

Cette période fait suite à la période œdipienne, elle est qualifiée de latence car elle correspond à une étape de « repos » où le développement de la sexualité est limité voire arrêté. On y retrouvera le déclin du complexe d'Œdipe, la déssexualisation des relations avec l'objet, l'enfant finit par dénigrer le sexe opposé. Il s'identifie aux parents au détriment des désirs amoureux et agressifs et va donc s'approprier certains de leur traits, attitudes, désirs et idéaux. Enfin, il devient raisonnable et intègre les règles et les interdits¹⁶.

1.3.3.2) Le stade catégoriel de Wallon

C'est le stade correspondant à l'âge de la scolarité et des relations avec les autres, l'enfant va développer un intérêt pour le monde extérieur. Il devient capable d'attention, d'effort, de mémoire volontaire et les activités intellectuelles deviennent prépondérantes sur les comportements affectifs¹⁶.

2) Les raisons de son refus face aux soins dentaires

L'enfant arrive souvent craintif au cabinet dentaire. Ceci peut être dû à des représentations négatives du domaine dentaire dans le monde qui l'entoure à savoir les dessins animés, les légendes..., les perceptions véhiculées à travers l'inconscient collectif et plus particulièrement par les parents. Son refus peut provenir d'expériences douloureuses déjà vécues ou bien encore par un manque de confiance envers les protagonistes du soin. Son tempérament peut être également un facteur empêchant la réalisation de soins.

2.1) Les « troubles » anxieux

Beaucoup de termes font référence à la peur, que ce soit l'anxiété, l'angoisse ou encore la phobie. Leur différence vient de leur intensité et de leur dimension physique ou non.

2.1.1) La peur

La peur est un système d'alarme dont l'intensité est d'autant plus importante que le danger est grand, ce qui nous permet d'agir en ayant une réponse la plus adaptée face aux menaces externes ou internes. Cependant, elle doit disparaître une fois le danger terminé et, lorsqu'elle devient une souffrance, elle est pathologique¹¹⁷. C'est par son caractère rationnel qu'elle se distingue de l'anxiété. En chirurgie-dentaire, la peur est donc une réaction émotionnelle normale à un ou plusieurs stimuli menaçants correspondant à des actes spécifiques à ce domaine⁶¹. Une étude récente a montré que neuf pour cent des enfants et adolescents ont peur et présentent de l'anxiété face au chirurgien-dentiste, ceci est dû notamment à la piqûre^{68 77}.

2.1.2) L'anxiété

L'anxiété est le « sentiment d'un danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi et d'anéantissement devant ce danger. Dans les formes sévères, les réactions neurovégétatives caractéristiques de l'angoisse s'y ajoutent »⁴⁵. Le danger peut être réel ou non sans objet précis mais l'appréhension qui en découle est anormalement accentuée¹¹⁷.

L'inquiétude, l'anxiété et l'angoisse sont identifiés par le dictionnaire le *LITTRE* comme trois degrés d'un même état mais la classification Française des maladies mentales porte un intérêt à la notion de névrose et distingue ces termes en les plaçant dans le développement psychoaffectif de l'enfant et de l'adolescent³⁵. Il existe donc plusieurs états anxieux dont certains se retrouvent plus souvent au cabinet dentaire.

2.1.2.1) L'anxiété généralisée

On la retrouve chez l'enfant, plus particulièrement chez les premiers-nés et les enfants uniques. A tout moment, ils craignent que quelque chose de grave puisse arriver. Cette anxiété se manifeste chez l'enfant sous différentes formes³⁵ :

- plaintes somatiques répétées,
- troubles du sommeil associés à un état de fatigue et des difficultés de concentration,
- irritabilité, des colères, des refus, et des caprices,
- besoin d'être rassuré en permanence par l'adulte
- inquiétude sur l'avenir.

Des formes aiguës peuvent apparaître dans des circonstances de changement tel que la rentrée des classes, un déménagement...³⁵.

2.1.2.2) L'anxiété de séparation

C'est le trouble anxieux le plus présent chez le jeune enfant. Cette anxiété normale dans les premières années de la vie peut devenir un trouble lorsqu'elle est excessive et empêche son bon développement³⁵.

Elle se manifeste sous la forme³⁵ :

- de pleurs, de crises de colère et une résistance active à la séparation,
- de manifestations somatiques,
- de perception d'un danger.

Pour le nouveau-né, sa mère est associée à un objet qui lui est indifférencié, tous les deux ne font qu'un. A partir du huitième mois et ce jusqu'à sa première année, il a besoin d'un contact sensorielle avec sa mère pour qu'elle existe. Si elle disparaît, il ne se sent plus en sécurité, il ne sait pas ce qui peut lui arriver, ceci est à l'origine de l'anxiété de séparation. A deux ans, il est capable de s'imaginer sa mère ailleurs qu'auprès de lui (c'est le phénomène de permanence de l'objet), il pourra alors surmonter cette anxiété¹³⁷.

2.1.2.3) L'anxiété situationnelle

Cette anxiété apparaît dans des situations particulières, elle est une réaction émotionnelle qui survient à un moment précis et qui ne se terminera qu'une fois la situation anxiogène arrêtée. Elle est caractérisée par l'appréhension et la tension ainsi que par une augmentation de l'activation du système nerveux autonome²⁰.

2.1.2.4) Peur ou anxiété ?

La distinction entre la peur et l'anxiété n'est pas si évidente et parfois les deux termes sont utilisés indépendamment de l'autre mais il existe une nuance. En effet, la peur est liée à un danger réel, précis et objectif, alors que l'anxiété est associée à un danger imprécis avec un sentiment pénible d'attente⁷⁶.

Bien que Bourassa considère les deux comme des émotions semblables dans le cadre des soins dentaires, il souligne tout de même que la peur est une émotion passagère qui génère une action physique permettant de fuir ou de se défendre, à l'inverse de l'anxiété qui est une émotion qui se développe à plus long terme et qui paralyse l'individu²⁰.

2.1.3) L'angoisse

L'angoisse est « une sensation d'extrême malaise accompagnée de manifestations somatiques neurovégétatives », elle a « une dimension physique par rapport à l'anxiété : l'individu se sent oppressé et a l'impression qu'il va mourir »¹¹⁷. Elle se situe à la frontière entre le psychologique et le biologique. Cependant, la différence entre l'anxiété (qui est du ressort du psychique) et l'angoisse (phénomène physique) est parfois mal distinguée⁷⁶.

2.1.4) La phobie

La phobie est « une peur intense, durable, gênante et irrationnelle face à un objet, une personne, une situation dont l'individu reconnaît le caractère absurde mais qu'il ne peut contrôler, face à laquelle il développe des conduites de défense » ce qui « crée une gêne ou un retentissement important dans sa vie »¹¹⁷. Elle n'apparaît qu'en présence de l'objet ou de la situation menaçante ce qui la distingue de l'obsession. Il en existe plusieurs types dont les plus courantes sont la phobie sociale, scolaire, des maladies et du sang, l'agoraphobie et les phobies simples³⁴.

2.2) Sa perception du cabinet et du chirurgien-dentiste

L'image du chirurgien-dentiste dans la société est assez péjorative, malgré des efforts considérables dans la prise en charge de la douleur, il est encore assimilé à « l'arracheur de dent ». La crainte de nos grands-parents, voire de nos parents, au niveau des soins dentaires s'est transmise de génération en génération, augmentant notre peur face à lui. De plus, l'environnement dentaire est souvent assimilé à la douleur, au mal, aussi bien dans les contes, légendes, et dessins animés. C'est dans cet univers déjà angoissant que l'enfant va découvrir un lieu qui lui est encore inconnu, plutôt hostile : le cabinet dentaire.

2.2.1) Un environnement hostile

Qui n'a jamais eu cette sensation de malaise au moment de pénétrer dans un cabinet dentaire ? L'odeur, les bruits, les souvenirs de mauvais moments passés surgissent de nouveau dans notre esprit.

2.2.1.1) Un lieu inconnu

L'arrivée au cabinet dentaire de l'enfant pour la première fois peut-être source d'angoisse en raison des nombreux stimuli auxquels il n'a jamais été confronté⁸⁶. La peur de l'inconnu s'explique par la perte de repères, c'est une peur protectrice qui lui permet de s'éloigner du danger et de ne pas s'écarter de ses parents⁹⁹. Il va se représenter ce lieu par des expériences antérieures ou des fantasmes imaginés par l'inconscient collectif¹¹⁷. Les lumières, les bruits des instruments voire les cris de patients associés à la perte des repères peuvent déclencher une certaine inquiétude et amener à une hostilité. Lors de l'attente, il va s'inquiéter et penser à ce qui peut lui arriver. Il va ensuite se diriger vers la salle de soins, avec son parent, où il sera installé (souvent seul) sur le fauteuil qui est impressionnant avec des instruments plus ou moins inconnus. Dans cette position, il se sentira soumis à la volonté du chirurgien-dentiste⁵². La situation dans laquelle l'enfant va se retrouver où il ne peut pas parler, bouger, déglutir, où il doit obéir aux ordres du praticien, peut être source d'angoisse¹⁰⁴.

2.2.1.2) Les instruments

Les instruments que nous utilisons pour les soins sont perçus, par le patient, comme des objets violents amenant à la douleur. La turbine et son bruit aigu, douloureux pour l'oreille, effraient l'enfant et la fraise fixée dessus est perçue comme un objet de douleur puisqu'elle va « faire un trou » dans la dent. La plupart reste convaincu que la fraise va leur faire mal même si une anesthésie a été réalisée. Parfois, certains patients sont surpris voire effrayés par le contre angle car il procure des vibrations importantes qui font craindre la douleur. Les instruments utilisés pour une extraction sont, sans doute, pour le patient, les plus terrifiants. Le syndesmotome, l'élévateur, voire la lame de bistouri sont des objets pointus et tranchants, par conséquent, dans l'esprit de l'enfant, ils sont associés à la douleur. Nous pouvons constater, chez l'enfant réfractaire aux soins, que cette peur est basée sur des idées préétablies infondées : « le miroir c'est arrondi, ça ne peut pas faire mal, donc j'ouvre la bouche. La sonde c'est piquant, ça doit faire mal, je n'ouvre donc pas la bouche ».

Le cabinet dentaire apparaît donc comme un lieu hostile, certains aménagements seront nécessaires afin d'atténuer les inquiétudes de l'enfant.

2.2.2) Un monde de préjugés

Dans la pensée populaire, le chirurgien-dentiste n'est qu'un « arracheur de dents », « un sadique » et on ne comprend pas le choix de son métier. Mais pourquoi tant de préjugés ? Comment ces idées se transmettent-elles de génération en génération ?

2.2.2.1) Une image négative transmise à travers les siècles

Les premières traces de soins dentaires remonteraient à plus de neuf mille ans. Des individus présentant des dents avec des cavités visiblement creusées avec des outils en pierre ou en os ont été découverts dans un ancien cimetière du Pakistan⁹¹.

En Egypte Antique, on obturait les cavités à base de terre de Nubie, de silicate de cuivre hydraté, d'éclat de pierre ou de morceau d'or massif¹⁰⁵. Les enfants pouvaient ingérer des souris cuites et écorchées pour pallier à certains accidents dentaires. On retrouvera ce remède dans d'autres civilisations telles que la Grèce, mais aussi la Rome antique...¹⁰⁷.

Les Grecs se sont peu intéressés au domaine dentaire, pour eux « les douleurs [dentaires] sont provoquées par l'humeur qui frappe les racines »¹³⁰.

Il faudra attendre le siècle de l'empereur romain, Auguste, avec des personnages tels Celse et Pline l'Ancien pour que démarre véritablement l'histoire de la thérapeutique dentaire¹³⁰. Par exemple, pour « éliminer » une dent, Celse ou Pline propose de l'éclater en morceaux avec divers produits que l'on insère dedans et qui finissent par la fendre. Ils évitaient les extractions pour des raisons de prudence et de religion¹³⁰. La place de la magie est encore très présente à cette époque et la plupart des remèdes restaient illusoire et inefficaces face à la douleur. Cependant, contrairement à ce que certains pensent, il ne fallut pas attendre la période de 1842-1846 pour connaître l'anesthésie. En effet, déjà à cette époque, on utilisait la mandragore pour son effet soporifique avant d'inciser ou de piquer, ce qui permettait de diminuer la douleur¹³⁰. On peut néanmoins supposer que l'effet anesthésique devait être moindre par rapport à la novocaïne, les soins restaient alors probablement douloureux.

L'instrumentation, quant à elle, reste simple : les fouilles archéologiques ont mis en évidence des sondes, des spatules, des stylets et des pinces¹³⁰.

Au Moyen-âge, en occident, le mal était assimilé à une punition divine, on se tournait alors vers le prêtre pour obtenir la guérison. La dentisterie était pratiquée par un barbier, un rebouteux voire un prêtre ou bien encore par des charlatans. Les techniques de soins restent très primaires, limitées par le peu d'instruments qui existent. La plupart du temps, ils pratiquaient des extractions qui finissaient pour certaines en fracture de la dent, seule la partie coronaire ayant été enlevée. Durant le Haut Moyen-âge, ce sont les Arabes qui font évoluer la médecine. Ils traduisent de nombreux ouvrages grecs et développent la médecine dentaire. Rhazes, médecin arabe, conseille de nettoyer les dents entre chaque repas. Il crée également un mastic à base de résine pour obturer les cavités. Il faut attendre le début du Bas Moyen-âge pour voir apparaître les premiers soigneurs spécialisés dans les soins dentaires. Abulcasis, dans son ouvrage *Le Serviteur*, définira certaines positions du patient qui lui semblent les plus appropriées pour les soins dentaires ainsi que différentes techniques d'extractions. Il décrira plusieurs instruments dentaires et sera également le premier à refuser l'éclatement de la dent comme remède au mal dentaire. En cas d'hémorragie, du vitriol en poudre sera mis sur la plaie¹⁰⁷. Ce sont les Arabistes qui vont devenir les maîtres de la médecine et succéder aux Arabes jusqu'à la fin du Moyen-âge, nous retiendrons d'eux l'utilisation de l'opium. Le terme de « dentiste » va pour la première fois être utilisé¹⁰⁷.

A la Renaissance il n'y a pas de structure thérapeutique, l'odontologie opératoire est pratiquée soit par un barbier soit par un médecin colporteur. De Vinci sera le premier à nous donner les dessins exacts des dents. Quant à Vésal, il décrira la cavité pulpaire et montrera le rôle de la pulpe. C'est à cette période que le premier livre d'anatomie consacré aux dents est apparu, il est l'œuvre d'Eustachi. Comme Vésale, et contrairement à Galien, il pense que les dents ne sont pas de l'os. C'est également à cette époque qu'apparaissent les premiers appareils mobiles constitués de dents humaines fixées sur une base en ivoire. Les premières couronnes apparaissent au XVI^e siècle, elles sont en or ou en porcelaine¹⁰⁷. Un instrument nouveau va apparaître, le pélican. Ancêtre du davier, il permettait l'avulsion horizontale de la dent. On exerçait « une traction violente sur la dent à l'aide d'un crochet qui faisait éclater l'alvéole externe »¹³⁰. On imagine la souffrance que pouvaient provoquer ces extractions.

Il faudra attendre le règne de Louis XIV pour que s'améliore considérablement la médecine et la dentisterie. De nombreuses spécialités verront le jour et, pour la première fois, les dentistes seront reconnus au sein de la médecine. Malgré cela, les soins restent parfois abominables. En 1680, le roi souffre de douleurs dentaires, Daquin, médecin du roi, décide de lui extraire une molaire supérieure qui est cariée. L'intervention ne se déroule pas comme prévu et, au lieu d'extraire la dent, il la lui arrache avec un morceau de maxillaire. Un abcès se forme et Daquin décide d'extraire toutes les dents du maxillaire supérieur. La moitié du palais viendra avec. La douleur est extrême. L'os s'infecte, pour éviter la propagation et la gangrène, on a recouru au bouton de feu. A quinze reprises, on appliquera sur les plaies une tige de fer rougie dans le feu. A quarante ans, le roi souffre d'une communication bucco-sinusienne, les aliments ressortant parfois par le nez⁶³.

Au XVIII^e siècle, certains dentistes parisiens utilisaient le fer rouge pour dessécher la partie cariée puis ils la comblaient avec un plombage¹³⁰. Pour calmer la douleur, les dentistes de cette époque utilisaient le gargarisme antalgique de Leauteau à base d'opium et de pyrêthre, le liquide gardé en bouche quelques minutes était efficace. C'est aussi au XVIII^e siècle que l'on porte un intérêt à l'enfant, en dentaire, de nombreux ouvrages et travaux y seront consacrés.

Au XIX^e siècle apparaît l'amalgame, le bridge et les débuts de l'anesthésie. En 1842, on utilise de l'éther, puis en 1844 le protoxyde d'azote. L'anesthésie locale apparaît vers la fin du XIX^e siècle¹⁰⁷.

C'est au XX^e siècle que la dentisterie connaîtra un essor considérable dans tous les domaines, aussi bien dans les matériaux utilisés, que dans les techniques de soins, les outils, les prothèses... C'est aussi pendant ce siècle que la prise en compte de la douleur pendant les soins sera la plus importante. La novocaïne remplacera la cocaïne dans l'anesthésie locale à partir de 1904¹⁰⁷.

Comme on peut le constater, tout au long de l'Histoire, la chirurgie dentaire se résume à des traitements illusoires et à des soins extrêmement douloureux. En outre, les techniques d'anesthésie n'étaient pas suffisantes pour calmer les douleurs provoquées.

Il faut attendre le XX^e siècle voire les trente dernières années pour que les soins dentaires deviennent supportables ou indolores pour le patient. Combien de fois avons-nous pu entendre nos grands-parents et nos parents se plaindre des soins qui leur ont été prodigués dans leur jeunesse ?

2.2.2.2) La place de l'inconscient collectif

Il existe, pour Jung, un inconscient plus profond que l'inconscient personnel appelé « inconscient collectif ». Il le nomme « collectif » car il serait de nature impersonnelle et universelle, et serait constitué de pensées préexistantes nommées archétypes. Les archétypes seraient héréditaires et renfermeraient les modèles élémentaires de représentations et de comportements issus de l'expérience humaine. Ils donneraient forme à un certain matériel psychique qui pénétrerait alors le conscient^{58 59 65}. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse qu'il existerait au fond des êtres humains des images archaïques sur les dents et notamment les douleurs dentaires dont nous aurions hérité du vécu de nos ancêtres, se manifestant à notre conscience et qui pourraient expliquer certaines appréhensions et comportements face au chirurgien-dentiste.

2.2.2.3) Les contes, les légendes, les dessins animés

Au début de sa vie, l'être humain a une conception du monde fortement influencée par l'imaginaire, que ce soit à travers les contes lus par les parents ou par les dessins animés. En effet, les histoires permettent le développement moral de l'enfant en captivant son attention et sa curiosité¹⁵. Les contes et les légendes transmettent des messages, des symboles dans notre esprit conscient, inconscient ou préconscient¹⁵. On va alors s'intéresser à la manière dont la dent est illustrée à travers les personnages, les animaux et les monstres dans les histoires enfantines.

2.2.2.3.1) Les monstres et leurs grandes dents

Les contes et les légendes sont peuplés de personnages pour la plupart imaginaires divisibles en deux catégories, les gentils et les méchants. D'un côté la « bonne » fée, les lutins, les gnomes, les elfes, le prince charmant et sa princesse entourés d'animaux doux et peureux tels la biche, le faon, le petit lapin, les oiseaux qui chantent, et de l'autre, la sorcière, les ogres, les vampires, entourés d'animaux terrifiant comme le loup, les aigles, les chauves-souris qui crient, mordent, dévorent, grâce à leur mâchoire répugnante¹⁴. En analysant les descriptions des personnages faites dans les histoires, on s'aperçoit rapidement que la dent est souvent mise en avant, soit pour augmenter la beauté et la jeunesse du personnage (la belle princesse avec son large sourire et ses dents blanches), soit pour amplifier le côté terrifiant (la vieille sorcière édentée) ou pour accentuer la férocité de l'animal ou du monstre.

En voici quelques exemples :

Le loup :

« - Mais grand-mère que vous avez de grandes dents ! – C'est pour mieux te manger ! »⁹⁶. Qui n'a jamais entendu l'histoire du petit chaperon rouge se faisant manger par le « gros méchant loup » et ses grandes dents ? Cet animal rapide qui attaque les troupeaux et l'Homme, qui mange les brebis, a depuis toujours provoqué à la fois la peur et la fascination des populations. Ses longues dents n'y sont pas étrangères. Il en possède quarante-deux avec des canines de quatre centimètres de long, quant à ses molaires, elles lui permettent de déchiqueter les chairs. Les légendes ont fait du loup l'archétype du mal. Dans *le loup et l'agneau* de Jean de la Fontaine, il mange le pauvre agneau qui « se désaltérait dans le courant d'une onde pure ». De même, qu'il se « jeta sur la petite chèvre » de Monsieur Seguin et la dévora.

Dans les mythes et les légendes, on peut retrouver un monstre à la fois Homme et loup, le loup garou. Encore appelé lycanthrope, c'est un humain qui, à chaque pleine lune, va se transformer en énorme loup qui, dans un excès de violence, tue et dévore les personnes qu'il rencontre²². Il est pour la plupart du temps décrit avec une grande gueule, des yeux brillants et de longues dents crochues et tranchantes.

La sorcière :

La sorcière, est souvent représentée comme une vieille femme maléfique, bossue avec une cape noire et jetant des sorts. Son caractère mauvais est accentué par son nez crochu, ses rides et souvent par son édentement. Nous en avons un exemple dans *blanche neige et les sept nains* de Walt Disney où il ne reste plus qu'une seule dent à la sorcière. De même, dans certaines versions d'*Hansel et Gretel* des frères GRIMM, la sorcière est décrite avec « de bien vilaines dents »⁴⁸ ou encore partiellement édentée avec des dents qui sont « grises et tranchantes comme des épées »⁵⁰.

L'ogre :

De tous les personnages des contes, l'ogre est peut-être celui qui est le plus sombre puisqu'il dévore les enfants. Il apparaît comme un géant cruel, brutal, aimant la chair fraîche. Dans *Le petit poucet* de Perrault, les ogresses y sont décrites comme ayant « une fort grande bouche avec de longues dents fort aigües et fort éloignées l'une de l'autre » et elles « mordaient déjà les petits enfants pour en sucer le sang »⁵⁰. On s'aperçoit que, chez l'ogre, la cavité buccale est au centre de la monstruosité de ces personnages.

Le vampire :

Le vampire est un « mort qui, selon certaines croyances populaires, sort de son tombeau pour aller aspirer le sang des vivants »¹⁰⁹. Dans *Dracula*, il est décrit comme un monstre ayant « des sourcils épais », un « nez en bec d'aigle » et de longues canines pointues et c'est justement avec ses canines qu'il tue et aspire le sang de ses victimes en les plantant dans leur cou, ce qui lui permet d'en tirer l'énergie nécessaire à son immortalité²¹. Chez cette créature, on peut retenir cinq éléments majeurs de sa description à savoir le cercueil et le manoir entouré d'un cimetière faisant référence à la mort, l'ail qui, dans les croyances, permettait de le repousser, ses longues canines pointues qui permettent de tuer et qui sont recouvertes du sang des victimes. On s'aperçoit ici que la cavité buccale et particulièrement les dents sont un facteur d'anxiété et accentuent la méchanceté du personnage.

On constate donc que la dent, la bouche ou la sphère oro-faciale sont utilisées dans les histoires comme des traits de caractères qui permettent d'amplifier le côté méchant du personnage. A l'inverse dans le cas du « gentil », un beau sourire, de belles lèvres, de belles dents blanches perfectionnent sa beauté. Le symbole de la méchanceté est exprimé par la bouche chez les êtres maléfiques alors que, chez le gentil, elle renforce sa perfection.

2.2.2.3.2) La petite souris

Que serait le chirurgien-dentiste sans la petite souris qui vient échanger, sous l'oreiller, les dents de lait contre un cadeau voire de l'argent. Nous ne savons que peu de choses sur son origine. On suppose qu'elle est inspirée d'un conte français, *La Bonne Petite Souris* de Madame d'Aulnoy au XVII^{ème} siècle et qu'elle aurait une origine anglo-saxonne pour ce qui est de la tradition d'échanger de l'argent contre une dent de lait¹⁰⁶. Il existe, cependant, beaucoup de variantes en fonction des populations mais seul son impact sur les enfants nous intéresse. En effet, elle fait partie, comme le Père Noël, de la culture du pays, ils émerveillent les enfants et sont perçus comme des bienfaiteurs puisqu'ils leur apportent des cadeaux et des chocolats. Plus encore, la petite souris récompense le courage qu'a eu l'enfant lors de l'extraction. A l'inverse des personnages maléfiques des contes, qui donnent une image négative des dents et une appréhension du praticien, la petite souris va permettre à l'enfant de surmonter et de vaincre sa peur de la douleur⁷⁹.

2.3) Sa famille, son environnement

Lors de la prise en charge de l'enfant, il y a trois intervenants principaux : le chirurgien-dentiste, le patient et son parent accompagnateur. Le rôle de chacun est primordial au bon déroulement de la séance. La conception que se fait l'enfant du monde qui l'entoure peut-être influencée par le tempérament de ses parents et son comportement, lors des soins dentaires, peut être lié à son anxiété, pouvant provenir de son développement et de son milieu social⁵⁴. Il en résulte que ses réactions face à une situation anxiogène seront régies par ses expériences antérieures, construites en interactions avec les personnes concourant à son éducation^{17 102}.

2.3.1) Les liens familiaux et l'environnement social

Le milieu social qui entoure l'enfant, semblerait influencer son comportement lors de soins médicaux. Certaines études ont montré qu'un faible niveau d'éducation dans un contexte économique modeste ainsi qu'un mauvais suivi dentaire sont corrélés à un fort niveau d'anxiété^{69 121}. Ces populations qui sont généralement peu sensibilisées aux soins dentaires, parfois onéreux, ont tendance à ne consulter qu'en cas d'urgence. Or, ces cas sont la plupart du temps très douloureux ce qui augmente l'appréhension des patients et peut expliquer en partie cette importante anxiété²⁰. Le statut socioéconomique et l'environnement familial, à savoir un milieu défavorisé, des parents isolés et un niveau d'éducation faible peuvent expliquer les comportements difficiles de certains enfants lors des soins dentaires^{9 117}. Lorsque l'enfant est fréquemment sous menaces ou agressions de la part de ses parents et ce, parfois, juste avant le rendez-vous avec le chirurgien-dentiste, on peut retrouver un comportement d'évitement, d'isolement ou, au contraire, d'agressivité¹³⁷. De plus, les liens familiaux et les conflits conjugaux peuvent avoir un impact sur sa perception de la maîtrise de soi¹⁷. Enfin, une éducation incohérente, un manque de suivi de l'enfant (laissé à lui-même) sont autant de sources d'anxiété pour lui¹¹⁷.

La maîtrise de la langue peut également être une barrière à une bonne prise en charge psychologique du patient. En effet, qu'il y ait ou non un traducteur, elle empêche un dialogue compréhensible direct entre le praticien et l'enfant. Le chirurgien-dentiste devra alors par son accueil et ses gestes rassurer le patient.

2.3.2) Les personnalités parentales

Si les liens familiaux influent sur l'attitude de l'enfant, il est évident que la personnalité, le comportement et la peur des parents jouent aussi un rôle non négligeable^{68 94}. Analyser leur personnalité peut nous permettre de mieux comprendre les réactions du jeune patient^{72 74}.

Le parent peut-être :

- **Méfiant** : il se méfie de tout et de tout le monde (du professeur, du médecin, et, bien sûr, du chirurgien-dentiste) et a peur d'être abusé financièrement. Il n'arrive pas à faire confiance et va transmettre cette méfiance à l'enfant^{31 93}.

- **Contrôleur** : il veut tout vérifier, contrôler tous les paramètres pour être sûr que tout se passera bien. Il faudra instaurer une certaine distance vis-à-vis du parent mais aussi lui accorder le maximum d'attention afin de le rassurer.^{31 93}

- **Impatient** : il ne supporte pas d'attendre et commence à douter de nos capacités lorsque le soin prend du temps. Il faudra donc lui expliquer pourquoi certains soins prennent plus de temps que d'autres³¹. De plus, il va s'énerver lorsque son enfant a peur de se faire soigner et ne va pas lui laisser le temps de s'adapter¹¹⁷. Ce dernier aura donc plus de peine à faire face aux soins (d'autant plus s'ils sont longs) et à surmonter les difficultés⁹³.

- **Dominant** : il aura un enfant soumis, timide et en repli qui n'osera pas s'exprimer et gardera, pour lui, sa peur comme la douleur éventuelle du soin. Il va prendre sur lui jusqu'à un certain stade où il finira par refuser tous les soins. C'est un enfant qui ne se sent pas à la hauteur des objectifs fixés par ses parents⁸⁶.

- **Laxiste** : il cède à toutes les demandes de son enfant. « L'enfant roi » sera alors caractériel et colérique face à un obstacle, décidant à la place des parents^{31 117}.

- **Anxieux** : cette anxiété peut résulter d'un événement familial tel qu'un divorce ou une préoccupation en rapport avec la santé de leur enfant. Face aux soins, le parent va s'inquiéter en se mettant à sa place au lieu de l'encourager. Combien de fois avons-nous déjà pu l'entendre dire pendant le soin : « je n'aimerais pas être à sa place », « je ne me sens pas bien », « le pauvre, il ne va pas avoir trop mal ? ». Evidemment, un tel comportement ne peut que susciter l'inquiétude du jeune patient^{86 93}. Il faudra dès le début expliquer au parent qu'il ne doit pas agir ainsi et le rassurer³¹.

- **Protecteur** : il fait œuvre de surprotectionisme, il est soit trop dominant, l'enfant est alors étouffé et ne prend pas d'initiative ; soit trop indulgent, acceptant et justifiant les caprices de son enfant. Au cabinet dentaire, il veut le protéger du « méchant » chirurgien-dentiste, ce qui instaure une relation de conflit entre d'un côté le praticien et, de l'autre, le parent et son enfant^{31 86 93}.

- **Négligent** : la prise en charge est souvent tardive car le parent peut être très occupé par son travail ou négliger les soins dentaires. L'enfant peut alors présenter un état bucco-dentaire désastreux avec des douleurs parfois intenses, ce qui augmente son appréhension face aux soins souvent « lourds » : pulpotomies ou pulpectomies, extractions... Il sera donc important de les sensibiliser à l'hygiène dentaire^{74 93 117}.

2.3.3) Sa référence, sa maman

La tolérance de l'enfant face au stress est pour partie influencée par le comportement de la mère. Si celle-ci est affectueuse et que les liens familiaux sont forts alors il résistera mieux au stress. A l'inverse, les enfants qui posent le plus de problèmes de comportement sont ceux dont la mère est peu sûre, peu satisfaite et qui a pu vivre des expériences dentaires négatives^{13 87 127}. Il en est de même d'une mère anxieuse qui va transmettre cet état à son enfant^{26 67}. Dans le cas où ce dernier prend l'initiative d'aller de la salle d'attente à la salle de soins de lui même, la présence de sa mère, lors des soins, n'est pas indispensable (sous réserve de son accord)³⁴.

2.4) Son âge et sa personnalité ; causes de refus

Après avoir exposé de manière approfondie le développement de l'enfant sur le plan à la fois cognitif, affectif et social, nous allons tenter de comprendre le refus de l'enfant au regard de son âge et de son niveau de compréhension. Nous verrons également qu'une coopération initiale peut se transformer en refus total de soins et que celle-ci peut être influencée par la personnalité de l'enfant.

2.4.1) Son niveau de développement

En fonction de l'âge, l'enfant n'aura pas les mêmes réactions face aux soins^{67 72}. Petit, il sera incapable d'en comprendre l'intérêt et s'y opposera formellement, alors qu'à six ans, il écoutera attentivement les explications du praticien et pourra participer aux actes. Ce dernier devra adapter son approche en fonction du niveau de développement de l'enfant afin d'anticiper ses réactions.

2.4.1.1) La marche, en route vers l'indépendance (de la naissance à deux ans

A cet âge, l'enfant est incapable de comprendre l'intérêt des soins et de coopérer, d'autant plus qu'il craint les visages qui lui sont inconnus, c'est « l'angoisse des huit mois ». De même, il est presque, voire totalement dépendant de ses parents et, surtout, de sa mère, ce qui impose leur présence pour la réalisation des soins. N'oublions pas que sa bouche est sa principale source de plaisir et que toute tentative pour la lui faire ouvrir peut être perçue comme une menace. Enfin, le praticien devra souvent l'examiner dans sa poussette ou allongé sur sa maman puisqu'il refusera de s'installer tout seul sur le fauteuil^{34 74 135 137}.

2.4.1.2) Ecole me voici (de deux à quatre ans)

De deux à trois ans, l'enfant présente souvent un comportement négatif, colérique et nous arrivons à la « crise de personnalité ». Néanmoins, les personnes inconnues (le chirurgien-dentiste par exemple) l'effrayent encore, il sera donc difficile de le prendre en charge s'il est séparé de ses parents auxquels il est très attaché car il se sent en sécurité. Il va commencer à s'exprimer et le praticien devra lui parler en employant des mots simples et en utilisant des phrases courtes, sinon il ne comprendra pas^{34 73 110 135 137}.

Entre trois et quatre ans, l'enfant utilise encore un symbolisme imagé, le praticien devra donc lui fournir des instructions simples, accompagnées d'un geste d'explication. A cet âge, le chirurgien-dentiste peut commencer à l'installer seul dans le fauteuil, la présence des parents est vivement recommandée pour le rassurer et le temps d'attention ne dépassera pas quatre à huit minutes, faute de quoi l'enfant considérera la séance terminée et voudra passer à autre chose^{73 135}.

2.4.1.3) La découverte du monde des adultes (de quatre à six ans)

Cette période correspond au stade phallique. Le langage évolue et l'enfant ressent le besoin de parler, de questionner et d'être écouté. Il commence à découvrir le monde des adultes et les règles qui en découlent sans forcément savoir ce qui est autorisé, d'où le « pourquoi ? ». Dans ces conditions, il faudra lui apprendre ce qu'il est autorisé à faire au cabinet dentaire, ceci en présence d'un parent pour le rassurer, sous risque de voir naître un comportement négatif. Il peut rester concentré une dizaine voire une vingtaine de minutes, au-delà son attention se dissipera. Il ne pourra comprendre les soins qui vont être réalisés si l'information n'est pas à sa portée. A ce stade de développement, l'enfant peut être très coopératif à condition que le praticien l'écoute, soit attentif à ses attentes, et prenne le temps d'expliquer le déroulement de la séance et ce, avec des mots simples. Dans le cas inverse l'enfant s'opposera aux soins^{34 135 137}.

2.4.1.4) Encore et toujours l'école

En vieillissant, sa peur s'estompe⁴⁶ et à partir de six ans, son âge n'est plus un facteur pouvant occasionner un refus de soins. Il sort de sa pensée magique pour une pensée logique. Il devient raisonnable et comprend les règles du monde des adultes mais reste tout de même un enfant. Il est cependant coopératif et prend conscience de la notion de temps, il aime être félicité et être reconnu comme un « grand »^{34 73 137}.

2.4.2) Une coopération difficile, voire impossible

La coopération de l'enfant est nécessaire au bon déroulement des soins. Elle peut être définie à plusieurs niveaux et va influencer la prise en charge par le chirurgien-dentiste. Il est certain qu'un enfant totalement coopératif ne posera pas de difficulté lors de la séance, il paraît donc plus intéressant de s'attarder sur les cas qui présentent une coopération plus ou moins difficile.

2.4.2.1) L'enfant coopératif mais subissant

Dans la majorité des cas, lorsque le praticien est franc et prend le temps d'expliquer le déroulement de la séance, l'utilisation et le rôle de chaque instrument, l'enfant sera coopératif. Cependant, la vigilance s'impose envers les enfants qui coopèrent mais qui restent anxieux. Ils vont collaborer pour faire plaisir à leur parent et/ou au praticien mais ils sont stressés et peuvent finir par se bloquer³¹. L'expression de l'anxiété va se manifester à deux niveaux : sur le visage d'une part et sur l'ensemble du corps d'autre part²⁰.

2.4.2.1.1) L'expression du visage

De nombreuses expressions du visage nous permettent de constater que le patient est inquiet. Une expérience a été réalisée sur des enfants de trois à neuf ans qui n'avaient pas de soucis d'anxiété ou de comportement de non coopération et examine l'expression de l'anxiété à travers les manifestations du visage¹¹³.

Plusieurs signes ont été relevés¹¹³ :

- la grimace
- le visage se rigidifie
- les yeux qui clignent
- les yeux qui se ferment...

Il faut reconnaître ces situations, rassurer et encourager l'enfant pour qu'il continue à coopérer.

2.4.2.1.2) Le langage du corps

C'est la manifestation de l'anxiété sans langage verbal. Souvent, on peut voir le patient se serrer les mains ou s'accrocher au fauteuil avant même que les soins n'aient démarré, c'est l'un des signes d'anxiété le plus courant que nous pouvons constater. De même, il peut être tendu, contracté, avoir les jambes pliées¹¹⁷. De plus, un patient présentant une tension musculaire généralisée serait signe de frustration, à l'inverse, une détente musculaire serait synonyme de bien être²⁰.

2.4.2.1.3) L'attitude

La manifestation de l'anxiété peut être plus insidieuse et se manifester discrètement à travers son attitude. Le chirurgien-dentiste devra être vigilant pour repérer ces comportements afin d'apporter toute son attention au patient. L'attitude peut être timide, inquiète (il parle peu), impatiente « c'est fini ? », provocante « je n'ouvrirai pas la bouche », agressive (il détourne violemment la tête, repousse les instruments)¹¹⁷.

2.4.2.2) L'enfant pouvant devenir non coopérant

Ces enfants peuvent être qualifiés de difficiles. Leur prise en charge au cabinet dentaire est plus complexe, mais elle n'est pas impossible.

2.4.2.2.1) Les personnalités pouvant devenir non coopérantes

La non coopération peut-être le fruit de l'anxiété ou de la peur mais pas uniquement. Certains enfants ont la capacité de coopérer mais de part leur tempérament (hyperactif, rebelle...) ne veulent pas ou ne peuvent pas coopérer³¹. La personnalité de l'enfant traduit un style de comportement, c'est le résultat de son interaction avec le monde qui l'entoure. Le chirurgien-dentiste, lors des soins dentaires, va devoir prendre en compte son tempérament. En fonction de son caractère, les soins seront plus ou moins faciles à réaliser. Le niveau de coopération ne sera pas le même entre un enfant « rebelle » et un enfant hypersensible^{117 137}.

2.4.2.2.1.1) L'enfant rebelle

Il est impoli et impertinent, il s'oppose à tous, il n'est pas d'accord et ne veut rien entendre. Il refuse de coopérer. C'est « l'enfant roi » qui est habitué à ce qu'on lui cède tout, il fait ce qu'il veut chez lui et compte bien en faire autant au cabinet. Il n'en fait qu'à sa tête et dira « non » à tout ce qu'on lui proposera. Il va falloir « casser » la relation qu'il a avec les adultes, et lui faire comprendre qu'avec le chirurgien-dentiste cela ne se déroule pas comme à la maison⁸².

2.4.2.2.1.2) Le capricieux ou l'hystérique

C'est souvent un enfant jeune, instable avec un désir soudain et irréfléchi. Il crie, pleure et bouge dans tous les sens. On a le sentiment d'être face à un « bébé ». Il peut être intéressant de commencer par une approche tactile pour le calmer⁸¹.

2.4.2.2.1.3) L'enfant inquiet, peureux

Son obsession est de repartir au plus vite, il va être difficile de le soigner⁸². Il ne parle quasiment pas et est très tendu. Il prend sur lui et contrôle ses émotions. Le praticien devra donc être très attentif au « langage du corps » et à l'expression du visage pour percevoir son niveau d'anxiété afin de l'encourager et le rassurer. C'est un enfant qui a besoin de soutien, d'empathie, à qui on doit redonner confiance. Nous devons prendre notre temps et ne pas le séparer de son parent afin de dissiper son anxiété et le rendre coopérant^{81 93}.

2.4.2.2.1.4) Le timide et réservé

Il ne peut se passer de ses parents et il est souvent au bord des larmes. Il n'est pas forcément non coopérant mais, s'il n'est pas pris en charge comme il se doit, il peut rapidement s'opposer aux soins. Ce comportement résulte souvent d'un certain niveau d'anxiété et il a besoin de retrouver confiance en lui pour coopérer⁸¹.

2.4.2.2.1.5) L'émotif

Il est souvent jeune et extrêmement dépendant de ses parents et leur présence sera obligatoire pendant le soin. Imprévisible et instable affectivement, il peut manifester des sautes d'humeur qui mettront un terme à la séance⁸².

2.4.2.2.1.6) L'enfant hyperactif

L'hyperactivité a été l'objet d'études considérables. Néanmoins, jusqu'au début des années 1980, tout enfant agité était considéré comme hyperactif. Depuis, des études ont montré qu'elle était une maladie entraînant des manifestations symptomatiques qui sont bien plus importantes que l'excès de mouvement²⁰. Généralement, l'enfant hyperactif est un garçon qui a entre six et dix ans, ayant des troubles d'apprentissage et du comportement. Dès l'âge de la marche, il présente un excès d'activité motrice. Cependant, c'est lors de son arrivée à l'école primaire où le niveau d'exigence est plus important que l'on constate véritablement la maladie. L'enfant sera plus inattentif, impulsif et hyperactif que ses camarades du même âge. Les traitements supposés être les plus efficaces actuellement font intervenir à la fois une thérapie cognitivo-comportementale et des psychostimulants^{119 122}.

Néanmoins, il faut distinguer l'hyperactivité dite constitutionnelle qui, elle, présente véritablement un déficit moteur, de l'hyperactivité socio-affective qui n'en présente pas et dont la cause est strictement socio-affective. L'enfant qui présente ce trouble a généralement recours à l'hyperactivité pour oublier son angoisse. Dans ces conditions, le praticien qui soupçonnera un tel comportement chez son jeune patient s'entretiendra avec les parents pour savoir quels en sont les effets et leur proposera de leur apprendre une technique de relaxation²⁰.

2.4.2.2.1.7) L'enfant handicapé mental

En fonction de la sévérité du handicap, la coopération va être plus ou moins facile. Le praticien pourra se faire aider par la personne accompagnante, qui peut être un parent ou non et qui connaîtra mieux l'enfant et pourra plus facilement faire passer l'information.

Cette catégorisation n'est pas en soi unique et formelle. Un enfant a sa propre personnalité et plusieurs de ces comportements peuvent se retrouver au sein d'une même personne. L'intérêt est de comprendre l'enfant pour apporter la meilleure des réponses face à son refus.

2.4.2.2.2) Les manifestations de l'anxiété non coopérante

L'étude dont nous avons parlé précédemment a permis de classer les comportements anxieux en trois groupes¹¹³ :

- Les comportements d'échappement,
- Les comportements de self-défense,
- L'expression faciale.

Les deux premiers sont des comportements anxieux non coopérants. Quant à l'expression faciale que nous avons décrite précédemment, elle correspond plus à un comportement anxieux coopérant¹¹³.

2.4.2.2.1) Les comportements d'échappement

Ces comportements permettent à l'enfant de se soustraire aux soins, ils correspondent à des gestes tels que^{84 113} :

- Mettre les mains sur sa bouche,
- Fermer la bouche pendant le soin,
- Refuser d'ouvrir la bouche,
- Bouger les mains,
- Crier « ça fait mal », « Non, non »,
- Bouger son corps de droite à gauche ou de bas en haut,
- Refuser de s'asseoir sur le fauteuil...

2.4.2.2.2) Les comportements de self-défense

Ici, le but recherché par l'enfant est de retarder les soins. Il va alors¹¹³ :

- Mettre ses mains sur sa poitrine,
- Attraper les mains du chirurgien-dentiste,
- Bouger ses jambes de bas en haut.

2.4.2.2.3) L'anxiété et les problèmes comportementaux

De nombreuses études ont montré que l'anxiété n'était pas obligatoirement associée à des problèmes de comportement. Un enfant peut être anxieux et ne pas poser de problèmes lors du soin. A l'inverse, un enfant peut présenter des problèmes de comportements sans être anxieux. De même, nous pouvons retrouver des enfants qui sont à la fois anxieux et qui présentent des problèmes de comportement. Cependant, les études montrent tout de même qu'un enfant anxieux est plus sujet à un comportement difficile pendant les soins dentaires^{11 67 69 72}.

2.4.2.3) L'enfant sans possibilité de coopération

Il s'agit d'enfant présentant un handicap mental profond ou une pathologie mentale importante. Dans ces cas, il est parfois très difficile voire impossible d'établir une communication. Une prise en charge psychologique, qu'elle soit verbale ou non, peut ne pas suffire ou être totalement illusoire.

2.5) Le chirurgien-dentiste, un mauvais souvenir

Comme le montrent de nombreux auteurs, l'angoisse face aux soins dentaires peut être corrélée à une expérience antérieure négative^{114 127}. En effet, les situations traumatisantes que l'enfant a pu vivre ou auxquelles il a pu assister lors d'une consultation d'un membre de sa famille peuvent influencer sur ses émotions, engendrer la peur et ressurgir au cours des soins provoquant parfois des problèmes de comportement^{99 117 129}. Il est alors conseillé de limiter la première consultation à un simple examen bucco-dentaire ou, tout du moins, d'éviter les actes invasifs afin de ne pas créer de traumatisme⁹⁹. Il semblerait que les enfants soient plus résistants face à des soins douloureux lorsqu'ils ont connu préalablement plusieurs séances agréables^{118 128}.

Enfin, son refus d'obtempérer peut également être le résultat d'expériences négatives dans le milieu médical autre que la chirurgie dentaire, il va alors assimiler le cabinet dentaire à un cabinet médical. Les enfants ayant connu des situations douloureuses chez le pédiatre seraient plus anxieux et moins coopérants lors de la première visite chez le chirurgien-dentiste^{20 83}.

2.6) L'intrusion dans son intimité

2.6.1) Une zone de plaisir mais pas uniquement

La bouche est une zone de plaisir et particulièrement les lèvres qui sont au début de la vie une « zone érogène »⁴². En effet, le besoin de s'alimenter du nourrisson se réalise par la tétée du sein maternel, et il semblerait que l'arrivée de lait chaud provoque une sensation de plaisir sur les lèvres de l'enfant, la satisfaction de cette zone érogène serait associée initialement au besoin alimentaire. Lors de l'arrivée des premières dents de lait, le plaisir sexuel va se distinguer du besoin de nutrition puisque la nourriture va être mâchée plutôt que tétée, la bouche deviendra alors la zone érogène et ses rapports en seront modifiés. Cependant, en suçant son pouce, il continuera de reproduire le plaisir de la succion du sein maternel mais cette nouvelle zone érogène prendra une dimension plus importante et différente puisqu'il finira par rechercher d'autres stimuli, comme le contact avec les lèvres d'une autre personne, pour se procurer du plaisir^{31 42}.

Il sait également que la bouche est un organe sensible qui peut être douloureux au chaud et au froid, quand il se mord la langue ou quand la douleur dentaire se manifeste en raison d'une carie. La bouche constitue un lieu mystérieux pour lui car elle correspond à l'entrée d'un corps inconnu. Certains craignent que l'intrusion des doigts de l'adulte (en l'occurrence ici le praticien) puissent pénétrer tout leur corps et en livrer tous les secrets voire les détruire, ce qui peut être à l'origine d'angoisses et de comportements d'opposition lors des soins⁵¹.

2.6.2) La soumission

Livrer au chirurgien-dentiste cette part d'intimité, cette zone de sensibilité, de plaisir, pour y prodiguer un soin encore inconnu pouvant être désagréable, voire douloureux, sans pouvoir contrôler la situation, va demander à l'enfant un abandon total de soi et une confiance absolue dans le praticien qui le domine. D'autant plus qu'il ne va pas pouvoir s'exprimer, augmentant ainsi son impression de soumission, ce qui pourra être un facteur d'anxiété^{29 31 93}.

2.7) Le manque de confiance

Pour que le soin soit un moment agréable, à la fois pour le patient et le praticien, il faut que l'enfant ait confiance dans son chirurgien-dentiste. Mais ce dernier, de part son tempérament et parfois son manque de communication, peut créer une frontière entre lui et l'enfant à l'origine d'un refus de soins.

2.7.1) Lié au comportement du praticien

La personnalité du praticien va influencer le niveau d'anxiété et donc le comportement de l'enfant, que se soit de manière positive ou négative¹³⁴. Un praticien agressif va provoquer une réaction de défense du patient et augmenter son niveau de stress. La contrainte et la répression sont également des facteurs menant à des problèmes de comportement de la part de l'enfant⁷⁴. Son attitude est donc un facteur anxigène et un praticien doux, calme, s'exprimant d'une voix posée et faisant preuve d'empathie, sera plus à même de rassurer son patient qu'un praticien qui l'accueille sans le regarder, en baissant les yeux et masquant sa bouche¹³⁷.

2.7.2) Lié au manque d'explications

Le praticien est un professionnel qui possède le savoir dans sa discipline dont l'enfant ignore tout et, à son arrivée au cabinet dentaire, il est en manque de repères, il ne sait pas ce qui va lui arriver, ce qui peut être facteur d'anxiété. Un praticien froid, replié sur lui-même qui ne communique pas, ne parviendra pas à établir une relation de confiance et aboutira certainement à un refus d'obtempérer de la part du patient. De même, un chirurgien-dentiste qui ne se met pas au niveau de compréhension de l'enfant, expliquant la situation avec un langage qui n'est pas adapté ne pourra pas se faire comprendre de ce dernier, il sera alors nourri d'appréhensions et une situation de blocage est susceptible d'apparaître.

Partie II) Prise en charge de l'enfant

1) Un lieu accueillant

Il est alors primordial que la première séance se déroule agréablement, pour cela certains aménagements pourront alors être réalisés afin de rendre le lieu plus accueillant. Cependant, il n'est pas envisageable de concevoir un cabinet dentaire uniquement en fonction du type de patient particulier qu'est l'enfant. Ainsi, le lieu doit être à la portée de tous mais certains agencements permettront de l'adapter à de jeunes patients (Mahé, communication personnelle, Juillet, 2011).

1.1) L'arrivée au cabinet

Le cabinet dentaire peut être un lieu inconnu ou lieu qui rappelle de mauvais souvenirs et il n'est pas rare que le patient arrive avec une certaine appréhension qui ne cesse de croître à l'approche de son rendez-vous. Il existe pourtant des solutions simples pour rendre ce lieu plus chaleureux et rassurant pour l'enfant, que nous allons évoquer successivement (Mahé, communication personnelle, Juillet, 2011).

En effet, lorsque le cabinet dispose d'un local à vélos, on peut proposer à l'enfant de venir avec sa trottinette dans le but de le rassurer car il aura l'impression qu'une partie de chez lui l'accompagne sur le lieu de soins.

A l'entrée du cabinet, on peut disposer des éléments visuels contrastés, comme par exemple des stickers avec des formes originales sur la porte, ce qui permettra d'attirer son attention.

Une fois dans le hall d'accueil, il est, par exemple, intéressant d'installer un aquarium avec un poisson clown (en référence à NEMO) afin de distraire l'enfant mais il faut préciser que cet aquarium nécessite un entretien régulier et donc du temps.



Figure 1 : Exemple de hall d'entrée (avec l'aimable autorisation de MAHE Jacques)

Dans l'idéal, le patient ne devrait pas entrer dans la salle de soins avec son manteau et ses sacs. Il devrait les déposer dans un vestiaire dont lui seul aurait la clef. Il serait intéressant d'ajouter aux clefs de l'enfant un porte-clefs en forme de nounours car il est considéré comme un personnage rassurant. De plus, il pourra être manipulé, touché, serré, caressé pendant le soin par l'enfant qui ne se sentira plus seul sur le fauteuil.

Sachant qu'il est conseillé en cabinet de porter des sur-chaussures dans la salle de soins dans une optique hygiénique, on peut en proposer aux enfants avec des formes originales.

Afin d'instaurer un climat chaleureux au sein du cabinet, les couleurs vives et chaudes sur les murs sont vivement recommandées dans le hall d'accueil.

1.2) La salle d'attente

La salle d'attente, comme la salle de soins, est le lieu où l'enfant va passer le plus de temps et une première impression va s'en dégager. Il va avoir le temps de penser à ce qui l'attend et donc finir par s'angoisser. Il est alors nécessaire de mettre en place certains aménagements afin de prévenir son anxiété et captiver son attention.

La salle d'attente doit être la plus familière et la plus attrayante possible pour qu'il se sente en sécurité. On peut intégrer des jeux dans la salle pour divertir l'enfant mais dans une certaine mesure puisque la présence de jeux en trop grande quantité est susceptible de laisser penser, à l'enfant ou au parent, qu'on tente de l'aveugler et de lui cacher le déroulement de la séance, ce qui, à contrario, peut amplifier ses craintes. Il sera intéressant de présenter des jeux en rapport avec l'art dentaire : des outils en plastique, des masques en papier, des gants en plastique, des seringues sans aiguille, la brosse à dent par exemple, lui permettant de se familiariser avec les instruments tout en s'amusant. Si la salle d'attente le permet, on pourra installer une cabane où il pourra s'amuser seul ou avec les autres enfants. On ajoutera une petite table avec un banc, une boîte aux lettres, des crayons et des feuilles pour qu'il puisse colorier. Lorsque l'enfant colorie pendant que son parent lit, son autonomie est favorisée, ce qui facilite la tâche du personnel. De plus, cela permettra à l'assistante dentaire, en s'intéressant à son dessin, d'établir un premier contact²⁰ (Mahé, communication personnelle, Juillet, 2011).

Pendant la réalisation de la feuille de soin, on pourra raccompagner l'enfant dans la salle d'attente et lui poser des questions sur son ressenti qu'il pourra exprimer à travers le dessin ou l'écriture. Il le déposera dans la boîte aux lettres afin de garantir sa discrétion, ce qui permettra au praticien d'analyser les émotions de son patient et, à l'enfant, d'être mis en confiance car il va pouvoir s'exprimer et être écouté. Il entrera alors pleinement dans le contrat de soins. Par ailleurs, il serait souhaitable d'installer une télévision sur le mur diffusant un dessin animé sans le son permettant à l'enfant de capter son attention sur l'image et de ne pas déranger les autres patients de la salle d'attente (Mahé, communication personnelle, Juillet, 2011).

Enfin, des livres et des fascicules sur les dents et les chirurgiens-dentistes, tel que *DORA chez le dentiste* d'ALBIN Michel, pourraient être disposés dans un endroit de la salle d'attente à la portée des enfants.

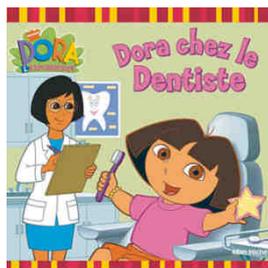


Figure 2 : « DORA chez le dentiste »¹³³

1.3) La salle de soins

Dans la salle de soins les dispositifs que nous mettrons en place auront pour but de capter l'attention de l'enfant, et lui faire oublier le soin (Mahé, communication personnelle, Juillet, 2011).

Contrairement aux couleurs vives et chaudes que nous pouvons appliquer dans les autres pièces du cabinet, celles de la salle de soins doivent être neutres afin de ne pas fatiguer les yeux du praticien et ne pas fausser la teinte des prothèses. On peut, dans le cadre d'un cabinet de pédodontie exclusive, dessiner au plafond un ciel avec des nuages, le patient en recherchera les formes et oubliera les soins. Dans le cas de cabinet d'omni-pratique, nous pouvons utiliser une lampe installée à côté du fauteuil qui enverra une lumière avec des nuages au plafond. Des oiseaux volants peuvent être ajoutés, le patient captivé par ces formes et ces mouvements aura alors la « tête dans les nuages ».

Le bruit aigu des instruments rotatifs est également source d'angoisse pour l'enfant (la turbine à elle seule atteint cent décibels) alors que le calme conduit à la détente. Dans la salle de soins, le bruit ne peut-être évité, mais nous pouvons l'atténuer en diffusant de la musique d'ambiance et en installant sur le siège des bouchons filtrants reliés à de la musique ou non, qui n'empêchent pas l'audition de la parole. La musicothérapie constitue une solution pour atténuer le bruit mais elle a pour inconvénient d'empêcher toute communication avec le patient. Enfin, nous pouvons utiliser des instruments rotatifs avec des moteurs électriques qui sont plus silencieux.

L'odeur peut être à l'origine d'anxiété, il est alors important de ventiler la salle de soins entre chaque patient, voire d'utiliser des diffuseurs de parfum.

1.4) La conception du cabinet dentaire

Le bien-être des patients doit être pris en compte dans la conception du cabinet dentaire, et nous allons développer cette notion par des exemples (Mahé, communication personnelle, Juillet, 2011).

Premier exemple :

Le cabinet, de forme triangulaire, dispose de deux salles d'attente sur deux extrémités du triangle avec chacune un espace vert sécurisé (à l'intérieur) donnant à l'extérieur des locaux. Lorsque la météo le permet, nous pouvons disposer les jouets dans cet espace et permettre à l'enfant d'aller jouer dehors. Il pourra ainsi s'amuser dans un cadre accueillant éloigné de l'hostilité du cabinet. Le bureau de la secrétaire est disposé de manière à surveiller l'enfant lorsque son parent se fait soigner.

Second exemple :

La salle de soins entourée de verdure permet d'instaurer un climat de détente et de calme et l'utilisation de meubles roulants permet d'augmenter l'espace de la pièce afin que le patient ne se sente pas cloisonné.



Figure 3 : Photographie d'un cabinet (avec l'aimable autorisation de MAHE Jacques)

Le cabinet doit être conçu pour atténuer le bruit et tout patient qui n'est pas dans la salle de soins ne doit pas en entendre, ou tout du moins au-delà de quarante-deux décibels comme l'ordonne la loi. Pour cela, plusieurs solutions existent. Les pièces du cabinet doivent être bien isolées. La salle de soins peut se situer à distance du hall d'accueil et de la salle d'attente. Nous pouvons diffuser de la musique dans l'ensemble des locaux à condition d'avoir fait une déclaration à la SCPA et à la SACEM si cette diffusion concerne aussi la salle d'attente. Cette dernière étant le seul lieu public d'un cabinet dentaire. Inversement, les bruits hors de la salle de soins ne doivent pas venir déranger le chirurgien-dentiste, les jeux en métal par exemple sont à proscrire de la salle d'attente.

2) Les échelles d'évaluation

Nous ne pouvons pas réussir la prise en charge d'un enfant réfractaire aux soins sans évaluer son niveau d'anxiété, sa douleur et son comportement. Pour cela, nous avons à notre disposition des échelles d'évaluation. Cependant, la plupart d'entre elles ne sont pas adaptées à la prise en charge d'un enfant au cabinet dentaire⁶. Certaines ne peuvent pas être réalisées car elles nécessitent des outils de mesure trop compliqués, d'autres sont trop longues à mettre en place, un rendez-vous ne dépassant que très rarement les trente minutes. Les questionnaires qui comportent parfois des dizaines d'item ne sont pas non plus adaptés. C'est pourquoi, nous ne développerons ici que celles pouvant nous apporter un réel bénéfice dans la prise en charge d'un enfant au cabinet dentaire.

Quels sont les critères pour qu'une échelle puisse être réalisable :

- Elle doit être rapide à mettre en place,
- Simple d'utilisation,
- Facile à comprendre par l'enfant,
- Captivante, elle doit l'intéresser voire l'amuser,
- Facile à interpréter,
- Son contenu doit être le plus complet possible et en rapport avec ce que nous recherchons,
- Simple à réutiliser, nous permettant de suivre l'évolution.

2.1) Evaluation de la douleur

2.1.1) L'échelle numérique

C'est l'échelle la plus simple à réaliser. Elle correspond à une auto-évaluation du patient. Le praticien lui demande d'évaluer sa douleur entre 0 et 10, en sachant que 0 correspond à l'absence de douleur et 10 étant la plus extrême. Elle peut se présenter sous forme orale ou écrite, va nous permettre d'évaluer la douleur dans le temps, voir si notre traitement est efficace et nous orienter dans le choix de l'antalgique¹⁰⁵. L'inconvénient vient du fait que tous les patients n'expriment pas, de la même manière, leur douleur. De plus, certains amplifient le score pour être pris en charge immédiatement et obtenir une prescription d'antalgiques plus puissants.

2.1.2) L'échelle visuelle analogique : L'EVA

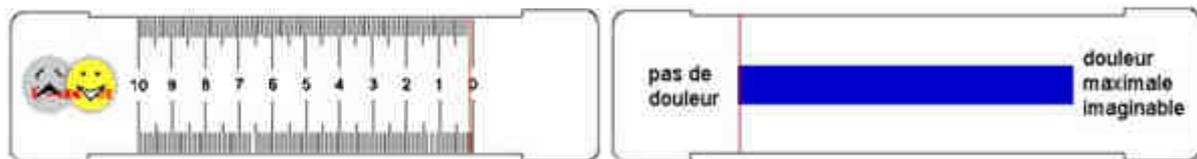


Figure 4 : Echelle visuelle analogique¹⁰⁵

Cette échelle permet de décrire la douleur ou l'anxiété sans utiliser de mots⁴ mais en les évaluant par une graduation. Au lieu d'avoir un échange verbal, le patient déplace le curseur en fonction de l'intensité : de « pas de douleur » à « douleur maximale imaginable ». C'est un outil rapide, facile à utiliser et à interpréter, reproductible et fiable. Il est considéré comme l'outil d'auto-évaluation de référence des enfants de plus de six ans et, de quatre à six ans, il doit être utilisé en l'associant à un autre outil d'évaluation (l'échelle de six visages ou les jetons)³. Néanmoins, il n'est pas suffisant lorsqu'il est utilisé pour évaluer l'anxiété. De même, il ne peut être utilisé que chez les patients communicants et ayant des capacités d'abstraction¹⁰⁵.

2.1.3) Les jetons

On présente quatre jetons à l'enfant en lui disant : « chaque jeton représente un morceau (ou une partie) de douleur ; prends autant de jetons que tu as mal »³. En fonction du nombre de jetons sélectionnés, nous allons quantifier sa douleur : « légère » si un jeton a été sélectionné, « modérée » lorsqu'il y en a deux, « intense » pour trois jetons et enfin « très intense » quand l'enfant prend les quatre jetons³.

2.1.4) L'échelle de six visages : FPS-R

C'est un outil d'auto-évaluation pour des enfants de quatre ans minimum et qui montre l'intensité de sa douleur. Il comprend six visages allant (à gauche) de « pas mal du tout » à « très très mal » (à droite). L'enfant va alors désigner le visage qui traduit l'intensité de sa douleur au moment précis³. L'EVA doit être associée à cet outil ou aux jetons lorsque l'enfant a moins de six ans. Si les scores obtenus entre les deux outils utilisés sont différents, alors ils seront considérés comme non valides et le praticien utilisera une méthode d'hétéro-évaluation pour apprécier l'intensité de la douleur³.

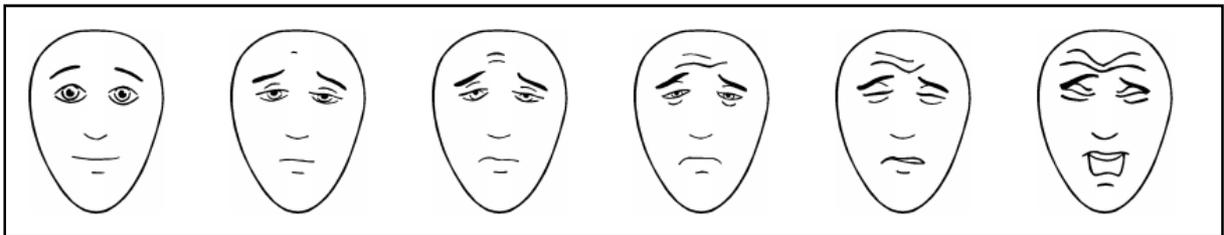


Figure 5 : Echelle de six visages : FPS-R³

2.1.5) L'échelle verbale simplifiée : L'EVS

L'EVS se présente sous forme orale ou écrite et utilise des mots pour évaluer la douleur. Sous sa forme écrite, la version la plus utilisée comprend cinq qualificatifs allant de « douleur absente » à « douleur insupportable » et le patient désigne le niveau le plus approprié. Elle est moins sensible et moins précise que l'EVA et il n'y a pas de consensus quant au nombre de qualificatifs et sur ce qu'ils désignent. Elle est cependant préférée par les praticiens et les personnes âgées car ils peuvent qualifier la douleur par des mots¹⁰⁵.



Figure 6 : Echelle verbale simplifiée¹⁰⁵

2.1.6) L'échelle comportementale simplifiée : L'ECS

Ce n'est plus un outil d'auto-évaluation mais d'hétéro-évaluation de la douleur dont il existe plusieurs variantes. Il repose sur l'observation, par le praticien, de modifications d'attitudes ou de manifestations corporelles susceptibles d'exprimer une douleur plus ou moins intense chez des patients ayant des difficultés à communiquer¹⁰⁵.

Il se présente sous la forme d'un tableau avec des items d'observations¹⁰⁵ :

Observation	Spontanément			A l'examen*		
	Absent	Faible	Marqué	Absent	Faible	Marqué
Gémissements, Plaintes	0	1	2	0	1	2
Front plissé, Visage crispé	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Position antalgique	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Mouvements précautionneux	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Total	..... / 6			..... / 6		

0 : pas de douleur
1 à 3 : douleur faible
4 à 6 : douleur modérée
7 à 9 : douleur intense

* Y compris lors des changes, toilettes et manipulations diverses

Figure 7 : Echelle comportementale simplifiée¹⁰⁵

L'ECS est cependant moins précise que l'EVA et repose sur la connaissance par le praticien de l'état habituel de l'enfant. Enfin, il est conseillé de réaliser l'évaluation par deux soignants pour augmenter la fiabilité¹⁰⁵.

2.1.7) L'échelle CHEOPS

Cette échelle peut être utilisée pour le diagnostic et l'évaluation de l'intensité de la douleur postopératoire immédiate ou des autres douleurs aiguës à leur début. C'est un outil d'hétéro-évaluation qui s'adresse aux enfants d'un à six ans ne pouvant exprimer et quantifier leur douleur. Il se présente sous la forme d'un tableau regroupant les comportements les plus indicateurs de douleur³.

	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 : Corps (torse) 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			
Mains			
1 : N'avance pas la main vers la zone douloureuse			
2 : Avance la main ou touche ou agrippe la zone douloureuse, ou contention			
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			
Score global			

Figure 8 : Présentation de l'échelle de douleur post-opératoire : Children's Hospital of eastern Ontario pain Scale (CHEOPS)³

2.2) Evaluation du comportement et de l'anxiété

Trois échelles semblent être les plus adaptées¹¹⁷ :

- L'échelle de Houpt
- L'échelle de Frankl
- L'échelle de Venham modifiée par Veerkamp

2.2.1) L'échelle de Houpt

L'échelle de HOUPPT qui étudie quatre attitudes, à savoir les pleurs, l'éveil, l'appréhension-attention et la coopération, fait intervenir un enregistrement vidéo grâce auquel le praticien pourra mesurer le temps passé dans chacune de ces attitudes¹¹⁷. Elle semble cependant difficile à réaliser en cabinet dentaire par manque de temps et, pour cette raison, nous ne la développerons pas ici.

2.2.2) L'échelle de Frankl

Elle comporte quatre niveaux ce qui en fait une échelle peu sensible mais elle permet d'évaluer le comportement de l'enfant préscolaire lors de sa première consultation dentaire⁴⁰ et, par la suite, de suivre l'évolution du comportement¹¹⁷.

Niveau 0 : Comportement définitivement négatif	Refuse le traitement, crie avec force, opposant aux soins
Niveau 1 : Comportement négatif	Peu disposé à accepter les soins. Certains signes d'opposition existent mais pas forcément déclarés (air maussade, renfrogné)
Niveau 2 : Comportement positif	Accepte le traitement avec réserve. Il est prudent mais suit les directives du praticien
Niveau 3 : Comportement définitivement positif	Bon rapport avec le praticien, intéressé par le traitement, il rit souvent et semble apprécier la visite.

Tableau 1 : Echelle de comportement de Frankl⁴⁰

2.2.3) L'échelle de Venham modifiée par Veerkamp

Les échelles de Venham permettent d'évaluer le niveau d'anxiété et le comportement de l'enfant pendant les soins. Pour cela, le praticien observe son patient pendant toute la séance et note son comportement et son anxiété par rapport aux termes définis par les deux échelles. Veerkamp va les regrouper en une échelle qui comporte six catégories¹¹⁷ :

Score 0 : Détendu	Souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément ou dès qu'on le lui demande. Bras et pieds en position de repos. <i>Attentif.</i>
Score 1 : Mal à l'aise, Préoccupé	Pendant une manœuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Elles sont parfois crispées. Expression faciale tendue. Pâleurs, sueurs. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste. <i>Regards furtifs sur l'environnement.</i>
Score 2 : Tendu	Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manœuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Pâleurs, sueurs. Inquiet de tout nouvel événement. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée. <i>Cherche un contact corporel rassurant (main, épaule).</i>
Score 3 : Réticent	A accepté la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques mais sans commune mesure avec le danger ou exprimées bien avant le danger, pleurs. Pâleurs, sueurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Mouvements d'évitement. Parvient à faire face à la situation mais avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficulté. <i>Accepte le maintien des mains.</i>
Score 4 : Très perturbé	Par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement, cris. Importantes contorsions nécessitant parfois une contention. Le patient peut encore être accessible à la communication verbale mais après beaucoup d'efforts et de réticence pour une maîtrise relative. <i>La séance est régulièrement interrompue par des protestations.</i>
Score 5 : Totalement déconnecté	De la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat avec énergie. Le praticien et l'entourage ne contrôlent plus l'enfant. Inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite : tente activement de s'échapper. <i>Contention indispensable.</i>

Tableau 2 : Echelle de Venham modifiée par Veerkamp¹²⁴

2.2.4) L'échelle visuelle analogique

Nous pouvons évoquer de nouveau l'EVA que nous avons développée précédemment mais, cette fois, nous n'évaluons pas la douleur mais l'anxiété du patient. Le principe est le même cependant, ici le 0 correspondra à « Pas d'anxiété » et le 10 à « Anxiété extrême ». Cette échelle reste cependant assez vague⁴.

2.2.5) L'échelle des visages de Buchanan et Niven

Cette échelle comporte cinq visages, allant de très malheureux à très heureux. L'enfant, en fonction de la situation, va désigner avec son doigt, le visage correspondant à son ressenti. L'intérêt est de s'adresser directement à l'enfant, sans passer par les parents, en lui permettant d'exprimer ses sentiments s'il n'y parvient pas verbalement²³.

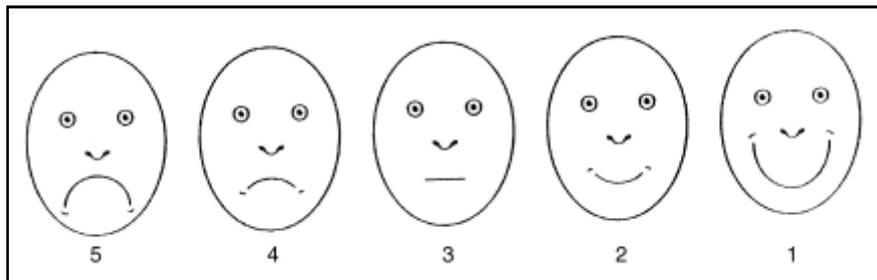


Figure 9 : Echelle des visages²³

2.3) Une étude intéressante : la carte émotionnelle

L'étude conçue par Dr Odier en milieu hospitalier est intéressante à évoquer bien qu'elle ait été réalisée auprès de préadolescents et adolescents ayant des pathologies lourdes⁹⁰. Le principe est d'associer à la réalisation d'une carte conceptuelle, une carte émotionnelle qui permettra d'approfondir cette dernière en exprimant et en développant les émotions du patient. La carte conceptuelle est réalisée avec le praticien qui invite son patient à citer un thème central (sa pathologie dans la plupart des cas), les éléments et les idées majeures qui en découlent, le tout est retranscrit par écrit sur une page, sous forme d'un schéma. Puis, une carte émotionnelle est réalisée avec l'aide d'une carte de « légende des émotions » en partant du thème qui le préoccupe (par exemple : l'anesthésie). Le patient identifie l'émotion associée au thème choisi (exemple, la peur) puis il utilise les « smileys » pour évoquer le côté très positif, la neutralité, le mécontentement ou le mal être, les signes quantitatifs allant du ++ au -- pour l'intensité de ses émotions. De même, les symboles tels que la métaphore du « temps » (soleil, nuage, pluie, orage) ou bien la représentation du cœur (cœur transi, cœur, cœur fissuré, cœur brisé) permettront d'explorer la tonalité émotionnelle du ressenti. A cela, s'ajoutent des couleurs (à titre d'exemple, le vert peut représenter la joie). Le patient va donc pouvoir reprendre sa carte conceptuelle et la développer à partir du jeu des symboles et des couleurs pour faire ressortir ses émotions⁹⁰.

Dans cette étude, une séance nécessite environ vingt à quarante minutes et cela peut paraître relativement long au sein d'un cabinet dentaire. Néanmoins, nous pouvons en tirer une application pratique et l'adapter à la prise en charge des enfants particulièrement réfractaires aux soins en odontologie puisque, malgré la durée du processus, les valeurs et les principes de la carte émotionnelle pourraient permettre à certains enfants d'entreprendre une démarche de coopération en exprimant leurs émotions. En accordant moins de temps aux soins lors de la première consultation, nous pourrions certainement en gagner d'avantage sur les autres séances⁹⁰.

En odontologie, le principe serait le suivant : un enfant totalement réfractaire aux soins commencerait par une première consultation au cours de laquelle il établirait sa carte conceptuelle, avec le praticien et son parent accompagnateur, ce qui permettrait d'aborder les raisons de son refus. Ensuite, en s'appuyant sur la carte de « légende des émotions »⁹⁰, ils approfondiraient le thème et les idées importantes qui en découlent. La carte émotionnelle compléterait la carte conceptuelle et seraient toutes deux écrites ou dessinées par l'enfant avec l'aide du praticien ou du parent si nécessaire. Au-delà de l'objectif de compréhension du refus, cette carte permettrait au jeune patient « acteur » de revisiter, d'appriivoiser et de dompter la situation⁹⁰.

Il est essentiel de remarquer que l'enfant est l'élément central de cette carte où il se dévoile de lui-même à l'inverse des questionnaires dans lesquels le praticien recherche la cause du refus. Il pourra alors s'exprimer, faire ressortir ses émotions et identifier son blocage, sous la forme ludique que revêtent le jeu et le dessin, grâce au schéma. Au final, cette consultation permet, avant tout, d'établir un lien entre le chirurgien-dentiste et l'enfant afin de poursuivre les soins et ceci de façon ludique et interactive. Cependant, on peut se demander si cet outil s'adapte à de très jeunes enfants car il a été conçu auprès de préadolescents et adolescents de onze à quinze ans. Les psychologues ayant participé à l'étude estiment qu'il « faut un certain âge pour être à l'aise avec l'outil, peut-être 7-8 ans », cela est confirmé par d'autres études réalisées auprès de patients diabétiques (âgés de huit à treize ans)⁹⁰. Enfin, Dr Odier nous souligne, en se référant à l'étude de Pinosa et ses collaborateurs, que les cartes conceptuelles pourraient être utilisées avec des jeunes patients, de quatre à cinq ans., en les adaptant au stade de développement psychomoteur de l'enfant (ce qui serait le cas ici)^{90 101}.

3) Les protagonistes de la relation soignant-soigné

La relation qui existe lors de la prise en charge d'un enfant peut être qualifiée de triadique : les parents, leur enfant et le chirurgien-dentiste. Tout ce qui touche l'un des membres a donc directement un impact sur les autres²⁰. Cependant, le bon déroulement de la séance dépend du praticien car il dispose du savoir nécessaire, il est le chef d'orchestre du soin coordonnant les musiciens pour créer un environnement harmonieux. Pour cela, il se fait aider à la fois du personnel médical mais aussi des parents qui ont un rôle majeur pour tranquilliser, consoler et calmer leur enfant.

3.1) L'enfant

Il est l'élément central puisque c'est lui qui vient se faire soigner, c'est sa bouche, ses dents dont il est question. Il n'est pas un objet que l'on répare mais un « petit être » à part entière avec son niveau de compréhension, c'est la raison pour laquelle nous ne pouvons le prendre en charge sans obtenir sa collaboration et sa participation³¹.

Un enfant peut venir à la consultation de sa propre initiative, en raison de sa douleur (bien qu'il soit angoissé, anxieux ou phobique...) mais ses parents peuvent aussi l'avoir amené sous la contrainte, pour son bien-être. Il n'aura pas le même ressenti en fonction des situations et aura le sentiment que les adultes lui imposent quelque chose qu'il ne souhaite pas. Il ne comprendra pas forcément la raison et l'intérêt de sa venue d'où l'importance, pour le praticien, d'évaluer, dès le début, à la fois la demande des parents mais aussi celle de l'enfant. Le chirurgien-dentiste doit s'adapter à son jeune patient et l'accompagner, le rassurer, l'encourager, l'encadrer, ceci avec l'aide des parents et du personnel soignant¹³⁷. Malgré tout, on attend que l'enfant fasse des efforts de son côté et il ne doit pas être considéré comme un « prince » à qui on cède tout. Au contraire, puisqu'il veut être considéré comme un « grand », il doit se responsabiliser et œuvrer à sa bonne prise en charge.

3.2) Le chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste doit avoir une bonne connaissance du développement cognitif et affectif de l'enfant, comprendre les raisons qui l'amènent à devenir réfractaire aux soins et instaurer un climat de confiance afin de mettre en place la démarche la plus adaptée à sa prise en charge. L'objectif est d'amener l'enfant à participer à ses soins et donc à coopérer^{53 73 112}.

3.2.1) Sa relation avec l'enfant

Un praticien agressif qui applique une méthode répressive et de contrainte envers l'enfant va provoquer sa crainte, son repli sur lui-même et amener à des comportements négatifs. A l'inverse, s'il l'encourage, le félicite, lui donne des instructions claires et adaptées à son niveau de compréhension, il va nettement diminuer son appréhension⁷⁴. Le chirurgien-dentiste va s'engager avec le jeune patient dans une relation centrée sur ce dernier, il va l'aider à acquérir et à développer des capacités lui permettant de gérer les situations difficiles¹²⁶. Cet engagement va s'établir sous la forme d'un contrat de soins au sein duquel l'enfant est partenaire à part entière³¹.

Le praticien doit faire preuve d'honnêteté : ne pas lui dire qu'il n'aura pas mal lors de l'anesthésie alors qu'il sait pertinemment que ce geste peut être douloureux, il va, au contraire, lui expliquer que cela peut être un peu désagréable mais qu'après il ne sentira plus rien^{34 137}. Dans cette relation, le chirurgien-dentiste doit apporter de l'attention à l'enfant mais ceci dans une certaine mesure afin qu'il n'en devienne pas trop proche et éviter ainsi de tomber dans certains pièges^{28 137}. Il va lui faire comprendre que les règles au cabinet ne sont pas forcément les mêmes que chez lui. De plus, tisser des liens trop étroits avec lui peut finir par effacer le parent, notamment la mère, amenant à une rupture brutale des soins¹³⁷.

Durant toutes les séances, quelque soit le tempérament de l'enfant ou des parents, le praticien doit rester calme, ce qui ne veut pas dire permissif mais, au contraire, se faire respecter sans soumettre le jeune patient⁵¹. Face à un enfant très difficile, il peut arriver que le chirurgien-dentiste se sente impuissant ce qui est susceptible de le conduire à un sentiment de colère ou de détresse³⁷ et il est probable qu'il se désintéresse de l'enfant et du parent⁴³. Quoi qu'il en soit, il doit être rassurant, ne pas se mettre en colère ou devenir agressif, il ne faut pas non plus qu'il menace ou qu'il marchandise avec l'enfant⁵¹.

« Le sentiment de supériorité, lié au savoir technique, scientifique, qui confère au praticien sa compétence professionnelle lui est nécessaire pour établir une relation de confiance avec celui qui s'en remet à ses soins, ou le parent qui nous confie son enfant »¹³⁷. Néanmoins, cette situation ne doit pas l'empêcher de les écouter et de les comprendre, au risque de le conduire vers une position de contrainte, privilégiant ses objectifs professionnels au détriment des émotions du patient¹³⁷. D'autre part, un jeune chirurgien-dentiste peut se sentir mal à l'aise face à la prise en charge d'un enfant et son anxiété peut alors être ressentie par celui-ci. D'ailleurs, il a été observé, chez les jeunes patients suivis par des étudiants (peu expérimentés et appréhendant la réalisation de l'acte), un nombre plus important de problèmes de comportement par rapport à des cliniciens expérimentés²⁰. Néanmoins, l'anxiété dentaire du patient ne peut être exclusivement et directement liée à celle du praticien⁹⁵.

3.2.2) Sa relation avec le parent

L'enfant se réfère énormément à ses parents, leur attitude doit donc être adaptée à sa prise en charge. A cette fin, le chirurgien-dentiste les met en confiance grâce à la communication mais fait aussi preuve d'empathie et est attentif à leurs attentes. Il va les tenir informés des soins car la plupart des parents ignore ce qu'il fait¹¹². En l'occurrence, il est nécessaire d'établir une relation sereine entre le praticien et l'enfant afin d'évoquer avec eux les problèmes, les solutions thérapeutiques ou alternatives et de prendre en considération leurs préférences ou inquiétudes^{20 88}.

De même, il peut les faire participer aux soins si nécessaire et « recadrer » leur comportement lorsqu'il n'est pas adapté, l'important étant d'effectuer des soins efficaces et de qualité.

Le praticien doit réagir si le comportement des parents a une influence négative sur l'enfant : lorsqu'ils sont trop permissifs et que leur enfant devient colérique, refusant le soin et décidant à leur place, le chirurgien-dentiste doit reprendre la situation en main. Il va apporter son soutien ferme et bienveillant aux parents, rester calme pour montrer à son jeune patient que son tempérament le laisse indifférent et qu'il ne sera pas pris en considération. Lorsque la crise est trop intense, on le fait patienter sur le fauteuil ou on le redirige vers la salle d'attente, il doit comprendre que le praticien détient l'autorité^{31 34}.

La présence de parents surprotecteurs ou anxieux va augmenter le niveau d'inquiétude de l'enfant. Le praticien commence alors par les rassurer en leur expliquant calmement le déroulement de la séance et en leur faisant comprendre qu'ils doivent confier leur enfant au personnel médical comme ils le confieraient à une institutrice. Le chirurgien-dentiste peut leur proposer de rester en salle d'attente lorsque l'enfant est entré de lui-même dans la salle de soin³⁴.

En ce qui concerne les parents hésitants, un supplément d'explications leur est apporté afin de dissiper leurs doutes. Lorsque la prise de radiographies est en cause, le praticien doit les persuader que, sans celles-ci, le bilan de sa santé dentaire ne pourra être complet³⁴.

Face à des parents qui contestent le bien-fondé des soins, le praticien commence par exposer son point de vue. En cas de refus persistant et s'il ressent qu'ils n'ont pas confiance en lui, il peut leur proposer l'adresse d'un autre praticien ce qui, la plupart du temps, facilite la relation³⁴.

Avec les parents impatientes qui souhaitent que les soins soient réalisés le plus rapidement possible, il faut savoir refuser et leur faire comprendre que la confiance avec l'enfant est difficile à établir et doit être préservée³⁴.

Lorsque l'enfant est récalcitrant, il est nécessaire d'analyser l'origine de l'opposition afin de déterminer si le blocage ne découle pas de l'attitude des parents puis les interroger afin de choisir la méthode la plus adaptée à la prise en charge de leur enfant³⁴.

3.3) Le parent

Le rôle du parent dans la thérapeutique de son enfant est, d'apparence, relégué au second plan mais sa présence au cours des soins peut influencer positivement ou négativement le déroulement de la séance. Le chirurgien-dentiste doit lui enseigner la préparation psychologique de l'enfant aux soins et notamment à la première consultation qui est essentielle pour l'avenir¹²³.

3.3.1) Sa présence au cours de soins

Dans la majorité des cas, les parents souhaitent assister au rendez-vous, pourtant, dans les années 1980, la majorité des chirurgiens-dentistes limitait leur présence au cours du soin. Les facultés dentaires conseillaient de les exclure et ceci pour plusieurs raisons : leur présence, pendant la séance, peut devenir gênante et constituer un frein à son bon déroulement⁷³. Ils peuvent aussi distraire le praticien ainsi que l'enfant, ce qui induirait un manque de participation et d'implication de sa part. L'anxiété des parents étant susceptible d'influencer négativement le comportement de leur enfant⁷³ la séparation peut s'avérer bénéfique lorsque l'attitude de celui-ci est problématique (rebelle, insolent...) et lorsque la présence et l'attitude des parents (laxistes, mécontents...) l'influencent¹²⁸. Le praticien va, dès lors, pouvoir recadrer l'enfant de manière autoritaire mais non agressive afin d'attirer son attention, ceci, dans le but d'obtenir sa coopération⁶. Cependant, dans la plupart des cas, leur présence est favorable, voire indispensable au premier rendez-vous, pour recueillir, si cela n'a pu être fait préalablement, les informations concernant l'enfant et sa famille³¹. De plus, la séparation entre le jeune patient et ses parents est souvent mal vécue augmentant ainsi le niveau d'anxiété général.

Leur présence permet aussi de les « prendre à témoin » du comportement inadapté de leur enfant et du déroulement de la séance. Cela a également pour effet de faciliter la communication (le message sera transmis à tous, évitant ainsi les répétitions) dans le but de trouver des solutions aux problèmes comportementaux du patient d'autant plus que, souvent, les parents influencent positivement son comportement (en lui parlant et en l'encourageant) lorsqu'il est coopérant. Enfin, les parents comme l'enfant peuvent s'inquiéter sur le déroulement de la séance, leur présence permet de dissiper leurs propres craintes et on peut espérer ainsi que l'enfant soit rassuré^{38 73 125 141}.

Néanmoins, notons que certaines études ont montré qu'il n'y avait pas de différence dans le comportement de l'enfant en présence ou non des parents. Si l'enfant présente un comportement perturbateur malgré leur absence, le praticien doit exploiter d'autres méthodes que la séparation parentale pour parvenir à sa coopération^{30 39 73 125}.

3.3.2) Son rôle hors des soins

3.3.2.1) Avant la consultation

Avant la première séance, il peut être intéressant que le chirurgien-dentiste s'entretienne avec le parent afin de lui donner des conseils pour préparer psychologiquement l'enfant. Il faut que la mère ou le père annonce la visite comme un fait normal et, ce, sans changement de tonalité émotionnelle particulière telle la menace ou un enthousiasme suspect. Il ne faut en aucun cas le menacer (à titre d'exemple : « si tu n'es pas sage, le docteur te fera une piqûre »). Il ne va pas, non plus, employer un vocabulaire inadapté, utiliser le terme de « douleur », ni exprimer de craintes ou essayer de le rassurer de façon maladroite. Enfin, il ne doit pas tenter d'acheter sa coopération car l'enfant se doutera qu'une chose désagréable l'attend. Au contraire, il doit être honnête et employer des mots justes afin de lui faire comprendre que les sensations ou la gêne ressenties sont normales. Enfin, il ne doit pas hésiter à repousser le rendez-vous lorsque son enfant est malade³⁴.

3.3.2.2) Après la consultation

Après la consultation, deux cas de figure se présentent : soit la consultation s'est bien passée et, dans ce cas, le rôle du parent est de féliciter son enfant, de l'encourager à continuer dans ce sens et, éventuellement, de le récompenser de manière raisonnable ; soit la consultation ne s'est pas bien déroulée, dans ce cas, au lieu de ridiculiser l'enfant, de l'humilier ou de le punir, il doit continuer à l'encourager, à le rassurer et rechercher avec lui les causes de son refus et en faire part au praticien pour qu'ensemble ils puissent les corriger et réussir sa prise en charge.

3.4) L'assistante dentaire

On pourrait penser que le rôle de l'assistante dentaire, dans la prise en charge de l'enfant, est secondaire tellement les liens entre les trois autres protagonistes sont interdépendants. Néanmoins, son rôle n'en reste pas moins important et il semblerait que les enfants y soient sensibles et lui fassent confiance¹⁰⁴. Dans la plupart des cabinets dentaires, c'est elle qui va accueillir les patients et être la première en relation avec l'enfant, d'où l'importance d'un accueil chaleureux qui facilitera le bon déroulement de la consultation⁶. En s'intéressant à lui, lorsqu'il dessine par exemple, elle va établir un premier contact permettant à la fois de le rassurer, si cela est nécessaire, mais aussi d'avoir une première approche de sa personnalité. Si elle pense que la prise en charge va être difficile, elle va en informer le praticien qui adaptera son attitude avant même de l'avoir rencontré²⁰.

La confiance de l'enfant envers l'assistante peut s'expliquer par le fait qu'il n'a rien à craindre d'elle. En effet, c'est le chirurgien-dentiste qui réalise l'acte, c'est de lui qu'il peut avoir peur, et le geste de l'assistante n'est jamais douloureux. Elle va donc apporter un peu d'humanité qui peut faire défaut dans la relation entre l'enfant et le chirurgien. Bien qu'elle fasse partie intégrante de l'équipe dentaire et qu'elle doive conforter les efforts du praticien, elle ne peut se substituer à lui ou au parent. Elle apporte, si besoin, un soutien à l'enfant durant le soin mais ce n'est pas à elle d'expliquer l'acte à la place du chirurgien-dentiste, ni de lui serrer ou caresser chaleureusement la main à la place du parent⁶⁹³.

4) Les consultations

4.1) Organisation des rendez-vous

Dès la prise du rendez-vous, il est intéressant, voire important, de prendre en considération certains critères. En effet, mieux vaut programmer les rendez-vous le matin pour les jeunes enfants car c'est à ce moment là de la journée qu'ils sont les plus calmes et le personnel médical plus disponible.

Il faut, également, veiller à ce qu'ils aient le moins d'attente possible⁸³ et, lorsque plusieurs enfants ont rendez-vous dans la même journée, il est préférable de les programmer à la suite, ce qui leur permet de jouer ensemble lorsqu'il y a de l'attente, de les mettre plus à l'aise et ainsi de diminuer leur anxiété. Le praticien peut, avec le consentement des parents, présenter l'enfant chez qui les soins se sont bien déroulés à celui qui est en refus de soins. Ses explications auront un impact plus important et permettront certainement une meilleure coopération de ce dernier⁸³.

Enfin, si l'enfant est présent lors de la prise de rendez-vous, on peut le laisser noter son nom dans l'agenda, ce qui a pour effet de l'intégrer immédiatement dans le contrat de soin (Mahé, communication personnelle, Juillet, 2011).

4.2) Entretien préalable

Il est intéressant que le chirurgien-dentiste s'entretienne avec les parents avant la première consultation afin de leur donner des conseils pour préparer l'enfant mais aussi pour leur fournir des informations⁷⁴. Le praticien peut alors recueillir les informations générales concernant l'enfant sous la forme d'un interrogatoire ou d'un questionnaire que les parents remplissent et lui remettent : ceci est simple à réaliser et donne un aspect médico-légal aux informations recueillies^{19 20}. Ce questionnaire concerne, son tempérament, sa peur, ses antécédents médicaux²⁰...

Le chirurgien-dentiste peut aussi se renseigner sur l'environnement dans lequel l'enfant évolue. Les questions sont d'ordre général et utilisables pour tous les modèles familiaux. Le praticien connaîtra la position de chaque membre au sein de la famille, verra la manière dont l'enfant s'y développe (s'il est laissé à lui-même ou, au contraire, surprotégé), appréciera le comportement des parents, particulièrement si l'enfant a un comportement négatif lors des consultations. Il adaptera ainsi son approche et expliquera clairement l'attitude à adopter^{62 74 93}.

Enfin, il doit détecter les craintes parentales qui peuvent se répercuter sur leur enfant, en rechercher les causes et rassurer les parents en répondant à leurs questions. Il va également leur expliquer le déroulement de la séance, ce qui permet à la fois de dissiper leurs appréhensions mais aussi d'être plus à même de préparer leur enfant à la consultation²⁰.

4.3) La première fois...

Il est recommandé d'effectuer la première consultation vers l'âge de douze mois, le praticien fait, dès lors, partie du monde qui entoure l'enfant. C'est également un moyen pour le chirurgien-dentiste de faire connaissance avec la famille et de leur donner des conseils sur l'hygiène bucco-dentaire³⁴. En général, la première consultation se situe entre trois et quatre ans³⁴, il est alors recommandé (sauf cas d'urgence) de ne pas commencer les soins lors de ce rendez-vous mais plutôt de le familiariser avec le cabinet dentaire. On peut tout de même réaliser un acte peu invasif, par exemple, un détartrage s'il est nécessaire et si on constate que l'enfant est détendu et coopérant. Le fait d'aller progressivement lui permet de s'habituer à chaque situation, d'en comprendre les principes et les règles, ce qui facilitera par la suite la réalisation de soins plus importants. Les enfants de cet âge ne sont attentifs que quelques minutes, c'est pourquoi la première visite ne doit pas dépasser une quinzaine de minutes, ce qui suffit en général à les familiariser avec le cabinet dentaire. Néanmoins, en cas d'urgence ou de soins complexes, il est évident que le temps passé au fauteuil est plus important^{20 57 93}.

4.3.1) L'observation de l'attitude de l'enfant

L'observation peut être réalisée par le praticien²⁰ ou par l'assistante dès l'arrivée en salle d'attente, celle-ci vient alors informer le chirurgien-dentiste si elle suspecte un comportement difficile de l'enfant ou des parents.

La période d'observation du praticien peut être divisée en deux étapes²⁰ :

- La première consiste à observer l'enfant dans sa démarche, son attitude, ses gestes et son comportement avec l'assistante lorsqu'elle est allée le chercher.

- La seconde est centrée sur les caractéristiques du visage, à savoir l'expression des yeux, les crispations, le mouvement des muscles faciaux...

Ces renseignements permettent de se faire une idée du déroulement de la première séance et de l'attitude à adopter dans la prise en charge thérapeutique.

4.3.2) Une relation de confiance

La confiance se définit comme « l'espérance ferme en une personne »¹⁰⁹. Pour le chirurgien-dentiste, l'objectif est d'instaurer une relation de confiance durable et réciproque permettant de réaliser les soins dans les meilleures conditions et quatre paramètres permettent à la confiance de perdurer²⁴ :

- L'authenticité : Le praticien doit faire preuve d'honnêteté envers le patient et, réciproquement, le patient ne doit pas mentir sur son état de santé, ses retards...
- L'ouverture : Le chirurgien-dentiste va adapter son langage au niveau de compréhension du patient pour donner les informations nécessaires au déroulement des soins. A l'inverse, il écoute attentivement son patient pour obtenir les renseignements essentiels.
- L'acceptation : Le praticien doit accepter son patient tel qu'il est.
- La fiabilité : C'est une notion très importante dans l'élaboration de la relation de confiance avec le patient et tout particulièrement avec l'enfant. Le principe signifie que le praticien doit indiquer et expliquer au patient les actes qu'il va effectuer sans jamais aller au-delà.

Dès la première séance, le praticien commence à mettre en place une relation de confiance avec son patient et, même s'il n'est pas envisagé de pratiquer des soins, un bilan bucco-dentaire peut être entrepris, cela permet de familiariser l'enfant avec les instruments. Le chirurgien-dentiste explique ce qu'il va faire et doit s'y tenir, en échange, il propose à l'enfant de « contrôler » la situation en se manifestant afin de signaler toute douleur ou gêne (le geste le plus souvent utilisé étant de lever la main). A ce moment précis, il s'arrête et se renseigne auprès de lui, le jeune patient peut faire une pause et reprendre ses esprits³⁴.

Ce contrat de soins doit être respecté à la fois par le professionnel qui ne doit réaliser que ce qu'il a expliqué et par l'enfant qui ne doit pas profiter de ce « pouvoir » pour perturber le soin. En effet, en cas de doute quant à la douleur rapportée par ce dernier, il suffit de tourner l'instrument au-dessus et sans contact avec la dent afin d'en déduire son honnêteté. S'il se manifeste, on peut lui faire remarquer (gentiment) qu'il n'a pas pu ressentir la moindre souffrance³⁴.

4.3.3) Le plan de traitement

Au cours de cette première consultation, le praticien va déterminer un plan de traitement. Pour cela, il va, si cela n'a pu être fait lors d'un entretien préalable, se renseigner sur les antécédents médicaux de l'enfant en questionnant ses parents, voire en le questionnant lui-même. Il doit être établi avec les parents et l'enfant, expliqué et compris dans son ensemble par les protagonistes. Le praticien doit se tenir à ce qui a été fixé dans la mesure du possible. De plus, il est de son devoir de s'assurer que l'information a bien été délivrée et comprise par le patient et son représentant légal, il peut alors les questionner quant à d'éventuels doutes ou interrogations²⁰. Pour compléter cette information, des livrets ou des brochures qui abordent la notion de cabinet dentaire peuvent être donnés à l'enfant et aux parents lors de l'entretien préalable ou à l'issue de la première consultation⁷⁴. L'association Sparadrap a édité un livret qui présente différentes techniques permettant à l'enfant de se préparer aux futures consultations : s'entraîner à respirer par le nez, garder la bouche ouverte... mais aussi des explications quant au déroulement des soins⁴⁴.

Il est indispensable que le chirurgien-dentiste s'assure de l'adhésion des parents au plan de traitement. Pour cela, il est essentiel qu'il s'entretienne avec eux et avec leur enfant en leur fournissant tous les renseignements à la fois sur son état bucco-dentaire mais aussi sur les solutions thérapeutiques et leurs risques. En outre, le plan de traitement doit être établi en accord avec les parties d'autant plus qu'il est indispensable sur le plan juridique d'obtenir le consentement du représentant légal sans lequel les soins ne pourront être réalisés^{7 31 49 64 93 104}.

Il est intéressant de s'entretenir avec le patient et sa famille afin d'exposer les différentes méthodes d'hygiène bucco-dentaire et ne pas hésiter à montrer, en bouche, les endroits où le brossage est insuffisant ainsi que l'état de délabrement des dents. Il est préférable de commencer par les soins les moins invasifs pour en augmenter, au fur et à mesure, la complexité. Les actes les plus douloureux comme les avulsions seront, si possible, pratiqués lors des dernières séances⁸.

Les objectifs doivent être réalisables et, en cas de doute, le plan de traitement est modulé en augmentant le nombre de séances afin d'éviter un refus. Le niveau de coopération de l'enfant influence la suite des soins et, lorsqu'il est impossible de les réaliser en raison de son comportement (turbulent, crise d'angoisse), il est possible de les repousser et on oriente, alors, les premières séances sur la prise en charge comportementale et la prévention. Pour ce qui est des soins d'urgence, la prescription d'antibiotiques (en cas d'infection bactérienne) ou d'antalgiques permet de différer la séance^{6 64}.

Partie III) Méthodes de prise en charge non pharmacologiques

Il existe différents moyens qui vont permettre au praticien d'aider l'enfant à surmonter son appréhension ou son incompréhension, à adoucir son tempérament ou de le recadrer quand il devient incontrôlable. Certains procédés que nous allons développer, ci-après, nécessitent une formation, au préalable, du praticien et du personnel médical. Toutefois, certaines techniques ne seront pas développées ici car difficilement applicables dans un cabinet. Ces méthodes peuvent être divisées en deux groupes, celles dites communicantes et celles qualifiées de persuasives. Quelle que soit le procédé, il est important de l'expliquer aux parents afin d'obtenir leur consentement⁶.

1) Les méthodes basées sur la communication

1.1) L'approche verbale-non verbale

La relation de confiance qui doit s'établir entre le chirurgien-dentiste et son patient ne peut aboutir sans une communication préalable⁴¹. C'est un échange entre eux, chacun émettant et recevant des messages. Cependant, cette communication, que Bourassa (1998) qualifie d'interpersonnelle, n'est pas essentiellement basée sur des mots, des paroles, des explications verbales, ce sont aussi des gestes, des regards, une attitude... En effet, la communication humaine utilise un ensemble d'éléments verbaux et non verbaux passant par divers « canaux » : auditif, visuel, olfactif et tactile²⁷.

1.1.1) L'approche verbale

Parler, c'est la capacité à faire passer un message oralement, que ce soit nos pensées, nos convictions, nos émotions, nos envies. Néanmoins, le chirurgien-dentiste doit faire attention aux mots employés et à la tonalité avec laquelle il donne l'information car le patient y est très sensible. Le message compris n'est pas forcément celui qui est entendu, en effet les mots employés possèdent une partie « stable » qui correspond à une définition objective (commune à tous et expliquée dans le dictionnaire) ainsi qu'une partie « variable » correspondant à une connotation subjective donc au vécu et à l'expérience de chaque individu. Enfin, le praticien doit être conscient que l'explication, évidente pour lui, n'est pas toujours comprise par le patient et il doit, dès lors, s'en assurer et apporter des explications complémentaires si nécessaire^{10 20 34 103}.

1.1.1.1) Le choix des mots

Il est très important que le chirurgien-dentiste emploie des mots qui soient adaptés au niveau de compréhension de l'enfant¹³⁷. Les explications peuvent être données avec un vocabulaire imagé et drôle, évitant ainsi les termes trop techniques qui ne pourraient être compris³⁴.

Voici quelques exemples^{34 139} :

<u>Termes techniques</u>	<u>Termes imagés</u>
Ouvrir la bouche	Faire le crocodile
On va utiliser l' anesthésie	Es-tu prêt pour la potion magique ?
La piqûre	Le petit moustique
Sealant	La peinture sur les dents
L'appareil à radiographie	La caméra magique
Pâte à empreinte et l'empreinte	Pâte à modeler et moulage
Le mordançage	La peinture bleue des schtroumpfs

Tableau 3 : Exemple de vocabulaire imagé adapté à l'enfant^{34 139}

Cependant, ce langage imagé, utilisé avec un jeune enfant, n'est pas adapté si celui-ci approche de la puberté. En effet, proposer à l'enfant de dix ans de « faire le crocodile » peut être perçu comme une moquerie de notre part et le frustrer. Inversement, il n'est pas non plus utile d'utiliser des termes techniques de chirurgie-dentaire pour lui apporter une explication. A titre d'exemple, le terme de « cureter » peut être remplacé par « nettoyer », le terme « d'obturation » par celui de « refermer ».

1.1.1.2) La formulation

La communication doit être simple, directe et adaptée à l'enfant. Les phrases doivent être courtes et répondre à ses attentes sans lui fournir trop d'informations car il risquerait de s'y perdre, ne plus comprendre et donc finir par s'inquiéter¹⁰⁰.

Lorsque le patient demande l'avis du praticien, il est bien évident que le chirurgien-dentiste doit répondre de façon personnelle en employant le « je » : « je pense qu'il faudrait... ». Cependant, lorsqu'il souhaite impliquer d'avantage son patient dans le traitement, il est important que le praticien emploie le « nous » : « nous avons bien travaillé aujourd'hui car la carie était difficile d'accès... ». Bien que ce soit lui qui ait réalisé l'acte, le fait d'employer le « nous » va les rapprocher et renforcer la notion de travail d'équipe permettant d'impliquer d'avantage le patient dans la thérapeutique.

De même, le chirurgien-dentiste doit employer un langage positif car le cerveau humain n'est pas conçu pour assimiler la négation. En effet, s'il utilise l'expression « n'aie pas peur », l'enfant retiendra le mot « peur » qui le renverra directement à une image négative. A la place, il vaut mieux dire « tout va bien se passer »³⁴.

Enfin, il est préférable d'éviter de poser des questions ouvertes laissant le choix à l'enfant. En effet, ces questions vont inciter le jeune patient à s'exprimer alors qu'il n'est pas forcément à même de décider. Ceci l'amène à ne pas savoir quoi répondre et, si jamais il répond, la réponse pourrait ne pas être celle que le praticien attend créant ainsi une incompréhension et un malaise^{132 137}.

1.1.1.3) Tonalité-intensité-volume

En modulant les paramètres de tonalité, d'intensité et de volume, une même phrase est ressentie différemment par l'enfant. Le praticien peut alors montrer son mécontentement en augmentant le volume de sa voix et en prenant un ton ferme et froid. A l'inverse, il peut se montrer chaleureux et rassurant en prenant une voix calme, douce et même y mettre un peu d'humour. La voix du praticien doit être suffisamment forte pour qu'il puisse être entendu sans effort et le ton doit être approprié à l'affect exprimé par le patient²⁰.

1.1.2) L'approche non-verbale

Un regard de compassion, un sourire amical, une main sur l'épaule pour rassurer, le silence, l'empathie... ce sont des gestes, des états d'âme qui vont transmettre un message que les mots n'arrivent pas à exprimer.

Comme nous l'avons dit précédemment, la communication peut se faire à travers plusieurs canaux : l'audition, l'olfaction mais aussi le tactile et le visuel²⁷. L'approche non-verbale fait intervenir ces quatre sens. Les yeux du chirurgien-dentiste qui se froncent font intervenir le visuel ; une main sur l'épaule, le tactile ; un applaudissement, l'audition ; faire sentir les odeurs des produits fait intervenir l'olfaction. Lorsque l'enfant arrive au cabinet dentaire, il est très attentif à tout ce qui se passe et, notamment, au comportement du personnel médical et du praticien. Notre voix, notre regard, tout comme nos gestes, nos mimiques vont être analysés mais ce n'est pas exclusivement le praticien qui envoie un message, l'enfant, lui aussi, va exprimer, à travers son comportement, des sentiments et des attentes¹³⁷.

1.1.2.1) Communication non-verbale à travers des signes physiques

La communication non-verbale peut s'exprimer à travers des caractéristiques physiques. En effet, à travers le regard, le praticien peut montrer son empathie au patient ou, à l'inverse, montrer son mécontentement en lui faisant les « yeux noirs ». De même, le regard de l'enfant peut exprimer son ressenti (la panique ou la frayeur) ; un regard soutenu est synonyme de comportement hostile ou, au contraire, un regard dans le vide et les yeux fermés peuvent signifier une attitude détendue et relâchée⁹³.

L'expression du visage est aussi un excellent indicateur quant à la collaboration du patient. Comme nous l'avons déjà évoqué, la grimace, le visage qui se rigidifie sont autant de facteurs qui expriment les craintes ou la douleur du patient. Le sourire peut exprimer la peur mais également la joie ou la politesse et, du côté du chirurgien-dentiste, il permet d'exprimer sa sympathie, qui peut être définie comme le sentiment instinctif d'attraction à l'égard de son patient, ou son empathie qui lui permet de s'identifier à l'enfant et de ressentir ce qu'il éprouve¹⁰⁹. De même, en faisant un clin d'œil, il pourra montrer sa complicité^{93 113 131}.

La posture du patient est à observer puisqu'elle va nous renseigner sur le niveau d'anxiété. On peut supposer que si ses mains sont crispées et que ses jambes se croisent, il est dans un état d'anxiété. A l'inverse, s'il est détendu, il aura plutôt les jambes écartées et les bras ouverts.

Il semblerait qu'un contact physique doux, en début de séance, rassure le patient, c'est un moyen de communication plus rapproché, donc plus intime, qui humanise la relation et permet au patient de se sentir aidé et soutenu. Ce peut être une main posée sur l'épaule ou sur le front pour rassurer l'enfant ou bien, encore, un massage, une caresse sur le visage d'un enfant handicapé réalisée avec beaucoup de prudence avant de vouloir introduire un instrument dans sa bouche^{1 34 89}.

1.1.2.2) L'espace

Il existe quatre espaces concentriques de communication entourant chaque individu et délimitant une zone dans laquelle la communication n'est pas ressentie de la même manière^{20 103} :

- La zone intime : de 0 à 45 cm, elle peut être appelée zone de confiance, elle est réservée aux amis proches ou à la famille.

- La zone personnelle : de 45 cm à 1,20 m, elle correspond à la zone normale pour communiquer entre deux personnes aussi bien amicalement que professionnellement.

- La zone sociale : de 1,20 m à 4 m, elle permet une perception d'ensemble de la personne.

- La zone publique : à plus de 4 m, elle correspond à une communication face à un public.

L'intrusion d'une personne, dans une zone qui ne lui est pas destinée, est perçue comme une agression or, quand l'enfant est allongé sur le fauteuil, le praticien, lorsqu'il communique avec lui, se situe dans sa zone intime, il doit donc prendre ses précautions pour ne pas le déstabiliser¹³⁷.

1.1.2.3) Le silence

Le silence fait partie de la communication car il est indispensable à l'écoute de l'autre. Il va exprimer un sentiment ou encore un respect envers la personne qui se confie. Il va également marquer un intérêt à ce qui vient d'être dit, invitant ainsi le patient à poursuivre son discours tout en lui faisant comprendre que le message est passé. Dans la relation entre le praticien et son patient, le silence ne doit pas être trop long car il peut être perçu comme un manque d'intérêt²⁰.

1.1.2.4) L'écoute active

Savoir écouter, c'est savoir prendre en considération les attentes de son patient. L'écoute doit s'établir dès le premier contact et se maintenir durant toute la consultation, elle est indispensable à toute relation thérapeutique et s'applique aux communications verbales et non verbales. Dans ce dernier cas, on la nomme « écoute active », elle correspond physiquement à des comportements non verbaux comme le regard, l'expression du visage, la proximité²⁰.

Un praticien qui reste naturel et détendu, se positionnant face à son patient pour l'observer, l'écouter et exprimer son attention envers lui, le place au centre de l'entretien et lui montre qu'il le respecte, ce qui favorise la relation entre eux. Il est évident qu'un professionnel qui tourne le dos et regarde le dossier médical pendant que le patient s'exprime, paraît peu intéressé²⁰.

1.2) Les techniques d'expositions

L'objectif des techniques d'expositions est de surmonter la peur ou les phobies par déconditionnement d'une réponse instinctive et donc permettre de relativiser les stimuli à l'origine de l'anxiété. Le patient est amené doucement devant le stimulus angoissant qui peut être un objet, une situation, une représentation mentale afin de s'y habituer et d'y répondre autrement que par l'évitement.

1.2.1) Pré-exposition

Le principe est de familiariser l'enfant avec un monde qui lui est encore inconnu, en l'occurrence le cabinet dentaire, avant même la réalisation de soins. L'enfant va ainsi pouvoir toucher, regarder, essayer les instruments comme la soufflette à air. Cette technique va lui permettre de connaître le lieu, l'ambiance, le personnel, de manière agréable, sans les facteurs d'anxiété liés à la première consultation et de s'y habituer, ceci dans le but d'éliminer certaines craintes notamment la peur de l'inconnu lorsqu'il vient pour sa première séance de soins¹⁹.

1.2.2) Exposition prolongée

Cette méthode utilise le principe de progressivité. On commence par des situations qui sont peu anxiogènes pour l'enfant afin qu'il puisse s'y adapter. Au fur et à mesure des séances et des confrontations avec le stimulus, l'enfant s'y habitue et finit par éliminer la réponse anxieuse. On peut alors passer à un stimulus plus anxiogène puis recommencer le protocole, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'enfant puisse gérer ses situations d'anxiété durant les soins.

L'utilisation de cette technique peut également se faire sur une séance. Par exemple, lors de la première consultation, le praticien fait entrer l'enfant dans le cabinet, lui laisse un temps d'adaptation puis, avant de l'installer sur le fauteuil, lui montre le miroir, le lui met en bouche, nouveau moment d'adaptation, puis, une fois assimilé, il lui montre la sonde qu'il va lui appliquer sur son ongle puis sur sa dent, encore un autre moment d'adaptation, et ainsi de suite jusqu'à l'installation de l'enfant sur le fauteuil. Il le laisse s'allonger, s'adapter et commence les soins toujours avec le même principe d'adaptation à chaque nouvelle étape³⁴.

1.2.3) Méthode TELL-SHOW-DO

La méthode TELL-SHOW-DO, ou « Expliquer, montrer, faire » en français, a été mise au point par Addleston, elle est devenue à la fois la technique la plus populaire pour contrôler le comportement des enfants mais aussi la préférée des parents^{2 75 116}.

Beaucoup d'enfants refusent de se faire soigner car ils ont peur des instruments utilisés. Le principe fondamental dans cette méthode est de consacrer du temps à expliquer et à montrer le déroulement de la séance. Il ne s'agit pas de cacher le matériel au jeune patient mais, bien au contraire, d'utiliser ses sens pour lui expliquer l'intérêt, le rôle et le fonctionnement de chaque instrument tout en lui prouvant qu'ils ne procurent pas de douleur. Pour la démonstration, il est parfois préférable de commencer sur un membre de la famille³⁴ :

- Dans un premier temps, on **explique** le rôle de chaque instrument avec un vocabulaire adapté à l'enfant et également imagé « Tiens, je vais te montrer le petit balai » pour parler de la turbine. Tous les sens de l'enfant doivent être sollicités, il doit regarder, toucher, manipuler, écouter et enfin sentir. L'olfaction est très importante car on ne lui apporte que peu d'intérêt, or, l'« odeur du dentiste » qui correspond notamment à l'odeur de l'eugénol est un facteur anxiogène⁶.

- Nous allons ensuite, sur sa main, sur celle d'un parent ou bien encore sur celle du praticien, sur un doudou ou sur une dent saine... **montrer** le fonctionnement de l'instrument pour lui prouver qu'il ne provoque pas de douleur. A titre d'exemple, on applique, sur son doigt, une fraise de contre angle à vitesse réduite pour lui montrer que « ça fait des chatouilles », ou bien, on utilise la sonde sur une dent saine pour qu'il constate que ça ne pique pas.

- Ensuite, après s'être assuré qu'il a bien compris et qu'il est coopérant, on commence à **réaliser** l'acte tout en continuant à lui expliquer chaque étape calmement.

Si une anesthésie a été réalisée, on peut lui laisser un miroir pour qu'il puisse voir son visage non déformé³⁴.

Cette méthode peut être réalisée avec n'importe quel patient, le praticien doit montrer tous ses talents de communication à la fois verbale et non verbale. Toutes les explications doivent se faire avec une voix calme et posée et les démonstrations se font avec douceur pour ne pas l'effrayer⁶.

1.3) La désensibilisation

La désensibilisation en dentisterie est une méthode qui va s'adresser plus particulièrement aux patients ayant une phobie voire une anxiété extrême des soins dentaires. Cette technique est la plus ancienne des thérapies comportementales. La désensibilisation dite systémique, proposée par Wolpe, est la plus connue et va pouvoir être adaptée au cabinet dentaire.

Au préalable, le patient va établir et hiérarchiser les différents items à l'origine de ses peurs puis, en s'aidant d'une technique de relaxation, le praticien va l'exposer progressivement à chacun de ses items de manière imagée ou réelle. Dans ce dernier cas, il est question de désensibilisation systématique *in vivo*^{34 85}. Le patient va donc, avec son praticien, au cours des séances, établir une liste de stimuli anxiogènes qui vont être classés de manière croissante en fonction de leur intensité. Cette intensité est subjective et la classification doit être améliorée par le patient à son domicile.

Pour l'utilisation de la relaxation, il est préférable d'utiliser la méthode de Jacobson (1980) adaptée à la méthode de Wolpe (1975). Cependant, d'autres techniques peuvent être utilisées comme la relaxation hypnotique ou les méthodes ventilatoires lorsque le patient n'arrive pas à se relaxer et à se détendre⁸⁵.

Avant de commencer le travail de désensibilisation, le chirurgien-dentiste doit s'assurer des capacités d'imagerie mentale de son patient. Si celui-ci n'est pas capable de faire preuve d'imagination alors l'exposition s'effectuera dans la réalité⁸⁵.

Les étapes de la séance⁸⁵ :

- Le patient commence par se relaxer.
- Lorsqu'il atteint un niveau suffisant de détente, le praticien évoque l'item le moins intense de manière très détaillée.
- L'évocation dure entre cinq à dix secondes et est entrecoupée par des pauses de relaxation.
- Le patient est évalué sur son niveau d'anxiété, lorsqu'il est trop intense, il le fait savoir en levant la main.
- Par séance, trois à cinq items pourront être évoqués.

On peut également adapter le principe de cette méthode dans les gestes courants de chirurgie-dentaire. On divise un geste potentiellement anxiogène en plusieurs stades qui sont hiérarchisés en fonction de leur intensité, cependant, nous ne passerons au stade supérieur qu'une fois l'angoisse du patient stabilisée. Le meilleur exemple est la phobie de la « piqûre ». On commence par appliquer le gel d'anesthésie de contact sur la main pour en montrer les effets. Lorsque le patient a surmonté son stress, on passe à une étape supérieure en appliquant, cette fois-ci, une goutte de solution anesthésique, à nouveau sur sa main, pour montrer que cela ne procure pas de douleur. Ensuite, l'anesthésie de contact va être appliquée sur la muqueuse, puis, la goutte d'anesthésie, la pré-injection et enfin l'injection de la dose principale³⁴.

1.4) Les techniques de modifications comportementales

1.4.1) Le renforcement

Le renforcement correspond aux mesures visant à augmenter un comportement souhaité ou inversement à faire disparaître un comportement indésirable. Il est qualifié de positif lorsque le praticien félicite et récompense l'enfant en raison de son attitude exemplaire pendant le soin. Il est qualifié de négatif quand le comportement du patient est réprimandé ou ignoré du chirurgien-dentiste²⁰.

Il est important d'encourager et de féliciter systématiquement toute bonne conduite, courage ou progrès provenant de l'enfant. Cela va susciter chez lui une sensation de fierté lui permettant de reconnaître qu'il a franchi une « étape », qu'il s'est comporté comme un « grand ». Il se sentira alors plus fort, ce qui va lui permettre de diminuer peu à peu ses craintes envers le chirurgien-dentiste et passer à des soins plus compliqués⁹³. Un geste, tel un sourire, un pouce relevé en signe de félicitation, une phrase (exemple : « Tu m'aides beaucoup, j'étais sûr que tu pouvais le faire »), suffit pour le féliciter ou l'encourager. Dans le cas où son comportement a été exemplaire, on peut le récompenser par un petit cadeau ou par un certificat de courage. Néanmoins, il est préférable de lui annoncer sa récompense qu'une fois la séance terminée en insistant sur son bon comportement plutôt que marchander : « si tu te laisses faire tu auras droit à un cadeau » ce qui a peu de chance d'aboutir^{20 34}. A l'inverse, le praticien doit ignorer ses comportements négatifs, ses stratagèmes qui ont pour seul but d'interrompre les soins, à moins que cela ne se transforme en manipulation : dans ce cas le praticien doit, de manière ferme, lui expliquer que les soins ne pourront être évités³⁴.

1.4.2) Le façonnement

Le façonnement est probablement la méthode non pharmacologique la plus utilisée et peut être considérée comme faisant intervenir à la fois le renforcement positif et le renforcement négatif dans le but d'obtenir le comportement final souhaité. Lorsqu'un enfant présente un comportement difficile au cabinet dentaire, le praticien, en le félicitant ou au contraire en le réprimandant, va progressivement l'amener à changer son attitude pour qu'elle devienne la plus adaptée à sa prise en charge. En d'autres termes, le praticien va « façonner » le comportement de l'enfant en lui donnant les lignes de conduite à suivre^{20 74}.

1.4.3) Le modelage

Encore appelé apprentissage par modèle, le modelage correspond à une méthode d'apprentissage par observation. L'enfant est alors préparé aux soins dentaires sans être réellement impliqué dans la situation mais plutôt en observant le bon déroulement d'une séance. Il regarde un « modèle » qui peut être réel (l'enfant regarde un autre enfant se faire soigner) ou bien présenté indirectement (l'enfant pouvant alors regarder une cassette vidéo, un livre...) ²⁰. Il semblerait que l'observation d'un jeune patient par un autre en train de se faire soigner constitue un moyen efficace à la préparation de sa prise en charge⁷¹.

Cette méthode est conseillée en prévention avant même que le patient ait consulté le chirurgien-dentiste. Il semblerait que la technique de modelage diminue le niveau d'anxiété aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, même si le modèle n'a pas le même âge que le sujet^{20 32}.

Il est intéressant d'installer une télévision dans la salle d'attente car elle va permettre de capter l'attention de l'enfant, on peut, par exemple, diffuser des dessins animés ou des documentaires expliquant le déroulement d'un rendez-vous.

1.4.4) La distraction

Le principe des moyens basés sur la distraction est de détourner l'attention de l'enfant vers des situations plus agréables. Ils peuvent être visuels, auditifs ou bien encore tactiles. L'objectif est de diminuer la sensation de désagrément et d'éviter les comportements négatifs ou d'évitements⁶.

Nous allons en citer quelques exemples :

Moyens visuels :

- Une télévision peut être installée au dessus du fauteuil et permettre à l'enfant de regarder une émission tout en se faisant soigner.
- On peut peindre le plafond de la salle de soin avec des motifs dans lesquels l'enfant va rechercher des formes.
- De même, une lampe installée à coté du fauteuil peut projeter au plafond des images, des formes, des oiseaux en mouvement...

Moyens auditifs :

- Nous pouvons utiliser de la musique d'ambiance et notamment des musiques adaptées à son âge telles que les comptines.
- L'enfant peut venir avec son lecteur audio et écouter la musique pour ne pas entendre le bruit des instruments, néanmoins toute communication va être interrompue. Pour éviter cela, nous utiliserons les bouchons filtrants (vu précédemment) qui seront reliés à de la musique.

Moyens tactiles : ils sont souvent associés à la vision.

- Toucher, manipuler et regarder le nounours du trousseau de clés.
- L'enfant pourra ramener son doudou qu'il cajolera pendant le soin.
- Il pourra tenir la main de son parent qui lui caresse la sienne, la chatouille...

La distraction peut être associée à une approche cognitivo-comportementale et à l'hypnose dans le but d'aider les enfants à réduire leurs peurs et la douleur.

1.5) Deux exemples de méthodes alternatives

1.5.1) L'hypnose

C'est une méthode qui nécessite une formation et elle peut être associée à une prise en charge pharmacologique ou non (anesthésie locale, MEOPA...) ¹¹¹. Ses origines remontent à 1766 où Mesmer utilisait alors le magnétisme. Il faudra attendre 1841 pour que Braid, chirurgien écossais, utilise véritablement le nom d'hypnose mais c'est Erickson, psychiatre américain, qui est à l'origine de l'hypnose que nous connaissons aujourd'hui.

1.5.1.1) Principe

L'hypnose ne correspond pas au sommeil, c'est un état de conscience modifié situé entre le sommeil et l'éveil. Elle peut être spontanée ou naturelle : survenant au cours d'une journée sans sollicitation par induction et correspond à un état de veille qui débute comme une rêverie ou lorsque l'individu commence à se « déconnecter » du monde qui l'entoure, il part dans ses pensées et n'entend plus les personnes parler autour de lui. Mais, elle peut être également induite par une autre personne, voire par soi-même (auto-induction). En effet, il est maintenant établi que chaque être humain présente une aptitude hypnotique sensible, à différents degrés, à des suggestions venues d'une autre personne. Cette dernière, appelée hypnotiseur, pourra alors lui proposer différents comportements ou attitudes formulés le plus souvent verbalement.

Sous l'effet de ces formulations, le sujet pourra atteindre un degré « d'abandon hypnotique » plus ou moins important en fonction de sa réceptivité. On considère qu'il existe trois stades : la transe légère, moyenne et profonde. De même, on reconnaît en général deux types d'induction hypnotique : informelle (ou conversationnelle) et formelle^{20 25}.

L'hypnose informelle ou conversationnelle :

Elle est la plus utilisée en dentisterie et prend peu de temps. En utilisant des suggestions simples, le praticien va créer un climat de détente nécessaire à l'établissement d'une relation efficace entre lui et le patient. Cela se déroule en quatre étapes²⁰ :

- On provoque un état de relaxation qui facilite la communication, diminue l'anxiété et augmente le seuil de la douleur et de la concentration.

- La deuxième étape correspond à la dissociation, l'intervention du chirurgien-dentiste est alors associée à des pensées positives et agréables.

- On suggère au patient d'adopter des comportements et des attitudes qui facilitent l'intervention, c'est la suggestion positive.

- Puis, on a recours à des moyens de distraction dont certains exemples ont été donnés précédemment dans le but de renforcer et maintenir la relaxation et la dissociation.

L'hypnose formelle :

Son mode d'application ne diffère pas sensiblement de l'hypnose informelle mais elle nécessite une transe plus profonde par l'utilisation de suggestions plus précises. Elle est notamment utilisée en chirurgie buccale mais elle est difficilement applicable, seuls vingt pour cent de la population auraient un seuil hypnotique suffisant pour l'atteindre²⁰.

Pour une prise en charge optimale par hypnose, le chirurgien-dentiste doit respecter certaines règles¹³⁹ :

- Capturer l'attention de l'enfant et la maintenir.
- Motiver son patient.
- Etablir et maintenir la relation de confiance.
- Utiliser des suggestions indirectes.
- Ne pas hésiter à utiliser certaines techniques de répétition.
- Utiliser l'imagination du patient.
- Associer une émotion à une suggestion (quand ce sera possible).
- Toujours rester positif.

Il semble que les enfants soient plus réceptifs aux suggestions hypnotiques que les adultes. En effet, ils présentent une imagination plus ouverte et plus vive et il est donc plus facile de les emmener dans un monde imaginaire qui les déconnectera de la réalité des soins. Néanmoins, comme nous l'avons vu dans la première partie, en fonction de leur âge, les enfants n'ont qu'une attention limitée, il faut donc utiliser avec eux des méthodes d'inductions plus captivantes voire plus excitantes. De même, ils présentent un goût plus prononcé pour le mouvement et l'activité, les techniques de relaxation devront donc être adaptées. Il faudra plutôt suggérer à l'enfant de s'imaginer en train de jouer avec ses amis dans un parc plutôt que de lui dire de fermer les yeux, ce qui sera probablement moins efficace. Enfin, des études ont montré que l'hypnose apporte un réel avantage avec une diminution des cris et des pleurs lors des soins quand elle est utilisée sur des enfants anxieux^{20 47 78}.

Cependant, Al-harasi (2010) souligne que les preuves montrant l'efficacité de l'hypnose sur l'enfant lors de la prise en charge bucco-dentaire ne sont pas encore suffisantes.

1.5.1.2) Formations de l'hypnose en France

L'apprentissage de l'hypnose peut se faire par des formations universitaires ou privées.

1.5.1.2.1) Formations universitaires

De nombreuses facultés proposent un diplôme universitaire d'hypnose médicale validé à l'issue d'un examen écrit et d'un mémoire. La formation est dispensée sur une année.

- Bordeaux : http://www.u-bordeaux2.fr/SUF02_71/0/fiche_formation
- Paris IV : <http://www.hypnose-medicale.com/diplome-universitaire-hypnose.html>
- Montpellier : http://www.imhem.fr/D_U_H_M.pdf
- Toulouse : <http://atnh.net/diplome.html>

1.5.1.2.2) Formations privées

Ces formations sont nombreuses et non reconnues par le ministère de la santé. Cependant, certaines sont agréées par le Conseil National de la Formation Continue Odontologique (CNFCO) :

- Celles dispensées par le Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapie Brèves (CFHTB).
- La formation de l'association Emergences consultable sur le site internet : <http://www.emergences-rennes.com/formations-hypnose/formation-hypnose-en-chirurgie-dentaire/>

- La formation de l'institut Français d'Hypnose (IFH) consultable sur le site internet :
<http://www.hypnose.fr/formations-hypnose/formation-hypnose-dentiste.htm>

Toutes ces formations, qu'elles soient universitaires ou privées, permettent aux professionnels qui le souhaitent de se former à l'hypnose afin de l'appliquer à leur cabinet dentaire.

1.5.2) Méthodes de relaxation

De nombreuses techniques de relaxation existent et celles exposées, ci-après, nécessitent une formation de la part du chirurgien-dentiste.

L'ensemble des techniques de relaxation peut être grossièrement divisé en deux groupes en fonction de leurs lignes directrices : le training autogène de Schultz et la relaxation progressive de Jacobson. Néanmoins, ces techniques ne sont pas aisément réalisables avec les enfants, c'est pourquoi, certains auteurs, tel que Wintrebert, ont présenté d'autres méthodes plus adaptées. Nous allons donc décrire brièvement les méthodes de Jacobson et de Schultz pour approfondir celle de Wintrebert qui paraît plus adaptée à l'enfant¹⁰⁸ :

La méthode de Schultz est la méthode de référence pour les techniques qui utilisent l'auto-concentration et l'autohypnose. Elle comporte deux cycles, à savoir un cycle inférieur et un cycle supérieur. Le cycle supérieur correspond à une méthode de psychothérapie profonde. Le cycle inférieur, quant à lui, correspond à l'apprentissage de la relaxation. Il est composé d'un ensemble d'exercices qui va amener à une déconnexion générale de l'organisme¹⁰⁸.

La relaxation progressive de Jacobson est, quant à elle, le modèle de référence de toutes les relaxations neuromusculaires dont la base est physiologique. Selon lui, en réduisant les tensions musculaires, on finit par diminuer l'anxiété. Le principe est de contracter puis relâcher les groupes musculaires participant à la motricité volontaire dans un ordre prédéterminé et de manière progressive. Lors de la contraction, le patient apprend à repérer les zones de tension puis, lors de la décontraction, il porte son attention sur les effets du relâchement. En répétant cet exercice, le patient approfondira les états de détente musculaire¹⁰⁸.

La méthode dite « activo-passive » de Wintrebert est une technique adaptée à l'enfant et permet au praticien de nouer un contact physique. Elle est basée sur des mouvements passifs des membres. La prise en charge s'effectue à raison d'une séance par semaine pendant un an minimum. Chaque séance se déroule en quatre phases, le patient est allongé et a les yeux fermés¹³⁶ :

- La première phase est dite de « mouvements passifs ». Le praticien mobilise chaque partie des membres de manière lente, répétée et monotone, de dix à cinquante fois, pour obtenir une disparition de toute résistance ou de participation active du jeune patient.

- La deuxième phase est la phase intermédiaire qui débute lorsque la détente globale est facilement obtenue par le mouvement passif. L'enfant a les yeux fermés, il est immobile et on laisse se prolonger cet état de relaxation quelques minutes. Pendant ce temps, le praticien indique, verbalement et par de légers contacts, les différentes parties du corps du jeune patient.

- La troisième est qualifiée de phase de « temps mort ». L'enfant va lui-même réaliser des mouvements avec un temps mort. On va lui demander de lever les différentes parties de ses membres pour ensuite les laisser tomber brutalement en insistant sur le relâchement musculaire après la chute. En parallèle de ces mouvements, lui sont proposés des exercices respiratoires.

- Durant la quatrième phase dite de « réadaptation des mouvements », on va associer les différents mouvements ou attitudes de la vie courante à ces états de relaxation.

Il est clair qu'au sein du cabinet dentaire, ces méthodes de relaxation sont difficilement applicables. Néanmoins, le praticien peut orienter son patient vers un psychothérapeute pour une prise en charge plus spécifique.

2) Les méthodes basées sur la contrainte

Il existe plusieurs méthodes plus ou moins contraignantes adressées essentiellement aux enfants qui présentent des problèmes comportementaux dans une situation de blocage et d'urgence. Elles restent fortement discutables et il est préférable, avant leur utilisation, d'informer les parents et d'obtenir leur consentement pour les plus persuasives. Il semblerait d'ailleurs que ces derniers soient de plus en plus favorables à la sédation ou à l'anesthésie générale au détriment de ces méthodes³⁶.

2.1) Le contrôle de la voix

Cette méthode est sans doute la plus académique des méthodes de contrainte. Bien qu'elle semble être l'une des « préférées » des parents, il est indispensable de les prévenir et de leur expliquer au préalable l'utilisation de cette technique¹¹⁶. Le principe est de parler à l'enfant en augmentant le ton de la voix tout en modifiant l'expression du visage pour en renforcer le mécontentement, ceci dans le but de lui faire comprendre que son attitude n'est pas convenable. Si l'enfant coopère, le chirurgien-dentiste radoucit à la fois sa voix et son visage.

L'objectif de cette technique est d'attirer l'attention de l'enfant afin d'éviter les comportements négatifs ou d'évitement et de rétablir le rôle de chacun dans la relation de soins.

Cette technique peut être utilisée chez tous les patients mais elle semble plus efficace avec les enfants potentiellement coopérants. Cependant, le praticien ne doit pas en abuser, surtout si l'enfant est jeune, handicapé, émotionnellement fragile ou craintif^{6 20 88}.

2.2) « Contingent escape »

Le principe de cette technique est simple et il semblerait qu'elle soit efficace pour gagner la coopération d'un enfant turbulent⁷¹.

Lorsque l'enfant présente une attitude positive, coopérative et qu'il souhaite marquer une pause, il se manifeste auprès du chirurgien-dentiste qui interrompt momentanément le soin. Une pause d'environ cinq secondes lui est alors accordée pour le récompenser de sa bonne conduite. A l'inverse, lorsque l'enfant présente un comportement turbulent et qu'il n'écoute pas les consignes du praticien, celui-ci retardera la pause jusqu'à ce qu'il devienne coopérant, les instruments restant alors en bouche ou à proximité.

Cette méthode a un double effet puisqu'elle encourage l'enfant à être moins perturbateur et à améliorer sa bonne conduite.

2.3) Le conditionnement négatif ou H.O.M.E

Cette technique, comme la suivante, sont des méthodes dont l'application est fortement discutable et qu'il est préférable de ne pas les appliquer.

La technique H.O.M.E ou «Hand Over the Mouth Exercise » a pour objectif de calmer l'attitude perturbatrice de l'enfant pour rétablir le dialogue. Il s'agit d'une forme de conditionnement qui repose sur l'effet négatif qu'il produit. Lorsque l'enfant présente un comportement perturbateur, le praticien va se placer derrière lui et va appliquer délicatement sa main sur sa bouche tout en évitant de lui obstruer les voies nasales. Le but étant de l'interrompre son comportement inacceptable et de permettre au praticien d'expliquer calmement ce qui ne va pas en s'approchant de son oreille. Il ne retire sa main que lorsqu'il constate un signe de coopération. Elle est réappliquée immédiatement si les comportements indésirables se reproduisent et ainsi de suite jusqu'à l'obtention d'une attitude convenable²⁰.

Le praticien ne doit pas se laisser aller à la colère, mais bien au contraire, garder son calme et ne pas montrer son impatience. Cette méthode demande une certaine technicité et ne doit pas être utilisée avec des enfants handicapés mentaux ou présentant des problèmes d'ordre respiratoire, à l'inverse, elle conviendrait à des enfants turbulents¹⁸.

2.4) La contrainte physique ou stabilisation

La méthode de stabilisation fait intervenir une personne ou un dispositif (placé autour de la poitrine par exemple) qui va utiliser la force pour empêcher les mouvements de l'enfant turbulent, ceci avec sa permission ou non, dans le but de réaliser les soins et d'éviter qu'il ne blesse le praticien, un membre du personnel, un de ses accompagnateurs ou lui-même. Cependant l'utilisation de cette technique agressive peut avoir des conséquences importantes dans la mesure où elle est susceptible de produire des dommages corporels ou psychologiques voire une perte de dignité et la violation de ses droits. Le chirurgien-dentiste doit au préalable examiner les antécédents médicaux du patient et s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication. Cette méthode de stabilisation ne peut être appliquée chez des patients ayant des antécédents médicaux comme de l'asthme, ou chez les enfants qui ont déjà connu des expériences traumatisantes de stabilisation⁶.

Cette technique peut être utilisée exceptionnellement mais nécessite le consentement des parents, la tenue d'un dossier qui précise le type de stabilisation utilisée et sa durée ainsi que les éléments qui ont amené au choix de cette technique⁶.

Cette méthode peut être utilisée :

- Lorsque le patient a besoin d'un diagnostic immédiat (lors d'une urgence) et ne peut pas coopérer par manque de maturation ou en raison d'un handicap mental ou physique.
- Si la sécurité du patient, du personnel ou des accompagnateurs est mise en danger sans stabilisateur.
- Sous sédation pour empêcher tout mouvement indésirable.

Conclusion

L'abandon des soins par le chirurgien-dentiste, lors de la prise en charge d'un enfant réfractaire aux soins, constitue pour lui un échec. Pourtant cette situation peut souvent être évitée.

Le refus de l'enfant résulte de multiples facteurs. Il est nécessaire, dans un premier temps, pour le praticien, d'en identifier la cause de manière fiable afin d'adapter son approche. L'analyse du comportement négatif du jeune patient passe par l'étude de sa personnalité, de son niveau d'anxiété ainsi que de sa sphère familiale et sociale.

L'attitude du praticien revêt une importance primordiale. Elle va lui permettre de nouer une relation de confiance mise en œuvre par la communication qui doit être à la fois verbale et non verbale, dans le but de parvenir à la réalisation des soins. Cette relation de confiance passe par une écoute attentive du patient, par une expression calme et posée ainsi que par l'empathie dont doit faire preuve le chirurgien-dentiste.

Cependant, des situations nécessitent la mise en place de méthodes dites cognitivo-comportementales telles que la désensibilisation, les techniques d'expositions et celles de modifications comportementales, les méthodes alternatives... Elles évitent ainsi le recours à la pharmacologie, au MEOPA et à l'anesthésie générale, mais certaines d'entre elles (l'hypnose par exemple) nécessitent une formation du personnel médical.

Enfin, le praticien peut adresser l'enfant à un confrère pédodontiste qui bénéficie d'une solide expérience dans la prise en charge de jeunes patients et ce afin de remédier aux cas les plus extrêmes sans remettre en question ses compétences professionnelles.

Le sourire est essentiel et celui de l'enfant sera le plus touchant. Cette thèse met en lumière l'un des objectifs principaux des praticiens médicaux : donner un soin par une approche tant physique que psychologique.

Ainsi, comme le disait Gandhi, « qu'importe que nous emprunions des itinéraires différents, pourvu que nous arrivions au même but ».

Références Bibliographiques

1. ACKLEY DC.

Dental Fear. Aren't you tired of it ?
Dent today 2003;**22**(2):96-102.

2. ADDELSTON HK.

Child patient training.
Rev Chicago Dent Soc 1959;**38**(7/9):27-29.

3. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE

Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aigüe en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. 2000.
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulenfrap2.pdf>

4. AITKEN RC.

Measurement of feelings using visual analogue scales.
Proc R Soc Med 1969;**62**(10):989-996.

5. AL-HARASI S, ASHLEY PF, MOLES DR et coll.

Hypnosis for children undergoing dental treatment
Cochrane Database Syst Rev 2010;(8):CD007154

6. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY.

Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient révisé en 2011.
Pediatr Dent 2005;**27**(7 Suppl):92-100.

7. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY.

Guideline on informed consent.
Pediatr Dent 2010;**32**(Spec Issue):268-271.

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. ARNRUP K, BROBERG AG, BERGGREN U et coll.**
Lack of cooperation in pediatric dentistry – the role of child personality characteristics.
Pediatr Dent 2002;**24**(2):119-128.
- 10. ARRETO CD, BRUNET-CANONNE A et FIORRETI F.**
Consulter en odontologie: la relation praticien patient. Volume 1.
Paris : CdP, 2006.
- 11. BAIER K, MILGROM P, RUSSELL S et coll.**
Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices.
Pediatr Dent 2004;**26**(4):316-321.
- 12. BAILLARGEON R, SPELKE ES et WASSERMAN S.**
Object permanence in five-month-old infants.
Cognition 1985;**20**:191-208.
- 13. BANKOLE OO, DENLOYE OO et ADERINOKUN GA.**
The effect of mothers past dental experience on the behaviour of some nigerian children during dental treatment.
Afr J Biomed Res 2004;**7**:113-118.
- 14. BERNARD V et DELASSUS S.**
fées et princes charmants.
Lille : Nil, 1996.
- 15. BETTELHEIM B.**
Psychanalyse des contes de fées.
Paris : Robert Laffont, 1976.
- 16. BIDEAU J, HOUDE O et PEDINIELLI JL.**
L'homme en développement.
Paris : PUF, 2011.
- 17. BÖGELS SM et BRECHMAN-TOUSSAINT ML.**
Family issues in child anxiety : Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs.
Clin Psychol Rev 2006;**26**:834-856.
- 18. BORIDY M, CHARLAND R et BOURASSA M.**
La peur de l'enfant au cabinet dentaire : un mal qui n'est pas sans remède.
J Dent Que 1991;**28**:265-270.

19. BOURASSA M.

Approche psychologique de l'enfant au cabinet dentaire.
Encycl Méd Chir (Paris), Odontologie, 23400 D¹⁰, 1991, **4**.

20. BOURASSA M.

Manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire.
Paris : Frison-Roche, 1998.

21. BRAM S.

Dracula.
Paris : Livre de poche, 2009.

22. BRASEY E.

La petite encyclopédie du merveilleux.
Paris : Le Pré aux Clercs, 2008.

23. BUCHANAN H et NIVEN N.

Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety.
Int J Paediatr Dent 2002;**12**(1):47-52.

24. CHARON J et JOACHIM F.

Service patient, service gagnant.
Paris : Cdp, 1995.

25. COLLOT E.

Hypnose et hypnothérapie.
Encycl Méd Chir (Paris), Psychiatrie, 37-820-B-50, 2002, **13**.

26. 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.

27. COSNIER J.

Communication non verbale et langage.
Psychol Méd 1977;**9**(11):2033-2049.

28. COSNIER J.

Psychologie des émotions et des sentiments.
Paris : Retz-Nathan, 1994.

29. CROMBEZ G, BIJTTEBIER P, ECCLESTON C et coll.

The Child version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-C): A preliminary validation.
Pain 2003;**104**(3):639–646.

30. CROSSLEY ML et JOSHI G.

An investigation of paediatric dentists' attitudes toward parental accompaniment and behavioural management techniques in the UK.
Br Dent J 2002;**192**(9):517-521.

31. DAJEAN-TRUTAUD S, FRAYSSE C et GUIHARD J.

Approche psychologique de l'enfant au cabinet dentaire.
Encycl Méd Chir (Paris), Odontologie, 23-400-D-10, 1998, **4**.

32. DO C.

Applying social learning theory to children with dental anxiety.
J Contemp Dent Pract 2004;**5**(1):126-135.

33. DOLTO F.

L'image inconscient du corps.
Paris : Seuil, 1984.

34. DROZ D.

Approche comportementale de l'enfant.
In : BERTHET A, DROZ D, MANIERE MC et coll, eds. Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant.
Paris : Quintessence International, 2006:27-43.

35. DUVERGER P et MALKA J.

Troubles anxieux et troubles de l'adaptation chez l'enfant et l'adolescent.
http://www.minkowska.com/article.php3?id_article=140

36. EATON JJ, MCTIGUE DJ, FIELDS HW, et coll.

Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry.
Pediatr Dent 2005;**27**(2):107-113.

37. ENYOUMA M, FALCON N, SOUBEYRAND P, et coll.

Nouveaux cahiers de l'infirmière : Sciences Humaines.
Paris : Masson, 1999.

38. FEIGAL RJ.

Guiding and managing the child dental patient: A fresh look at old pedagogy.
J Dent Educ 2001;**65**(12):1369-1377.

39. FENLON WL, DABBS AR et CURZON ME.

Parental presence during treatment of the child patient: a study with British parents.
Br Dent J 1993;**174**(1):23-28.

40. FRANKL NS, SHIERE FR et FOGELS HR.

Should the parent remain with the child in the dental operator?
J Dent Child 1962;**29**:150-163.

41. FREEMAN R.

Communicationg with children and parents: Recommendations for a child-parent-centred approach for paediatric dentistry.

Eur Arch Paediatr Dent 2008;**9**(1):16-22.

42. FREUD S.

Trois essais sur la théorie sexuelle.

Paris : Gallimard, 1987.

43. FRIEDMAN C et LYKE R.

Parent-Child-Dentist interactions for the 1990s.

Paediatr Dent 1996;**73**(8):20-25.

44. GALLAND F, DAJEAN-TRUTAUD S, GRAGNIC I et coll.

Je vais chez le dentiste... pourquoi? Volume 1.

Paris: Association Sparadrap, 2004.

45. GARNIER D.

Dictionnaire illustré des termes de médecine. 28^e ed.

Paris : Maloine, 2004.

46. GHASEM POUR M, HAHJI AHMADI M et POURYA VALI MR.

Dental experiments induced anxiety in 6-12 year old children and relative factors.

J Babol Univ Med Sci;2004:12-16.

47. GOKLI MA.

Hypnotic as an adjunct to the administration of local anesthetic in pediatric patients.

J Dent Child 1994;**61**(4):272-275.

48. GRIMM W et GRIMM J.

Contes.

Paris : Gallimard, 1973.

49. HARPER DC et D'ALESSANDRO DM.

The child's voice : understanding the contexts of children and families today.

Pediatric Dent 2004;**26**(2):114-120.

50. HAYES S et LYNCH PJ.

Au royaume des contes de fées. Traduit par M-J LAMORLETTE.

Paris : Librairie Gründ, 1993.

51. HAYEZ JY.

Ouvre ta bouche. Tu ne sentiras rien.

J Pédiatr Puéricult 2005;**18**:236-242.

52. HAYNAL A.

La crainte du chirurgien-dentiste.

In : PASINI W, HAYNAL A, eds. Manuel de psychologie odontologique.

Paris : Masson, 1992:97-106.

53. HOLMES RD et GIRDLER NM.

A study to assess the validity of clinical judgement in determining paediatric dental anxiety and related outcomes of management.

Int J Paediatr Dent 2005;**15**(3):169-176.

54. HOLST A, SCHRÖEDER U, EK L et coll.

Prediction of behavior management problems in children.

Scand J Dent Res 1988;**96**(5):457-465.

55. HOUDE O.

La psychologie de l'enfant.

Paris : Puf, 2009.

56. HURTIG M et RONDAL JA.

Introduction à la psychologie de l'enfant.

Bruxelles : Mardaga, 1981.

57. INGERSOLL BD.

Behavioral Aspects in Dentistry.

New York : Appleton-Century-Crofts, 1982.

58. INSTITUT CGJUNG FRANCE.

Les archétypes de l'inconscient collectif.

<http://www.cgjungfrance.com/article194.html>

59. INSTITUT CGJUNG FRANCE.

Le concept d'inconscient collectif.

<http://www.cgjungfrance.com/article194.html>

60. JACOBSON E.

Savoir relaxer pour combattre le stress.

Québec : Les Editions de l'Homme, 1980.

61. JAFARZADEH M, FATEMEH K, ZAHRA G et FORUZ K.

Reviewing the parental standpoint about origin of the dental fear in children referred to dentistry centers of Isfahan University of Medical Sciences.

IJNMR 2011;**16**(1):133-139.

62. JASMIN JR et COUTON-MAZET F.

Aspects psychologique de l'enfant au cabinet dentaire.

Encycl Méd Chir (Paris), Stomatologie, 23400 D¹⁰,1979, **11**.

63. JULAUD JJ.

L'histoire de France.

Paris : France Loisirs, 2005.

64. JUNE N, FOSTER M, MASTER S et coll.

British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on consent and the use of physical intervention in the dental care of children.

Int J Paediatr Dent 2008;**18**(Suppl. 1):39-46.

65. JUNG CG.

L'énergétique psychique.

Genève : Georg, 1973.

66. KELLMAN PJ et SPELKE ES.

Perception of partly occluded objects in infancy.

Cognit Psychol 1983;**15**:483-524.

67. KLINGBERG G, BERGGREN U, CARLSSON SG, et coll.

Child dental fear cause-related factors and clinical effects.

Eur J Oral Sci 1995;**103**(6):405-412.

68. KLINGBERG G et BROBERG AG.

Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents : a review of prevalence and concomitant psychological factors.
Int J Paediatr Dent 2007;**17**(6):391-406.

69. KOCH G et POULSEN S.

Pediatric dentistry : a clinical approach. Volume 1.
Copenhagen: Munksgaard, 2001.

70. KOSSLYN SM.

Image and mind.
Cambridge : Harvard University Press, 1980.

71. KUHN BR et ALLEN KD.

Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry : a behavioral science perspective.
Pediatr Dent 1994;**16**(1):13-17.

72. KYRITSI MA, DIMOU G et LYGIDAKIS NA.

Parental attitudes and perceptions affecting children's dental behaviour in Greek population. A clinical study.
Eur Arch Paediatr Dent 2009;**10**(1):29-32.

73. LAKI K, BESLOT-NEVEU A, WOLIKOW M et coll.

Présence des parents au cours des soins dentaires.
Arch Pédiatr 2010;**17**(11):1617-1624.

74. LAW CS et BLAIN S.

Approaching the pediatric dental patient: a review of non pharmacologic behavior management strategies.
J Calif Dent Assoc 2003;**31**(9):703-713.

75. LAWRENCE SM, Mc TIGUE DJ, WILSON S et coll.

Parental attitudes toward behavior management techniques used in pediatric dentistry.
Pediatric Dent 1991;**13**(3):151-155.

76. LEPINE JP et CHIGNON JM.

Sémiologie des troubles anxieux et phobiques.
Encycl Med Chir (Paris), Psychiatrie, 37-112-A-10, 1994, **13**.

77. LOCKER D, LIDDELL A, DEMPSTER L et SHAPIRO D.

Age of onset of dental anxiety.
J Dent Res 1999;**78**(3):790-796.

78. LONDON P et COOPER LM.

Norms of hypnotic susceptibility in children.
Develop Psychol 1969;**1**:113.

79. LOUX F.

Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle.
Paris : flammation, 1978:187-199.

80. LUQUET G.

Le dessin enfantin.
Paris : Alcan, 1927.

81. MAC TIGUE DJ.

Behaviour management of children
Dent Clin North Am 1984;**28**(1):81-93

82. MANARA F et SAPELLI P.

Aspects médico-psychologiques et psychiatriques en pédodontie.
In : PASINI W, HAYNAL A eds. Manuel de psychologie odontologique. Volume 1.
Paris : Masson, 1992:79-82.

83. MC DONALD RE, AVERY R et DEAN JA.

Dentistry for the child and adolescent. 8^e ed.
Saint-Louis : Mosby, 2004.

84. MELAMED BG, WEINSTEIN D, KATIN-BORLAND M et coll.

Reduction of fear-related dental management problems with use of filmed modeling.
J Am Dent Assoc 1975;**90**(4):822-826.

85. MIRABEL-SARRON C et VERA L.

Techniques de thérapies comportementales.
Encycl Med Chir (Paris), psychiatrie, 37-820-A-45, 2008.

86. MORAND JM.

Le problème de la peur.
Inf Dent 1980;**62**(19):1563-1568.

87. MURRAY L, DE ROSNAY M, PEARSON J et coll.

Intergenerational transmission of social anxiety: the role of social referencing processes in infancy.

Child Dev 2008;**79**(4):1049-1064.

88. NATHAN JE.

Managing behavior of precooperative children.

Dent Clin North Am 1995;**39**(4):789-816.

89. NEWTON JT, SHAH S, PATEL H et coll.

Non-pharmacological approaches to behaviour management in children.

Dent Update 2003;**30**(4):194-199.

90. ODIER A, MARCHAND C, LEGER P et GAGNAYRE R.

Highlighting emotions through concept mapping : an exploratory study of adolescent patients.

Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2010;**2**(2):139-147.

91. ORLY C.

Les dentistes préhistoriques utilisaient des « fraises»...en silex !

http://www.futura-sciences.com/fr/news/t/vie-1/d/les-dentistes-prehistoriques-utilisaient-des-fraises-en-silex_8643/

92. OSTERRIETH P.

L'étude du dessin enfantin.

In : H. GRATIOT-ALPHANDERY, R. ZAZZO, édés. Traité de psychologie de l'enfant.

Paris : PUF, 1976.

93. PASINI W et HAYNAL A.

Manuel de psychologie odontologique.

Paris : Masson, 1992.

94. PAU A, KHAN SS, BABAR MG et CROUCHER R.

Dental pain and care-seeking in 11-14-yr-old adolescents in a low-income country.

Eur J Oral Sci 2008;**116**(5):451-457.

95. PERETZ B, NAZARIAN Y et BIMSTEIN E.

Dental anxiety in a students' pediatric dental clinic: Children, parents and students.

Int J Paediatr Dent 2004;**14**(3):192-198.

96. PERRAULT C.

Les contes de PERRAULT, Le Petit Chaperon Rouge.
Strasbourg : Piccolia, 1993.

97. PIAGET J.

La naissance de l'intelligence chez l'enfant.
Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1936.

98. PIAGET J.

Six études de psychologie.
Saint-Armand : Folio, 1987.

99. PINKHAM JR.

Personality development. Managing behavior of the cooperative preschool child.
Dent Clin North Am 1995;**39**(4):771-787.

100. PINKHAM JR

Linguistic maturity as a determinant of child patient behavior in the dental office.
J Dent Child 1997;**64**(5):322-326.

101. PINOSA C, MARCHAND C, TUBIANA-RUFIN et coll.

The use of concept mapping to enlighten the knowledge networks of diabetic children : a pilot study.
Diabetes Metab 2004;**30**(6):527-534.

102. RIPA LW.

Maternal influence on children's behavior in the dental situation,
In : RIPA LW, BARENI JT. Management of dental behavior in children.
Baltimore : PSG, 1979:15-25.

103. ROZENCWEIG D.

Des clés pour réussir au cabinet dentaire.
Paris: Quintessence, 2000.

104. RUEL-KELLERMANN M.

La relation praticien-patient en odontologie.
Encycl Méd Chir (Paris), odontologie, 23840C¹⁰, 3-1989, 7.

105. SANS AUTEUR.

L'échelle visuelle analogique, 2007.
<http://www.antalvite.fr/pdf/echelles.pdf>

106. SANS AUTEUR.

Mapetitesouris.com, 2003.

http://www.mapetitesouris.com/la_petite_souris.htm

107. SANS AUTEUR.

Histoire de l'art dentaire de l'antiquité à l'époque contemporaine.

Bull Acad Natle Chir Dent, 2007.

http://www.academiedentaire.fr/attachments/0000/0101/Histoire_Art_Dentaire.pdf

108. SANS AUTEUR.

Méthodes de relaxation.

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie.

<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/POLY.Chp.1.html#ID-1>

109. SANS AUTEUR.

Dictionnaire de langue française Encyclopédie et Noms propres.

Paris : Hachette, 1987.

110. SANS AUTEUR.

« De la conception à l'adolescence »

Encycl Med Chir (Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-350-B-10, 2009.

111. 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.

112. SHELLER B.

Challenges of managing child behavior in the 21 st century dental setting.

Pediatr Dent 2004;**26**(2):111-113.

113. SHINOHARA S, NOMURA Y, SHINGYOUCHI K et coll.

Structural relationship of child behavior and its evaluation during dental treatment.

J Oral Sci 2005;**47**(2):91-96.

114. SKARET E.

Le patient anxieux des soins dentaires: un défi pour le praticien.

Real Clin 2004;**15**(4):303-310.

115. SPELKE ES.

Preferential looking methods as tools for the study of cognition in infancy

In : GOTTLIEB G, KRASNEGOR N, eds. Measurement of audition and vision in infancy.
New York : Ablex, 1986.

116. STEELMAN R.

Age and sex predilection of unmanageable Hispanic pediatric dental patients.

J Dent Child 1991;**58**(3):229-232.

117. TARDIEU C et DROZ D.

Comprendre et évaluer la douleur et l'anxiété.

In : BERTHET A, DROZ D, MANIERE MC et coll, eds. Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant.

Paris : Quintessence International, 2006:9-27.

118. TEN BERGE M, VEERKAMP JS et HOOGSTRATEN J.

The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences.

J Anxiety Disord 2002;**16**(3):321-329.

119. THOMAS J et WILLEM G.

Trouble de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant . Approche neurocognitive.
2^e ed.

Paris : Masson, 2001.

120. THOMAS N.

Psychomotricité : développement psychomoteur de l'enfant.

Université Pierre et Marie CURIE, 2002.

<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/devPSMenf.pdf>

121. TUUTTI H et LAHTI S.

Oral health status of children in relation to the dental anxiety of their parents.

J Pedod 1987;**11**(2):146-150.

122. VANTALON V, MOUREN MC, BANGE F et TOUZIN M.

L'hyperactivité de l'enfant.

Paris : John Libbey Eurotext, 2005.

123. VEERKAMP JS, GRUYTHUYSEN RJ, VAN AMERONGEN WE et coll.

Dental treatment of fearful children using nitrous oxide. Part 2: The parent's point of view.

ASDC J Dent Child 1992;**59**(2):115-119.

124. VEERKAMP JS, GRUYTHUYSEN RJ, VAN AMERONGEN WE et coll
Dental treatment of fearful children using nitrous oxide. Part 3: Anxiety during sequential visits
ASDC J Dent Child 1993;**60**(3):175-82

125. VENHAM LL, BENGSTON D et CIPES M.
Parent's presence and the child's response to dental stress.
ASDC J Dent Child 1978;**45**(3):213-217.

126. VENHAM LL et GAULIN-KREMER E.
A child-oriented philosophy of dental management.
Pediatr Dent 1983;**5**(4):261-265.

127. VENHAM LL, MURRA P et GAULIN-KREMER E.
Child-rearing variables affecting preschool child's response to dental stress.
J Dent Res 1979;**58**(11):2042-2045.

128. VERSLOOT J et CRAIG KD.
The communication of pain in paediatric dentistry.
Eur Arch Paediatr Dent 2009;**10**(2):61-66.

129. VERSLOOT J, VEERKAMP JSJ et HOOGSTRATEN J.
Children's self-reported pain at the dentist.
Pain 2008;**137**(2):389-394.

130. VIDAL F.
Regards sur l'histoire de l'art dentaire, de l'époque romaine à nos jours.
http://www.academiedentaire.fr/attachments/0000/0095/CH_VIDAL.pdf

131. VON BAEYER CL et SPAGRUD LJ.
Systematic review of observational (behavioural) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years.
Pain 2007;**127**(1/2):140-150.

132. WATERMAN AH, BLADES M et SPENCER C.
Do children answer nonsensical questions.
J Dev Psychol 2000;**18**(2):211-225.

133. WEINER E.
Dora chez le dentiste.
Paris : Albin Michel, 2006.

134. WEINSTEIN P, SMITH T et PACKER M.

Method for evaluating patient anxiety and the interpersonal effectiveness of dental personnel: an exploratory study.

J Dent Res 1971;**50**(5):1324-1326.

135. WIDMER R.

Implications of Child Development on the Practice of Oral Care.

Compend Contin Educ Dent 2002;**23**(3)(Suppl 2):4-9.

136. WINTREBERT H, MICHAUX L, LELORD G et LAUZEL JP.

La relaxation chez l'enfant par le mouvement passif.

Rev Neuropsychiatr Infant 1964;**12**(7/8):463-486.

137. WOLIKOW M et ADAM C.

Soigner l'enfant : une approche psychologique.

Réal Clin 2001;**12**(1)21-33.

138. WOLPE J.

Pratique de la thérapie comportementale.

Paris : Masson, 1975.

139. WRIGHT GZ.

Behavior Management in Dentistry for Children.

Philadelphie : WB saunders, 1975.

140. WRIGHT GZ, ALPERN GD et LEAKE JL.

The modifiability of maternal anxiety as it relates to children's cooperative dental behavior

J Dent Child 1973;**40**(4):265-271.

141. WRIGHT KD, STEWART SH, FINLEY GA et coll.

Prevention and intervention strategies to alleviate preoperative anxiety in children: a critical review.

Behav Modif 2007;**31**(1):52-79.

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Echelle de comportement de Frankl ⁴⁰	70
Tableau 2 : Echelle de VENHAM modifiée par VEERKAMP ¹²⁴	71
Tableau 3 : Exemple de vocabulaire imagé adapté à l'enfant ^{34 139}	87

Liste des figures

Figure 1 : Exemple de hall d'entrée (avec l'aimable autorisation de MAHE Jacques).....	60
Figure 2 : « DORA chez le dentiste » ¹³³	61
Figure 3 : Photographie d'un cabinet (avec l'aimable autorisation de MAHE Jacques).....	63
Figure 4 : Echelle visuelle analogique ¹⁰⁵	66
Figure 5 : Echelle de six visages : FPS-R ³	67
Figure 6 : Echelle verbale simplifiée ¹⁰⁵	68
Figure 7 : Echelle comportementale simplifiée ¹⁰⁵	68
Figure 8 : Présentation de l'échelle de douleur post-opératoire : Children's Hospital of eastern Ontario pain Scale (CHEOPS) ³	69
Figure 9 : Echelle des visages ²³	72



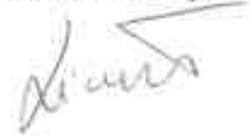
Le docteur Jacques NAHE, agissant en tant
qu'intervenant externe dans le cadre de l'insertion
professionnelle des étudiants en ingénierie dentaire.
Antaise, Nicolas Julien AHER, a publié dans sa
thèse de doctorat en ingénierie dentaire, les deux
reproductions photographiques ci-dessus.

Fait à Rennes le 5 novembre 2011.

A handwritten signature in black ink, which appears to be "J. Nahe". The signature is stylized and written in a cursive-like font.

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

Vu le Président du Jury,



Vu le Doyen,

O.LABOUX

Vu et Permis d'imprimer,

Le Président de l'Université,



	THESE N°
<p>AHIER Julien : Prise en charge psychologique de l'enfant réfractaire aux soins au cabinet dentaire - 117 f. ; ill. ; tabl. ; 141 ref. ; 30 cm. (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2011)</p>	
<p>Résumé de la thèse :</p> <p>Il n'est pas rare que le chirurgien-dentiste se trouve confronté à des enfants en refus de soins en raison de multiples facteurs tant personnels qu'environnementaux. Il peut alors naître un sentiment d'impuissance chez le praticien. Cela l'amène trop souvent à adresser l'enfant à un confrère ou à utiliser des méthodes pharmacologiques pour gérer la peur ou les comportements inadaptés au cabinet dentaire. Pourtant, certaines de ces situations peuvent être évitées par des moyens basés sur la communication permettant de comprendre et de surmonter les divers comportements non-coopérants, et d'instaurer un climat de confiance dans l'optique d'apaiser l'anxiété que peuvent susciter les soins dentaires. Ce travail recherche et analyse les causes de refus et expose différentes méthodes accessibles en cabinet dentaire permettant une prise en charge psychologique optimale de l'enfant et ainsi parvenir à des soins de qualité.</p>	
<p>Rubrique de classement : Odontologie</p>	
<p>Mots clés MeSH :</p> <p>Communication – Communication Comportement de l'enfant – Child Behavior Pédodontie – Pediatric dentistry Phobie des soins dentaires – Dental anxiety Psychologie de l'enfant – Child psychology Trouble des conduites – Conduct disorder</p>	
<p>Jury :</p> <p>Président : Madame le Professeur Brigitte ALLIOT-LICHT <u>Directeur</u> : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD Co-directeur : Madame le Docteur Françoise SCHEFFER Assesseur : Madame le Docteur Amélie ODIER</p>	