

UNIVERSITÉ DE NANTES

**UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE
D'ODONTOLOGIE**

Année 2005

Thèse n° 6

**La première consultation
en Odontologie Pédiatrique**

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

*Présentée
et soutenue publiquement par :*

GOURÉ Tony
Né le 3 Janvier 1978

Le 10 février 2005, devant le jury ci-dessous :

*Président : Madame le Professeur Christine FRAYSSÉ
Assesseurs : Monsieur le Professeur Alain JEAN
Madame le Docteur Séréna LOPEZ-CAZAUX*

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Introduction

Introduction

Accueillir et prendre en charge un enfant, qui vient pour la première fois, au cabinet dentaire n'est pas un acte facile. Tous les praticiens ne sont pas à l'aise face aux enfants. De plus, la communication à trois entre l'enfant, son accompagnant et le praticien peut s'avérer difficile.

Le premier rendez-vous est un passage obligé pour chaque enfant et donc chaque futur patient adulte. Cette consultation s'avère capitale pour le développement des attitudes et comportements futurs au cabinet dentaire, et notamment lors des séances suivantes. Elle va également forger l'opinion du patient sur le monde dentaire. Une anxiété, une peur voire une phobie peut naître d'un problème survenu lors du premier rendez-vous. La première consultation ne peut rien promettre mais peut tout compromettre.

Le but de ce travail n'est pas de donner un "mode d'emploi" pour réussir systématiquement le premier rendez-vous, mais plutôt une invitation à réfléchir sur les moyens d'appréhender l'enfant au cabinet dentaire.

Cette étude du premier rendez-vous en odontologie pédiatrique se divisera en trois parties. Dans un premier temps, les particularités de l'enfant et de l'adolescent au cabinet dentaire vont être développées. La seconde partie va traiter de la rencontre déterminante entre les différents protagonistes et les divers éléments pouvant l'influencer. Enfin, nous aborderons la consultation sous un aspect plus clinique.

Le cas particulier de la première consultation en urgence a volontairement été écarté car il implique la réalisation d'un acte immédiat, souvent dans un contexte de vive douleur ce qui fausse ce premier contact et l'approche psychologique en est de ce fait bien différente.

I L'enfant et l'adolescent au cabinet dentaire

I L'enfant et l'adolescent au cabinet dentaire

La première consultation commence pour chaque enfant par la découverte d'un milieu inquiétant. D'une part, cet univers est encore trop souvent dépeint comme un lieu de douleur et de souffrance. D'autre part, il arrive dans un environnement qui lui est totalement inconnu, ce qui peut décupler son anxiété.

Chaque enfant est unique, le praticien doit donc s'adapter à chaque nouveau petit patient. Le développement psychologique et les différents types de comportements de l'enfant, tels que nous les développerons, sont un point de départ important, pour le praticien, lors de la toute première consultation.

I.1 Développement psychologique de l'enfant

Il est important pour le chirurgien-dentiste de connaître les différentes étapes du développement psychologique de l'enfant. Ses intérêts, ses possibilités intellectuelles et ses dépendances varient en fonction de son âge et de sa maturité. Le praticien doit en tenir compte pour ne pas brusquer l'enfant, ne pas lui demander plus que ce qu'il est capable de faire. Selon BOURASSA (1998), le fondement de la relation entre le patient et le praticien est : connaître pour comprendre.

I.1.1 La petite enfance

I.1.1.1 Définition

La petite enfance correspond aux 2 premières années de la vie.

Pour FREUD, c'est la période du stade oral.

En effet, c'est par la zone bucco-labiale que l'enfant fait sa propre expérience du monde qui l'entoure. Il porte à sa bouche tout ce qui se présente pour apprendre à connaître les objets de son environnement proche.

Cette zone est le premier organe de communication. L'expression des joies et des peines est représentée par différentes mimiques.

La région bucco-labiale est qualifiée de zone érogène, car à cet âge tous les plaisirs, intérêts et besoins vitaux passent par là. (THERY-HUGLY, 1995)

Cette période est caractérisée par une grande dépendance aux parents, et plus particulièrement à la mère. Le bébé craint d'être séparé d'elle, on appelle ce phénomène : "l'angoisse de séparation". Il naît de l'existence d'un conflit entre son désir d'être toujours au contact de sa mère, et la réalité qui tend à l'en priver. (THERY-HUGLY, 1995; WOLIKOW et ADAM, 2001)

Dès 1 an, apparaît le désir d'explorer l'environnement et ainsi se dessine une indépendance nouvelle par rapport à la mère. L'enfant améliore ses activités motrices et sensorielles afin de connaître ce monde dans lequel il évolue. L'acquisition de la marche est un atout important dans cette perspective. (THERY-HUGLY, 1995; WOLIKOW et ADAM, 2001)

A cet âge, l'enfant présente une capacité de concentration limitée. S'il s'avère relativement aisé de capter son attention, il semble également très facile de la perdre. (MAGNUSSON et coll., 1998; ANASTASIO, 2000)

La maîtrise du langage n'étant pas encore acquise, on ne peut établir de véritable communication verbale. Il manifeste ses émotions de façon intense sous forme de crises de colères, par exemple. Les pleurs sont plus souvent le signe d'un inconfort que la traduction de véritables peurs. (THERY-HUGLY, 1995; WOLIKOW et ADAM, 2001)

I.1.1.2 Conséquences au cabinet dentaire

Le praticien doit se souvenir de ces éléments pour adapter son comportement à la situation.

Dans la mesure du possible l'enfant en bas âge ne doit pas être séparé de sa mère lors de la consultation. Celle-ci peut s'installer sur le fauteuil et prendre l'enfant sur elle, ne le privant ainsi pas de ce contact si fondamental pour lui. S'il est vraiment très jeune, mère et praticien peuvent se placer face à face, genoux en contact, et installer le jeune patient sur leurs cuisses. La présence de la mère n'est tolérée que dans la mesure où elle ne nuit pas à la qualité de la communication entre le patient et le praticien. (FORTIER, 1987; BOURASSA, 1998; WOLIKOW et ADAM, 2001)

Le principal obstacle rencontré à cet âge est l'imaturité présentée par ce patient. Il ne peut pas comprendre l'intérêt de la réalisation des soins. Il ne sait pas pourquoi il se trouve au cabinet et peut donc ressentir cette expérience comme une agression ou une effraction de son intimité. Nous nous trouvons en effet devant un enfant plongé dans un monde d'adultes qu'il ne comprend pas, face à un étranger et dans un local inconnu. (THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

L'enfant a besoin de s'imprégner de l'atmosphère du cabinet. L'opérateur présente donc les instruments de façon simple, afin de dédramatiser la situation. Le patient peut ainsi les toucher, écouter leur bruit

Si l'enfant possède des jouets, une couverture ou tout autre objet familier qu'il souhaite garder près de lui pendant la consultation, les parents peuvent les apporter. (BOURASSA, 1991)

Les difficultés de communication de l'enfant de moins de 2 ans ne permettent pas à la communication verbale de fonctionner comme avec les autres patients. La communication non verbale est alors un secours précieux. Elle se compose de gestes, regards, mimiques, attitudes, postures..., qui doivent être en adéquation avec la qualité de l'accueil de l'équipe soignante, l'atmosphère générale du cabinet. C'est cet ensemble qui permet d'établir une certaine communication avec le très jeune patient. (MAGNUSSON et coll., 1998)

D'une manière générale, il faut tenir compte de la capacité de concentration limitée de l'enfant et prévoir des rendez-vous relativement courts.

Des félicitations pour un comportement positif de l'enfant sont les bienvenus même si la consultation s'est avérée difficile à diriger. Les attitudes peu coopérantes et autres aspects négatifs doivent être passés sous silence. (PASINI et HAYNAL, 1992; MAGNUSSON et coll., 1998)

Durant la totalité de la visite, il ne faut jamais oublier que cet enfant est plongé dans un milieu qui lui est inconnu, qu'il peut avoir peur et qu'il dispose de moyens de communication limités. (THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

Nous devons donc lui montrer de l'intérêt et ne jamais oublier cette règle générale de conduite, énoncée par THERY-HUGLY (1995) :

“DOUCEUR, FERMETE et PATIENCE”.

I.1.2 La seconde enfance

I.1.2.1 Définition

La seconde enfance est la période comprise entre l'âge de 2 et 6 ans, on l'appelle aussi période préscolaire. (THERY-HUGLY, 1995; WOLIKOW et ADAM, 2001)

Cette période est constituée, selon FREUD, par le stade anal puis phallique.

– de 2 à 3 ans

L'enfant commence à affirmer son besoin d'indépendance. Il arrive désormais à contrôler ses sphincters, il s'agit du stade anal. En outre, il découvre petit à petit son pouvoir sur les gens et les objets qui l'entourent. Il maîtrise aussi, de mieux en mieux, ses mouvements. Cette période est caractérisée par la diminution de l'angoisse de séparation, l'enfant reporte alors son affection sur des objets de substitution comme

l'ours en peluche. (THERY-HUGLY, 1995; THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998; WOLIKOW et ADAM, 2001)

Il élabore son pouvoir dominateur : c'est l'apparition du "non". Il réalise également, à cette période, qu'il constitue une véritable entité par rapport au monde extérieur, c'est l'apparition du "je". Ces phénomènes ont pour conséquence la naissance d'une période d'égoïsme face auquel aucun raisonnement ne peut agir. Une phase d'affirmation vigoureuse et d'opposition d'un moi est en train de se construire. (THERY-HUGLY, 1995; WOLIKOW et ADAM, 2001)

Cette époque est marquée par le début de la mise en place de la fonction symbolique. L'enfant vit dans un monde enchanté et imaginaire, qu'il a encore du mal à dissocier du monde réel. (WOLIKOW et ADAM, 2001)

Le processus d'acquisition du langage est engagé et l'enfant réalise de véritables progrès. Notons, tout de même, qu'il existe de grandes disparités entre les enfants. (WOLIKOW et ADAM, 2001)

– de 4 à 6 ans

C'est l'entrée dans le stade phallique, selon FREUD, et l'apparition de la situation Oedipienne.

Durant cette période, l'enfant amorce une prise de conscience de la différence entre les sexes. Il va s'identifier au parent de même sexe et exercer son pouvoir de séduction sur le parent de sexe opposé et éventuellement sur son praticien. (THERY-HUGLY, 1995)

C'est à ce stade qu'il devient véritablement fasciné par le monde des histoires et des contes fantastiques. (THERY-HUGLY, 1995)

Il est très fier de faire de nouvelles expériences et a le désir de participer, de jouer un véritable rôle dans la vie en société. Cet enfant est inventif, curieux, réfléchi. Il est mentalement et physiquement très actif. Il devient très sensible à la flatterie et présente un degré de fierté important. (MAGNUSSON et coll., 1998)

La communication verbale devient plus aisée par l'acquisition du langage. Cet enfant veut tout comprendre, c'est l'âge des pourquoi et des comment. Il présente de plus un véritable désir de parler et de communiquer, le langage doit cependant rester simple pour être efficace. C'est aussi le début de la socialisation, avec l'entrée à l'école. (MAGNUSSON et coll., 1998; ANASTASIO, 2000; WOLIKOW et ADAM, 2001)

L'enfant peut comprendre certains raisonnements simples. Il peut concevoir qu'une frustration peut être transitoire et promettre ensuite des compensations ultérieures, ou qu'une satisfaction peut être retardée sans pour autant être supprimée. (THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998; WOLIKOW et ADAM, 2001)

L'enfant reste malgré tout attaché à ses autres sens, il a toujours besoin de toucher, sentir, observer, entendre les bruits.

I.1.2.2 Conséquences au cabinet dentaire

Si l'enfant est influencé avant le premier rendez-vous par ce qu'il peut entendre à la maison ou à l'école, il semble possible également de le conditionner favorablement. Assister aux soins de ses frères et sœurs, si les séances se déroulent bien, peut avoir un effet bénéfique sur son comportement futur. (MAGNUSSON et coll., 1998)

Si nous pouvons nous appuyer sur un raisonnement prélogique pour lui expliquer ce que nous allons faire, lui expliquer qu'un moment désagréable est incontournable pour ne plus avoir mal ensuite, nous ne devons jamais lui mentir, pour conserver sa confiance. (WOLIKOW et ADAM, 2001)

Le praticien peut également flatter l'enfant, le complimenter sur son attitude, ses jolis vêtements..., ceci aura un impact plus important que pour les plus jeunes enfants. (MAGNUSSON et coll., 1998)

Laisser l'enfant s'approprier les éléments du cabinet, en le laissant toucher, regarder, sentir tous ces éléments nouveaux pour lui, est plus rassurant que n'importe quel discours. En effet, la communication verbale, si importante soit elle pour lui, ne constitue encore qu'une petite partie de son arsenal communicatif. (COURSON et LANDRU, 2001; WOLIKOW et ADAM, 2001)

Lui présenter cette consultation comme une nouvelle aventure dans laquelle il serait un héros, peut l'intéresser et le faire se sentir dans un milieu moins hostile. Employer des images de référence de la vie quotidienne lui permettra également de mieux comprendre et d'avoir moins peur des outils du cabinet (ex : l'aspirateur de maman pour dépeindre l'aspiration). (WOLIKOW et ADAM, 2001)

La relation personnelle doit être valorisée à cette période : si au bout de quelques rendez-vous, l'enfant parvient à se passer de ses parents alors de la fierté naîtra de son sentiment d'indépendance vis à vis d'eux. Mieux encore, cela signifiera qu'il a réussi à créer une relation avec un adulte autre que ceux qu'il fréquente habituellement. C'est une incursion dans le monde des adultes qui ne peut que renforcer un sentiment qu'il découvre : la confiance en lui. (FORTIER, 1987)

L'enfant peut naturellement apporter ses objets de substitution de l'affection parentale pendant la consultation pour limiter les effets de l'angoisse de séparation. S'il désire la présence de sa mère, rien ne s'y oppose, pourvu qu'elle ne nuise pas à la communication entre l'enfant et le praticien. (THERY-HUGLY, 1995)

La règle générale de conduite pour cette catégorie d'âge est :

“DOUCEUR et FERMETÉ”. (THERY-HUGLY, 1995)

I.1.3 La grande enfance

I.1.3.1 Définition

Il s'agit de la période allant de 6 ans à l'adolescence : c'est l'âge pré pubertaire.

Selon FREUD, c'est une période de latence pendant laquelle l'enfant va acquérir les armes pour faire face à des situations extraordinaires, pouvant présenter un quelconque danger. Cette époque est en effet située entre deux véritables tempêtes : petite-seconde enfance et adolescence. (FREUD, 1978; BOURASSA, 1998; WOLIKOW et ADAM, 2001)

Le comportement de l'enfant est dominé par un désir d'indépendance et d'autonomie, vis à vis de sa famille et plus particulièrement de ses parents. (BOURASSA, 1998; WOLIKOW et ADAM, 2001)

– de 6 à 9 ans

Vers 6 ans l'enfant demeure quelque peu inconstant et instable. Il est dans un état de tension et d'indécision permanent. Nous observons chez lui une attitude théâtrale, pouvant passer du rire aux larmes en un bref instant. Toujours avide de nouvelles expériences, il présente une curiosité de plus en plus développée. Il est très tonique et a du mal à rester longtemps en place. (THERY-HUGLY, 1995; BOURASSA, 1998)

Cet âge est dominé par un grand besoin de socialisation, elle-même générée par l'entrée à l'école. (BOURASSA, 1998)

A 7 ans l'enfant entre dans "l'âge de raison". Il est alors plus réceptif à ce qui lui est dit, il est aussi plus stable. Il assimile rapidement et comprend beaucoup plus de choses, on peut alors véritablement faire appel à la logique dans notre discours. Pour lui, c'est un processus complexe d'acquisition de connaissances et d'expérimentation de la réalité qui s'engage. (BOURASSA, 1998; THERY-HUGLY, 1995)

Entre 8 et 9 ans, l'enfant prend conscience de son statut et de ses droits. Il commence à revendiquer des égards et des responsabilités. C'est un âge où il discute beaucoup et peut présenter un esprit de contradiction mais il comprend et peut respecter les règles fixées par les adultes. Ses capacités à évoluer et à coopérer dans une équipe deviennent alors intéressantes. (BOURASSA, 1998; THERY-HUGLY, 1995)

– de 9 à 12 ans

L'enfant possède la maîtrise de ses réactions émotionnelles. Il devient beaucoup plus stable au niveau comportemental. C'est un patient plus facile. (THERY-HUGLY, 1995)

Vers 10 ans, l'enfant prend conscience de l'importance de certaines notions : ordre, discipline, organisation, il a le sens de la justice. (THERY-HUGLY, 1995)

Vers 11-12 ans, débute une période difficile : la préadolescence.

Nous pouvons parfois observer une certaine régression dans les rapports avec les adultes. L'enfant peut se recroqueviller sur lui-même, se renfermer. Il commence à se rebeller, à s'opposer au milieu familial. (THERY-HUGLY, 1995; BOURASSA, 1998)

Il devient de plus en plus sensible à l'esthétique. (THERY-HUGLY, 1995)

I.1.3.2 Conséquences au cabinet dentaire

A cette période, il est impératif de respecter le désir d'indépendance de l'enfant. Il faut l'amener à participer activement aux soins en laissant, par exemple, après quelques rendez-vous ou lorsque le patient se sent prêt, les parents dans la salle d'attente. (FORTIER, 1987; WOLIKOW et ADAM, 2001)

Il faut quand même veiller à ce que ce désir d'indépendance ne se transforme pas en indiscipline. Les parents et les patients attendent de leur praticien une certaine directivité voire même, une certaine autorité. C'est bien évidemment au chirurgien-dentiste de fixer les règles et les limites... et au patient de s'y plier. (THERY-HUGLY, 1995; WOLIKOW et ADAM, 2001)

Nous devons également, dans la mesure du possible, essayer de tirer parti de la grande curiosité de ces enfants, tout particulièrement de leur intérêt pour la nature et les sciences (c'est en effet l'âge des jeux de vulgarisation scientifique). Leurs peurs sont désormais accessibles à un discours logique qu'il faut employer régulièrement. (BOURASSA, 1998; WOLIKOW et ADAM, 2001)

Pour les enfants en période de préadolescence, le praticien doit se montrer particulièrement prudent tout en prenant l'initiative de la communication et en suscitant l'échange. (BOURASSA, 1998)

Toujours selon THERY-HUGLY (1995), la règle générale de conduite à tenir pour cette catégorie d'âge est :

“BIENVEILLANCE et FERMETE”.

I.1.4 L'adolescence

I.1.4.1 Définition

Entre 13 et 18 ans, l'individu appartient au stade génital, selon FREUD.

C'est une transition entre deux mondes, celui de l'enfant et celui de l'adulte. Cette période est le théâtre de changements aussi bien physiologiques que morphologiques pouvant créer chez l'adolescent une sorte de malaise face à l'image de son propre corps. (THERY-HUGLY, 1995; THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

Le développement de cet individu passe par un seul concept : sa personne. L'adolescent est en quête de sa propre identité et va, pour cela, rechercher des modèles d'identification chez les adultes qu'il rencontre. (BOURASSA, 1998)

La plupart du temps il est prêt à coopérer, mais parfois le refus de soins ou une hygiène défectueuse sont le signe d'une opposition au monde adulte et plus particulièrement aux autorités familiales et sociales. L'adolescence est, en effet, marquée par un paradoxe très fort : s'opposer à un monde dans lequel on tente de s'intégrer. (BOURASSA, 1998; THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

Ce "passage" est plus ou moins facile à négocier et souvent, cette période est marquée par une forte détresse.

La règle générale de conduite pour l'adolescent est :

“CONSIDERATION mais FERMETE”.

(THERY-HUGLY, 1995; THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

I.1.4.2 Conséquences au cabinet dentaire

Ce paradoxe permet d'apprécier les différents types de comportement rencontrés au cabinet dentaire. Certains adolescents, désireux de s'identifier au monde des adultes qu'ils souhaitent, avant tout, intégrer, sont plutôt coopérants. D'autres, voient le chirurgien-dentiste comme le représentant d'une autorité à laquelle ils ne veulent plus se soumettre. (RUEL-KELLERMAN, 1989; BOURASSA, 1998)

Avec l'établissement de sa propre personnalité et la meilleure compréhension des relations humaines, l'adolescent devient plus sensible aux notions de prévention et d'implication dans ses traitements.

Le dialogue est alors primordial pour l'amener à s'affirmer, à identifier ses désirs, et à s'exprimer. Il est parfois nécessaire d'imposer le vouvoiement. Cela passe également par l'adaptation du planning de ses rendez-vous à son emploi du temps. Ainsi, nous luttons contre des comportements passifs voire agressifs de ces patients. Nous ferons cependant attention de respecter les règles de rigueur au cabinet dentaire et les exigences du traitement. (THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

Il faut garder à l'esprit que ces patients peuvent être très sensibles voire susceptibles et qu'il faut donc leur témoigner, dans tous les cas, du respect. (RUEL-KELLERMAN, 1989)

I.2 Différents types de comportement de l'enfant

Il paraît difficile de vouloir créer une classification des caractères et comportements identifiables chez l'enfant. Toutefois, l'observation de certains traits dominants dans ces comportements, peut conduire à des regroupements.

TANDONNET (1983), pense que l'attitude du praticien influence la conduite de l'enfant au cours de la consultation.

Enfin, l'attitude de la mère vis-à-vis de son enfant et de son éducation est fondamentale dans l'évolution des rapports entre l'enfant et son praticien. (WOLIKOW et ADAM, 2001)

Pour THERY-HUGLY et coll. (1998), le chirurgien-dentiste doit tenir compte, non seulement de l'âge, mais aussi des composantes caractérielles de son petit patient.

I.2.1 L'enfant coopérant

Il s'agit fort heureusement de la majorité des enfants. Ce sont des patients qui arrivent à contrôler leur comportement grâce à des efforts de volonté. Ils essaient de faire comme "les grands" à qui ils veulent ressembler.

Ces enfants ne posent pas de problèmes lors des consultations ni lors des soins, car ils font totalement confiance au chirurgien-dentiste et à son travail. (PASINI et HAYNAL, 1992; ROSENBERG, 2001)

I.2.2 L'enfant anxieux, peureux, craintif

Cet enfant a une attitude bien particulière, se réfugiant dans les bras de l'accompagnant. Il vient avec son doudou, ou son objet préféré, dont il ne se sépare sous aucun prétexte (même à un âge avancé). Il a tendance à se replier sur lui-même, capter son regard devient difficile. (ROSENBERG, 2001)

Ces enfants peuvent continuellement poser des questions, ils pleurnichent parfois. (PASINI et HAYNAL, 1992)

Lorsque l'enfant semble très attaché à sa mère, la présence de celle-ci est indispensable au cours des premiers rendez-vous. Avant de lui proposer de passer un rendez-vous sans elle, il faudra être certain qu'il sera capable d'assumer cet état de fait. (PASINI et HAYNAL, 1992)

Une mère dominante, prenant tout en charge à la maison et minimisant les prises d'initiatives de son enfant peut faire de lui un être soumis, timide, anxieux et rapidement déstabilisé par toute nouvelle expérience. Il aura peur de s'éloigner de l'autorité maternelle. (WOLIKOW et ADAM, 2001)

Il s'agit alors de le rassurer tout en réussissant à l'appivoiser. (ROSENBERG, 2001)

I.2.3 L'enfant timide, hyperémotif

L'enfant timide peut avoir un comportement positif si on arrive à gagner sa confiance. Il peut s'opposer à toute tentative de séparation d'avec son accompagnant. Assurer une prise en charge correcte de cet état enrayer la bascule vers une attitude totalement incontrôlée. L'attitude timide doit être dépistée, pour différencier un enfant coopérant d'un enfant timide mais tolérant le soin. Eviter que l'enfant subisse le soin, tout en cultivant en secret une véritable aversion pour le chirurgien-dentiste et tout ce qui l'entoure, doit être le principal souci d'un bon praticien. (TANDONNET, 1983; ROSENBERG, 2001)

Parfois, les mères sont très autoritaires et ont tendance à dévaloriser leur enfant. Ce sont des enfants soumis, qui ont l'impression de ne jamais être à la hauteur. Ils nourriront donc un certain ressentiment vis-à-vis des adultes. (WOLIKOW et ADAM, 2001)

Lorsque c'est le manque d'affection de leurs mères qui rend ces enfants peu sûrs d'eux-mêmes, ce manque d'assurance se reporte également sur les adultes car ils n'ont que trop peu d'expériences affectives positives avec eux. (WOLIKOW et ADAM, 2001)

C'est donc au praticien de tenter de gagner l'estime de cet enfant en essayant de lui donner confiance en lui et en valorisant l'image qu'il se fait de lui-même.

Les enfants hyperémotifs peuvent avoir une attitude incontrôlée. Il s'agit souvent de très jeunes patients, à l'occasion de leur première consultation. Nous pouvons observer des cris, des pleurs ou toute autre manifestation de crainte. Ils ont souvent un comportement imprévisible et il n'est pas rare de devoir interrompre la consultation pendant un soin. (TANDONNET, 1983; PASINI et HAYNAL, 1992)

Ces enfants peuvent se montrer réfractaires à tout ce qui est dit. La communication non verbale prend alors toute son importance et le contact d'une main placée sur leur ventre peut suffire à les calmer. (TANDONNET, 1983)

I.2.4 L'enfant agressif, perturbé

Ces enfants affrontent, constamment, le monde dans lequel ils vivent. Nous percevons de l'agressivité dans leurs paroles, leurs comportements et ils s'opposent souvent aux soins. Ils défient l'autorité de l'adulte. L'agressivité va de paire avec une attitude provocante. (ROSENBERG, 2001)

Si l'attitude de leur mère est le rejet, le sentiment d'abandon qui en découle leur ferait faire n'importe quoi pour se faire remarquer par un adulte. Ils n'ont en effet qu'une expérience négative de liens affectifs avec un adulte. (WOLIKOW et ADAM, 2001)

Ces enfants font, malgré tout, preuve d'un certain courage pour s'opposer à l'adulte. C'est cet aspect de leur caractère qu'il faut exploiter pour obtenir une bonne coopération. Il existe deux façons de les aborder au cabinet : en tentant de leur faire comprendre que le cabinet n'est pas l'exutoire de leurs problèmes ou en employant des méthodes plus autoritaires afin d'exercer sur eux un contrôle, stoppant dès le début, leur mauvais comportement. (TANDONNET, 1983; ROSENBERG, 2001)

I.2.5 L'enfant gâté, rebelle

Chez lui, cet enfant a l'habitude de décider de tout et de ne faire que ce qui lui plaît. Il en est de même au cabinet, où celui-ci se sent en terre conquise, il touche à tout, répond à tout ce que l'on peut lui dire. Il veut contrôler le déroulement du soin et peut décider de l'opportunité ou non de celui-ci. Habitué à ce qu'on lui cède, il peut se montrer impoli, irrespectueux, effronté et insolent. (PASINI et HAYNAL, 1992; ROSENBERG, 2001)

La mère est souvent de type sur-indulgente, et laisse son enfant tout contrôler à la maison. Quand une situation échappe à son contrôle, il réagit par de violentes colères. (WOLIKOW et ADAM, 2001)

Face à ce type de comportement, le praticien se doit de poser rapidement des limites et des règles de conduite à respecter. Il doit rester le plus exigeant possible pendant la consultation et montrer qui dirige, pour repousser les éventuelles incartades. (ROSENBERG, 2001)

I.2.6 L'enfant hyperactif

L'hyperactivité est caractérisée par l'association de quatre symptômes :

- hyperkinétisme (surabondance de mouvements),
- inattention ou distraction (concentration courte et difficile),
- hypersensibilité (à la fois sensorielle et affective),
- impulsivité (difficulté à retarder la satisfaction d'un désir ou à réfréner une pulsion).

Un enfant qui a connu des moments pénibles et chargés d'anxiété, est plus susceptible de développer des symptômes d'hyperactivité qui se manifesteront lors de situations anxiogènes (notamment la visite chez le chirurgien-dentiste). (BOURASSA, 1998)

Certaines méthodes de relaxation peuvent lui être proposées pour qu'il les emploie chez lui et au cabinet et qu'une détente rapide et efficace soit mise en place. Il faut veiller à ne pas associer les soins dentaires à un moment de stress, de tension psychologique déjà existants, et pouvant entraîner une recrudescence des symptômes de l'hyperactivité. (BOURASSA, 1998)

I.2.7 L'enfant handicapé

Les enfants handicapés réclament une attention toute particulière de la part du praticien compte tenu de leur handicap mental ou physique et par la place importante prise par les parents dans la relation de soin. (PASINI et HAYNAL, 1992)

Leur manque de collaboration ou de coordination motrice peut rapidement indiquer une anesthésie générale.

Il s'agit avant tout de respecter l'être humain et son individualité lors de leur prise en charge. Les diverses thérapeutiques présentées doivent tenir compte des données médicales, sociales, familiales et comportementales de l'enfant. Il faut, parallèlement à la réalisation de soins de qualité, établir une motivation personnelle et adaptée à l'enfant, tout en créant une relation de confiance avec lui et l'accompagnant (parent ou éducateur). (DEMARS-FREMAULT et FORTPIED, 1997)

I.3 Peur, anxiété et angoisse au cabinet dentaire : définitions et étiologies

Si les réactions de peur, d'anxiété et d'angoisse peuvent être considérées comme normales, il n'en est pas de même pour toutes les manifestations psychosomatiques. Ces émotions sont parfois le point de départ d'autres troubles pathologiques comme les névroses hystériques, obsessionnelles, phobiques et les psychoses.

Quelles qu'elles soient, ces émotions, manifestations de souffrance psychologique ou physique, ne doivent pas être ignorées. Elles doivent être prises en charge dès qu'elles sont décelées car ce type de comportement, en plus de gêner les éventuels soins, risque de s'aggraver lors des rendez-vous ultérieurs et favoriser l'échec des thérapies mises en place. (CARON, 2003)

I.3.1 Définitions

1.3.1.1 La peur

Le terme de peur est défini par le dictionnaire de la langue française comme "un phénomène psychologique à caractère affectif marqué accompagnant la prise de conscience, à juste titre ou pas, d'un danger, d'une menace pour la vie ou la sensibilité du sujet". (LAROUSSE, 2003)

D'après CARON (2003), la peur est une réaction universelle, somme d'une réaction affective d'intensité variable et d'une composante neurovégétative.

Cette peur peut être objective, en relation directe avec un stimulus physique réel, par exemple un soin. Elle cède à une explication ou une démonstration réussie.

Elle peut aussi être subjective, liée à l’imaginaire ou un ensemble d’idées reçues, notamment sur la pratique de l’art dentaire. (FORTIER, 1987; THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

La peur est donc toujours l’expression d’une souffrance, physique ou psychologique, qu’il ne faut pas ignorer car outre le fait d’abaisser le seuil de la douleur, elle risque de générer un comportement gênant pour la réalisation d’un acte. (PASINI et HAYNAL, 1992; CARON, 2003)

I.3.1.2 L’anxiété

L’anxiété est définie par une “vive inquiétude née de l’incertitude d’une situation, de l’appréhension d’un événement”. (LAROUSSE, 2003)

Il s’agit d’un trouble caractérisé par un sentiment de crainte diffuse, d’insécurité, de malheur imminent, accompagné d’une attente inquiète et tourmentée dont l’objet est le plus souvent virtuel. (ALWIN et coll., 1991; PASINI et HAYNAL, 1992; CARON, 2003)

Selon PASINI et HAYNAL (1992), il existe deux types d’anxiété l’une qualifiée de normale et l’autre de pathologique. La première constitue une réponse à un danger pour stimuler l’individu et l’inciter à réagir face à une situation difficile. La seconde inhibe l’individu et elle se manifeste par des craintes plurielles.

L’anxiété peut être un trait de la personnalité. Elle est différente de la peur dans le sens où l’individu qui l’éprouve multiplie inconsciemment le danger et se sent incapable de pouvoir y faire face. Cette émotion s’exprime physiquement par des palpitations, sueurs, variations de rythme cardiaque et mentalement par la diminution du raisonnement et de la capacité de réflexion. (CARON, 2003)

I.3.1.3 L'angoisse

L'angoisse est “une inquiétude profonde, une peur intense née d'un sentiment de menace imminente et accompagnée de symptômes neurovégétatifs caractéristiques”. (LAROUSSE, 2003)

Comme l'anxiété, l'angoisse naît d'un objet réel ou imaginaire. Il s'agit d'une des peurs les plus importantes, elle s'accompagne de manifestations somatiques : constrictions épigastriques, sensations d'oppression, Une crise d'angoisse aiguë peut déclencher une crise de lipothymie. (CARON, 2003)

I.3.2 Etiologies

Chez l'adulte, la peur est le principal motif d'évitement ou de report des soins. (THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

La question que nous pouvons alors nous poser est : pourquoi a t'on peur au cabinet dentaire ?

- le conditionnement

Il semble difficile de penser que la peur au cabinet dentaire soit quelque chose d'inné. Cependant, il n'est pas rare de voir des enfants effrayés dès leur première consultation. (BOURASSA, 1991; BOURASSA, 1998)

Les attitudes et comportements d'un enfant sont influencés par le milieu dans lequel il évolue : il s'agit d'une série de conditionnements. En effet, l'environnement et les composantes psychosociales sont plus importants que son vécu, logiquement restreint. (BOURASSA, 1991; BOURASSA, 1998; THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

Le comportement d'un enfant résulte d'un ensemble de recommandations transmises par ses proches, essentiellement sa mère mais également son père, ses frères et sœurs et ses camarades d'école. (THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

Il s'agit le plus souvent d'attitudes négatives ou d'avertissements envers les soins dentaires, les adultes étant fortement marqués par les expériences vécues pendant leur propre enfance. (BOURASSA, 1998; THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

De même, pendant le rendez-vous, l'inquiétude des parents et plus particulièrement celle de la mère se transmet à l'enfant. Cela l'influence négativement dans son aptitude à assimiler la consultation ou l'acte dentaire. (PASINI et HAYNAL, 1992; DAJEAN-TRUTAUD, et coll., 1998; RANTUAVORI et coll., 2002)

Si la prise en charge du jeune patient revient au praticien, la préparation psychologique du premier rendez-vous incombe aux parents. Un enfant terrorisé lors de son premier rendez-vous est donc un enfant qui a été mal préparé. (BOURASSA, 1998)

PASINI et HAYNAL (1992), formulent qu'une mère présentant le chirurgien-dentiste comme "le gentil monsieur qui va regarder les dents et les soigner si elles sont malades" facilite le travail de celui-ci, contrairement à celle le présentant comme "le monsieur qui arrache les dents et fait des piqûres si on n'est pas sage".

– la douleur

La peur de la douleur est le principal facteur anxiogène rencontré chez le chirurgien-dentiste. (PASINI et HAYNAL, 1992; THERY-HUGLY, 1995; DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

Chez l'enfant, la douleur est le contraire du plaisir, il a donc tendance à assimiler tout ce qui peut être désagréable à un phénomène douloureux. (THERY-HUGLY, 1995)

Le niveau de tolérance face à la douleur est également un facteur influençant le développement de la peur chez l'enfant. (DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

– les facteurs médico-dentaires antérieurs

La qualité de la relation entre l'enfant et le chirurgien-dentiste est également fonction de ses expériences médico-dentaires précédentes. (PASINI et HAYNAL, 1992; DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

Ainsi la qualité de la relation émotionnelle entretenue avec le médecin de famille, la douleur ressentie chez ce médecin ou à l'hôpital, une éventuelle consultation antérieure chez un autre chirurgien-dentiste peuvent être autant d'éléments ayant un retentissement sur l'apparition et le développement de la peur au cabinet dentaire. (PASINI et HAYNAL, 1992)

Les enfants ont leur propre vision du monde dans lequel ils évoluent : une expérience antérieure peut avoir été vécue par le jeune patient comme traumatisante alors que le chirurgien-dentiste précédent l'aura jugé tout à fait acceptable. (ANASTASIO, 2000)

– la qualité de la relation

L'aspect relationnel a une importance capitale, il s'agit d'une relation triangulaire entre parents, enfant et praticien. La qualité de ces rapports va influencer l'évolution de la peur chez l'enfant. (DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

– le caractère inconnu du monde dans lequel il est plongé

L'enfant, placé sur un fauteuil est en position de grande fragilité. (THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

Non seulement, il se retrouve dans le monde des adultes, monde parfois incompréhensible et de fait, effrayant mais, en plus, ce monde est à dimension d'adulte. Le fauteuil inadapté, les instruments démesurés introduits dans sa petite bouche sont autant d'éléments d'inconfort qui se surajoutent. (PASINI et HAYNAL, 1992; THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

Dans un cabinet dentaire, tout est insolite voire hostile : le matériel, les protocoles, les bruits, les odeurs, ..., et même le praticien présente un aspect mystérieux, angoissant et inconnu. Or, pour les enfants, tout ce qui est inconnu est effrayant et peut exacerber chez eux un sentiment d'abandon ou de trahison, déjà existant. (PASINI et HAYNAL, 1992; THERY-HUGLY, 1995)

I.4 Aperçu symbolique de la cavité buccale et des dents

Il est intéressant de savoir pourquoi cette partie du corps a une si grande importance dans le développement de chacun.

Chaque individu alloue à sa cavité buccale des valeurs aussi bien psychologiques que symboliques. Comprendre l'étendue de ces représentations permet de mieux comprendre les différentes peurs rencontrées au cabinet dentaire. (BOURASSA, 1998)

I.4.1 La cavité buccale

I.4.1.1 Organe de vie et de plaisirs

La bouche symbolise l'origine et la fin de la vie. La naissance est effective lors des premières inspirations, confirmées par le cri du nouveau-né. Mais, c'est aussi par la bouche que la mort est symboliquement exprimée : le dernier souffle qui embue le miroir. (CADOU et VINCENT, 1977; THERY-HUGLY, 1995; THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

La cavité buccale se situe à un carrefour entre deux grands systèmes essentiels : les systèmes digestif et respiratoire. C'est, également, le principal lieu d'échanges entre l'extérieur et l'intérieur. (CADOU et VINCENT, 1977)

Sphère des premières satisfactions et premiers plaisirs, après le traumatisme de la naissance, c'est par la bouche que l'enfant prend contact avec sa mère. De cette première expérience affective, lors de la succion du mamelon ou du biberon, va naître la dépendance physique, puisque c'est par là qu'il contente sa faim et sa soif. (THERY-HUGLY, 1995; BOURASSA, 1998; DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998; SAINT-PIERRE, 2000)

La cavité buccale est une zone très réflexogène, richement innervée. Ainsi, la tiédeur du lait qui coule sur les muqueuses, mais également les mouvements de succion, et toutes les attitudes affectives maternelles présentes lors de la satisfaction du besoin alimentaire sont autant de plaisirs assouvis. (RUEL-KELLERMAN, 1989; THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998; SAINT-PIERRE, 2000)

Pour les psychanalystes, un enfant qui a vécu ces échanges nutritifs et affectifs avec bonheur sera en mesure à son tour d'aimer dans sa vie. (SAINT-PIERRE, 2000)

I.4.1.2 La sphère digestive

Comme expliqué précédemment, le nouveau-né base ses rapports avec l'extérieur sur l'assouvissement de ses plaisirs psychologiques et physiologiques, par l'intermédiaire de sa bouche. Avec l'apparition des dents, la bouche devient une zone fondamentale de l'alimentation, grâce à la mastication, première étape de la digestion. (CADOU et VINCENT, 1977)

Les soins dentaires troublant, de façon plus ou moins importante, cette fonction vitale pour tout individu, il est alors facile de comprendre leur retentissement psychologique chez les patients.

De plus, il existe de nombreux liens entre la sphère aérodigestive et la vie psychique d'un individu. Les maladies dites psychosomatiques se localisent d'ailleurs de façon privilégiée à ce niveau. (CADOU et VINCENT, 1977)

I.4.1.3 La perception

Pour le nouveau-né, la cavité buccale est un lieu d'échanges privilégiés avec le monde extérieur. A cet âge, il ne fait pas bien la différence entre son entité et celle de sa mère.

La bouche est cet espace primitif relationnel où l'individu se confond avec l'autre via la tétée, mais elle définit en même temps ses limites propres. (CADOU et VINCENT, 1977; PASINI et HAYNAL, 1992; DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

C'est par la bouche qu'il va tenter de connaître, de prendre conscience des choses en y introduisant tout ce qui va lui tomber sous la main. La langue constitue alors le premier organe d'exploration. (CADOU et VINCENT, 1977; RUEL-KELLERMAN, 1989; PASINI et HAYNAL, 1992; THERY-HUGLY, 1995; BOURASSA, 1998)

De plus, la bouche dispose d'un organe sensoriel essentiel au développement : le goût. Il est intimement lié aux facteurs psychiques, qui peuvent influencer ses caractères. (CADOU et VINCENT, 1977)

I.4.1.4 La communication

La cavité buccale est le premier organe de communication, avant même l'acquisition du langage articulé. la bouche permet d'exprimer ses joies et souffrances par les mimiques, les cris et la voix. (CADOU et VINCENT, 1977; THERY-HUGLY, 1995; THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

Intervenir dans la bouche, c'est donc priver momentanément le patient de sa possibilité de communiquer. Dans le cadre du cabinet dentaire, la situation devient rapidement anxiogène car outre le fait de perturber l'équilibre relationnel et social, le patient ne peut plus exprimer de façon naturelle et spontanée sa douleur, ou tout autre désagrément lié aux soins. (CADOU et VINCENT, 1977)

Une inégalité dans la relation apparaît alors : l'un agit et parle, l'autre subit et se sent impuissant. (CADOU et VINCENT, 1977)

I.4.1.5 La douleur

L'une des toutes premières sensations de la vie d'un individu s'exprime par la bouche. Après le premier souffle, c'est la souffrance de la séparation d'avec la mère lors de la naissance qui retentit par le cri. (SAINT-PIERRE, 2000)

La cavité buccale est le siège des premières douleurs à s'inscrire comme telles, dans le schéma corporel de l'enfant, lors de l'apparition des dents. (RUEL-KELLERMAN, 1989)

Avec cette percée, l'enfant expérimente la douleur ainsi que la frustration, grâce au pouvoir de morsure qu'il possède désormais. C'est à l'aide de ses dents qu'il exprime maintenant toute sa colère, toutes ses pulsions agressives. (THERY-HUGLY, 1995; BOURASSA, 1998; DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998; THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

L'apparition des dents intervient souvent pendant la période du sevrage, il s'agit là de la deuxième séparation d'avec la mère. (THERY-HUGLY, 1995; DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

De plus, la douleur dentaire a la réputation d'être très éprouvante. CADOU et VINCENT (1977) avancent à cela deux raisons :

- aspect physiologique : l'innervation sensitive de la cavité buccale et des dents est très riche et les douleurs ont tendance à irradier facilement.
- aspect psychologique : la douleur dentaire est vécue comme une souffrance sur laquelle l'individu n'a aucun moyen d'intervenir. Elle nécessite par conséquent l'intervention d'une tierce personne. De plus, l'intervention sur les dents nécessite la prise en compte de leurs propres valeurs symboliques.

I.4.1.6 La sexualité

La sexualité est évoquée par différents aspects de la symbolique liée à la cavité buccale.

Le stade oral est représenté par deux stades :

- le premier stade pendant lequel, le plaisir lié aux sensations buccales est fonction de la présence ou non de la mère, à travers le sein ou le biberon. Ce plaisir est lié à l'affection portée et au contentement de la fonction vitale qu'est l'alimentation. Le bébé tentera de recréer ce type de sensations en suçant son pouce, il s'agit d'une première tentative d'autonomie durant une époque de complète dépendance,
- le stade sadique oral qui apparaît lors de l'éruption des dents et qui permet l'assouvissement d'une pulsion agressive par la morsure. Il y a là naissance du plaisir de mordre.

Pour THERY-HUGLY et coll. (1998), la bouche est une zone érogène au sens propre car elle ne sert pas à la reproduction.

Certains psychanalystes ont comparé la bouche au sexe de la femme, de même que l'analogie entre la dent et le sexe de l'homme a été souvent rapportée. Ainsi la femme peut vivre une intervention dentaire comme un viol symbolique alors que l'homme est parfois confronté à l'angoisse de la castration. (CADOU et VINCENT, 1977)

I.4.2 Les dents

Une revue de la littérature montre que différentes symboliques sont attribuées aux dents.

De petites dents blanches, en pleine santé, représentent la vie, la jeunesse et la beauté. La dent symbolise l'éternité et la jeunesse de par sa solidité et sa pérennité. (SAINT-PIERRE, 2000)

La symbolique sexuelle de la dent est largement rapportée. Elle offre un caractère phallique du fait de son caractère dissociable du reste du corps et est par conséquent, liée à "l'angoisse de castration". (DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

Les dents représentent la virilité chez l'homme et la féminité chez la femme. L'avulsion d'une dent constitue alors une castration symbolique. (CADOU et VINCENT, 1977)

Elles représentent également une arme pour l'attaque ou la défense. Les dents sont un symbole de puissance guerrière. (CADOU et VINCENT, 1977; RUEL-KELLERMAN, 1989; SAINT-PIERRE, 2000)

Cet aspect plus agressif est caractérisé par des expressions telles que :

- “avoir une dent contre quelqu'un”,
- “avoir les dents longues”,
- “œil pour œil, dent pour dent”,
- “montrer les dents”.

Selon PASINI et HAYNAL (1992), les dents qui ferment l'entrée de la bouche sont une défense contre l'interaction affective et sexuelle.

La représentation des dents comme instrument : outils de la mastication et de la phonation. Une atteinte de celles-ci peut entraîner des troubles fonctionnels ayant des conséquences plus ou moins néfastes sur la vie de l'individu. Par exemple pour la phonation, des réactions de moquerie de l'entourage peuvent parfois conduire à la marginalisation sociale d'une personne. (PASINI et HAYNAL, 1992)

Enfin, n'oublions pas les fonctions ornementales et esthétiques. Utilisées depuis toujours comme amulettes ou colliers, les dents humaines ou animales sont signe de force et de beauté. Dans certaines cultures, les mutilations constituent un moyen de séduction, des symboles de pouvoir et de rang social ou des marques d'identité.

Dans la culture occidentale, l'aspect esthétique est au premier plan. Les dents sont une façade positive utilisée par les individus médiatiques comme les hommes politiques, les présentateurs, les mannequins, les publicitaires, Il semble qu'une substitution entre l'aspect guerrier et l'aspect esthétique soit en cours de réalisation.

Cependant, les mondes du rêve et du fantastique sont encore peuplés de créatures dont les rapports avec la denture sont évidents : le loup-garou, le loup du petit chaperon rouge, les ogres, vampires, dragons ou encore requins des dents de la mer vont matérialiser nos peurs enfantines. (PASINI et HAYNAL, 1992; SAINT-PIERRE, 2000)

En conclusion, il est important de souligner que pendant toute la vie, la signification émotionnelle de la bouche va osciller entre deux pôles : plaisir et douleur. (THERY-HUGLY, 1995)

II La première consultation : une rencontre déterminante

II La première consultation : une rencontre déterminante

La connaissance des principaux types de comportements et du développement psychomoteur de l'enfant permet de mieux appréhender le premier rendez-vous.

Cependant, nous ne devons pas oublier que chaque enfant est unique. Une étude des aspects psychologiques de la première consultation semble nécessaire.

Il s'agit, en effet, de bien saisir les causes des éventuelles peurs et anxiétés au cabinet et de ne pas négliger le côté symbolique de la cavité buccale. Nous traiterons ensuite l'aspect relationnel de la première consultation en étudiant les rôles de chaque protagoniste et en insistant sur la communication. Nous verrons enfin quelques méthodes permettant de nous aider dans la gestion des cas difficiles.

II.1 Age de la première consultation

Si les futurs parents s'interrogent sur l'âge auquel ils doivent amener leur enfant pour sa première consultation, il faut leur répondre : dès le 4^{ème} mois de grossesse.

En formulant cette réponse, nous attirerons l'attention de la future maman sur l'importance de son implication dans la santé bucco-dentaire de son enfant. (FURZE et BASSO, 2003)

Il semble vraiment indispensable de voir la future mère durant la grossesse. C'est l'occasion d'établir un premier contact entre les parents et le praticien afin de donner toutes les informations nécessaires et d'établir un rapport de confiance. La femme enceinte est très concernée par son état de santé et par celui de son enfant, elle est donc très réceptive à l'ensemble de nos suggestions. (FURZE et BASSO, 2003)

Durant ce rendez-vous, les séquences d'éruption, la façon d'entretenir les dents apparaissant sur l'arcade, les soins à prodiguer à l'enfant sont évoqués. Ce moment privilégié permet également d'objectiver les différents risques cariogènes et d'indiquer les procédures préventives, si nécessaires. (FURZE et BASSO, 2003)

L'examen attentif de l'état bucco-dentaire de la future mère est réalisé, sachant qu'elle constitue la première et principale source de contamination par les *Streptococcus mutans*, bactéries qui interviennent dans l'initialisation de la carie dentaire. La corrélation entre, la précocité d'infection par ces bactéries et le risque de développer des caries, a été clairement établie. De plus, les enfants infectés par les *Streptococcus mutans* au cours de leur première année ont une plus grande prévalence de caries que les autres. Nous savons également qu'il existe une période pendant laquelle l'enfant est plus sensible à l'infection. Cette période aussi appelée, fenêtre d'infectivité, se situe entre le 18 et le 36ème mois. (AXELSON, 2000; BLIQUE et coll., 2001; SOXMAN, 2002)

Après la naissance de l'enfant, la majorité des instances bucco-dentaires mondiales semble unanime pour affirmer que le premier rendez-vous doit avoir lieu dans les 6 mois entourant l'éruption de la première dent temporaire et avant le premier anniversaire. (ARAV, 1998; SOXMAN, 2002; FURZE et BASSO, 2003; POULSEN, 2003; RAYNER, 2003; WIDMER, 2003)

Les scandinaves préconisent d'amener les enfants chez le chirurgien-dentiste vers l'âge de 1 an. Ceci permet de les familiariser avec le milieu dentaire et donc de diminuer leur anxiété. (POULSEN, 2003)

Cependant, il existe des nuances : l'American Academy of Pediatric Dentistry et l'Academy of General Dentistry différencient les enfants à risque selon leur classe socio-économique. Ils recommandent cette visite pour les enfants de milieux sociaux défavorisés mais la jugent facultative pour ceux des classes moyennes à élevées, à l'exception de quelques sous-groupes particuliers à haut risques carieux. (NAINAR et STRAFFON, 2003)

L'American Academy of Pediatrics suggère ainsi la réalisation de cette consultation vers l'âge de 3 ans, ou plus tôt, en cas de problème. (EDELSTEIN, 2000; SOXMAN, 2002; ISMAIL et coll., 2003)

Les instances britanniques, australiennes et argentines sont favorables à la consultation avant le premier anniversaire pour les enfants défavorisés et à haut risque carieux. (FURZE et BASSO, 2003; RAYNER, 2003; WIDMER, 2003)

Cette première consultation sert à rappeler aux parents l'ensemble de ce qui a été dit lors de la grossesse et vérifier le respect des règles d'hygiène, des consignes alimentaires et diététiques. La décision de la pertinence d'une prescription de fluorures est alors prise, en fonction du patient. A chaque consultation, l'état de santé bucco-dentaire de la mère doit retenir l'attention. (ARAV, 1998; FURZE et BASSO, 2003; WIDMER, 2003)

La littérature montre que la réalisation de la première consultation lors de la première année de la vie est un concept récent et qu'il n'est pas encore suivi d'effets dans la pratique quotidienne de nos cabinets. Il est de bon conseil d'inviter les parents à réaliser ce premier rendez-vous dans les deux premières années de la vie. En effet, la progression rapide des lésions carieuses de 2 à 5 ans montre la nécessité d'interventions précoces, pour soigner ou prévenir l'apparition des lésions. (SOXMAN, 2002; NAINAR et STRAFFON, 2003; WIDMER, 2003)

II.2 Le premier contact : les éléments qui vont compter

Armé de connaissances psychologiques et techniques suffisantes, le praticien se trouve dans les meilleures conditions pour recevoir et soigner ses jeunes patients. Il existe, cependant, des éléments communément admis permettant de favoriser le premier contact et par conséquent de diminuer les risques de blocage psychologique et/ou de refus de soins.

II.2.1 Les locaux et les instruments

La première consultation permet d'aborder un enfant qui ne connaît pas le milieu dentaire. Il s'agit alors de mettre en place une communication et établir un climat de confiance entre les différents protagonistes de la relation. Cette tâche est facilitée par la mise en place de moyens matériels. (ROSENBERG, 2001)

Le tout premier contact de l'enfant avec le milieu dentaire se réalise lors de son entrée dans le cabinet. Il y reçoit ses premières sensations et s'y forge ses premières impressions, avant même de pénétrer la salle de soins et de rencontrer le chirurgien-dentiste. (BOURASSA, 1998)

L'agencement du cabinet et notamment de la salle d'attente est le reflet de ceux qui y travaillent : non seulement le ou les praticien(s) mais aussi tout le personnel du cabinet (secrétaire, assistante). (THERY-HUGLY et HUGLY, 1996)

– l'accueil

La réception est la première partie du cabinet visitée par le patient. Cet espace est la zone de transition entre "l'extérieur" et la salle d'attente. Il doit être paisible et accueillant pour le détendre et le rassurer.

Il peut être séparé en deux parties distinctes, l'une réservée strictement à l'accueil des patients, l'autre étant la zone de travail de l'assistante ou de la secrétaire. (LANET, 1998)

– la salle d'attente

La salle d'attente doit être agréable visuellement, avoir un décor le plus sobre possible, familier et apaisant. (THERY-HUGLY et HUGLY, 1996; BOURASSA, 1998; COURSON et LANDRU, 2001)

Cette pièce doit être facile à aérer car le cabinet possède un cortège d'odeurs pouvant rappeler celles rencontrées dans les services hospitaliers et susceptibles de remémorer de pénibles souvenirs. (ROSENBERG, 2001)

La salle d'attente, comme toutes les autres pièces du cabinet, doit être nettoyée régulièrement. Le niveau de propreté est un bon indicateur de la rigueur avec laquelle l'hygiène est appliquée dans tout le reste du cabinet. (THERY-HUGLY et HUGLY, 1996)

L'attente est un facteur de stress et exacerbe l'agressivité. De plus, la perception des durées est modifiée dans la salle d'attente. Le mobilier, le décor, les accessoires de cette pièce doivent contribuer à faire oublier l'inactivité et l'impatience, en captant l'attention et en éveillant l'intérêt. (THERY-HUGLY et HUGLY, 1996)

Le praticien doit donc s'efforcer de limiter ce temps, démontrant ainsi son identification à son patient et sa volonté d'éliminer cette anxiété supplémentaire. (CADOU et VINCENT, 1977; PASINI et HAYNAL, 1992)

Il est intéressant de créer un espace réservé aux enfants dans la salle d'attente. Un mobilier pour enfants avec, une table basse et des petites chaises est souvent apprécié.

Des revues récentes et adaptées aux différents âges peuvent être disposées sur la table. Il semble préférable d'éviter les articles relatifs à la spécialité dentaire. La mise à disposition de feuilles et de crayons de couleur leur permet de réaliser des dessins, il est également possible d'installer un tableau avec des craies ou stylos de couleur. Le praticien peut également prévoir des jouets pour les plus petits, une télévision diffusant des dessins animés ou des petits films concernant le monde de la dentisterie. L'imagination débordante des enfants est alors concentrée sur un aspect positif du cabinet. (CADOU et VINCENT, 1977; PASINI et HAYNAL, 1992; THERY-HUGLY et HUGLY, 1996; BOURASSA, 1998; ROSENBERG, 2001)

Le décor est un élément très important de la salle d'attente. La couleur rouge est à bannir car elle augmente le métabolisme et l'activation du système nerveux autonome. Le patient qui ressent cette variation, l'attribue à son environnement immédiat et donc associe le cabinet dentaire à quelque chose de désagréable. Le choix s'oriente plutôt vers des couleurs plus apaisantes comme le vert ou toute autre couleur claire.

Il ne faut pas hésiter à personnaliser ce décor avec des fleurs, un aquarium, qui détendent les petits patients. (THERY-HUGLY et HUGLY, 1996; LANET, 1997; BOURASSA, 1998)

Les murs sont joliment ornés de tableaux de paysages, de voile, ..., mais les représentations picturales mêmes humoristiques de la profession sont à éviter, ainsi que tout ce qui peut paraître choquant ou gênant (ex : mobilier ancien ou abîmé).

La salle d'attente doit être, si possible, baignée par la lumière du jour tout en lui préservant une certaine intimité grâce à des stores, des filtres. L'éclairage est un élément très important de l'ambiance de la salle d'attente, la lumière ne doit pas être ni trop agressive, ni trop blafarde. (THERY-HUGLY et HUGLY, 1996; LANET, 1997; COURSON et LANDRU, 2001)

Une musique douce, légère et harmonieuse permet de favoriser la détente. En empêchant le règne du silence angoissant et en couvrant les bruits parfois inquiétants, provenant de la salle de travail, cette musique apporte un climat de sécurité à l'enfant. (ROBIN et VINARD, 1986; BOURASSA, 1998)

– la salle de soins

Quand les patients vont pénétrer "l'antre", ils vont être captivés par cet environnement, celui-ci doit donc être le plus rassurant possible.

La salle de soins est souvent séparée en deux parties, une est réservée à l'entretien avec l'enfant et ses parents, l'autre aux soins proprement dits. (ROSENBERG, 2001)

Pour les enfants, tout dans l'espace dévolu à l'entretien doit évoquer le jeu. On peut donc y afficher les dessins réalisés dans la salle d'attente (cela flatte et responsabilise le patient). L'intérêt du praticien à l'égard des enfants se matérialise par des posters, des photos de leurs héros. (Annexe 1)

La partie dévolue aux soins doit être propre et rangée lorsque le patient pénètre dans la salle de soins. Le bras du tube radiographique doit être replacé contre le mur. Il faut éviter de laisser en évidence des instruments pouvant effrayer. (ROSENBERG, 2001)

L'organisation du travail dans le cabinet doit être réalisée de façon à assurer le maximum de confort physique et psychique, tant pour le praticien que pour le patient. (CADOU et VINCENT, 1977)

– les instruments

Il existe maintenant des accessoires de soins amusants permettant de démystifier le cabinet dentaire. Ainsi, des gobelets décorés, un masque coloré, un bavoir à dessins sont du meilleur effet sur les enfants en bas âge. Le praticien peut également acheter des lunettes de soleil pour enfants pour protéger le petit patient de l'éblouissement du scialytique. Des instruments à manches colorés sont également vendus, ils permettent d'apporter de la couleur dans l'univers parfois maussade du cabinet où règnent l'inox et le gris. (ROSENBERG, 2001)

Le praticien peut lui-même opter pour la gaieté, en portant des blouses de couleurs les jours où il voit beaucoup d'enfants. La couleur casse la rigueur du blanc ou du bleu, généralement associés au milieu chirurgical des hôpitaux. (ROSENBERG, 2001)

II.2.2 L'assistante

Le rôle de l'assistante débute lors de la prise de rendez-vous. C'est le tout premier contact des parents et du petit patient avec le cabinet. Elle doit s'attacher à proposer des horaires qui n'interfèrent ni avec sa scolarité, ni avec une activité extra scolaire qu'il apprécie (sport, musique...). (CADOU et VINCENT, 1977; THERY-HUGLY, 1995)

Pour se sentir en sécurité, l'enfant doit être bien accueilli. Cet accueil doit être chaleureux, il doit sentir que l'on s'intéresse à lui. Il doit recevoir tous les éléments lui permettant de faire du cabinet dentaire un endroit familial. (BOURASSA, 1998)

C'est à l'assistante, que revient ce rôle. Elle doit absolument soigner ce premier contact. Gentillesse, bienveillance, amabilité, et présentation raffinée sont de rigueur mais elle se doit avant tout d'être souriante. (CADOU et VINCENT, 1977; THERY-HUGLY et HUGLY, 1996)

Pour que tous les membres de l'équipe dentaire soient en accord sur une approche psychologique commune, ils doivent s'attacher à connaître le patient le plus tôt possible. Dans cet objectif, l'assistante doit observer ses attitudes, comportements, langages, gestes, et transmettre ces informations précieuses au chirurgien-dentiste. Elles vont l'aider à cerner et donc aborder le patient. (BOURASSA, 1991; BOURASSA, 1998)

Dès l'entrée dans la salle d'attente, le travail de connaissance et d'observation du patient de l'assistante débute. Les rapports qu'il développe avec ses parents, ou le tiers accompagnant doivent être décryptés.

En étant attentive, en s'occupant de lui, elle le prépare à coopérer au bon déroulement du rendez-vous. Elle peut, par exemple, manifester de l'intérêt pour son dessin ou discuter avec lui des poissons observés dans l'aquarium. (BOURASSA, 1991; BOURASSA, 1998)

II.2.3 La triade : enfant-parents-praticien

L'odontologie pédiatrique présente un caractère spécial. Il ne s'agit pas d'une relation exclusive entre un praticien et un patient. Cette relation implique trois individus : l'enfant, le praticien et le parent ou l'accompagnant, qui ont leur propre personnalité.

Cette triade forme un système formé d'éléments indissociables et interdépendants, de sorte que toute action sur un des éléments du système se répercute sur les deux autres éléments et donc sur le système tout entier. (BOURASSA, 1998)

– l'enfant

Dès le premier contact, le praticien doit pouvoir comprendre le type de hiérarchie qui unit l'enfant à ses parents, à ses frères et sœurs et évaluer les rapports de force existant au sein de la famille. Cela passe par l'observation et l'analyse du jeu des regards, des attitudes (si le patient est aidé pour retirer son manteau, monter sur le fauteuil ...), par l'écoute de la façon dont ils se parlent que ce soit dans la salle d'attente, dans la salle de soins ou même sur le fauteuil.

Le chirurgien-dentiste sait alors comment se positionner : en allier, défenseur, protecteur de l'enfant ou simplement en s'effaçant devant l'autorité saine et naturelle des parents.

Le patient doit toujours être le centre d'intérêt, même si le praticien interroge les parents pour l'anamnèse ou demande leur accord pour le soigner. (PASINI et HAYNAL, 1992; ROSENBERG, 2001)

Dans tous les cas, il s'agit de stimuler l'enfant et l'impliquer dans ce qui lui arrive. Il doit être acteur de la consultation, sa responsabilité et sa participation au soin sont primordiales. Toute tentative de prise d'indépendance et d'autonomie par rapport à ses parents doit être valorisée. (BOURASSA, 1998; DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

– les parents

Cet adulte, que le praticien reçoit n'est pas le patient, cependant son accord et sa collaboration sont indispensables pour la bonne marche des soins, mais l'enfant doit toujours être le centre d'intérêt. (ROSENBERG, 2001)

Pour faire de l'accompagnant un allier, il semble souhaitable de le voir avant la première consultation.

Cette rencontre permet alors de réaliser l'anamnèse du jeune patient, de noter ses principaux traits de caractère, d'avoir une idée de son milieu socio-économique et de connaître les rapports de ses parents avec le milieu dentaire. S'il n'est pas possible de rencontrer les parents avant la première consultation, on peut leur envoyer un courrier expliquant l'organisation du cabinet, le déroulement du premier rendez-vous, donnant des conseils sur l'attitude à adopter pour l'accompagnant et dédramatisant cette première consultation. (THERY-HUGLY, 1995; BOURASSA, 1998; Annexe 2)

Par exemple, l'accompagnant peut continuer de lire dans la salle d'attente quand on vient chercher l'enfant. En lui indiquant tacitement de suivre l'assistante ou le praticien, le patient saura qu'il n'y a rien à craindre. (BOURASSA, 1998)

Le chirurgien-dentiste doit savoir analyser la typologie de caractère de l'accompagnant. Ainsi, il doit essayer de mettre en confiance les parents méfiants, de rassurer ceux qui sont anxieux, d'expliquer clairement aux parents impatientes, d'assister les parents laxistes, mais aussi de remettre à leur juste place les parents contrôleurs ou trop protecteurs. (PASINI et HAYNAL, 1992; DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

– le praticien

Personnalité, comportement, caractère et professionnalisme du praticien vont évoluer au cours du temps et par conséquent de sa carrière. Ses capacités à communiquer et donc ses relations avec ses patients en découlent. Ainsi les événements de sa vie personnelle, son état de santé, de fatigue, la passion qu'il conserve pour son métier sont autant de paramètres qui influencent la qualité de la relation qu'il entretient avec ses patients.

De plus, les conditions d'exercice font de la pratique odontologique une expérience relativement stressante. En effet, le chirurgien-dentiste doit pratiquer son art sous l'influence de contraintes économiques, administratives, fiscales, avec un rythme de travail élevé, à la recherche incessante de la perfection, sous le regard de plus en plus exigeant et angoissant des patients. (RUEL-KELLERMAN, 1989)

La principale qualité attendue chez un praticien est son authenticité. Il doit être à l'écoute de ses patients et tenter de déceler leur personnalité. Pour créer une relation favorable au traitement, il doit réaliser systématiquement une évaluation psychologique de son jeune patient afin d'en extraire le "substrat émotionnel", c'est à dire comprendre ce qu'il vit et la façon dont il en fait l'expérience. (BOURASSA, 1998; DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

Le chirurgien-dentiste doit également rassurer les parents, en leur montrant qu'il est capable de prendre en charge leur enfant, par sa maîtrise des notions de psychologie pédiatrique et par sa compétence et ses connaissances professionnelles. Il doit montrer qu'il comprend les craintes ou les peurs des parents, mais il a le devoir de leur expliquer comment ces sentiments ou comportements sont ressentis par l'enfant et peuvent nuire à la création de la relation thérapeutique. (BOURASSA, 1998)

Cependant, il ne doit pas laisser les parents s'interposer ou nuire à la relation qu'il tente d'établir avec le jeune patient, tout en leur laissant le rang qui leur convient. (FORTIER, 1987)

Le praticien doit considérer son patient en tant que véritable interlocuteur. Il doit donc dépasser la demande de soins de ses parents pour pouvoir accorder à l'enfant la possibilité de faire partie intégrante de la relation et donc éventuellement pouvoir dire non. Une telle attitude permet de responsabiliser l'enfant et donc anéantir des appréhensions qui semblent insurmontables. (DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

Cette vision de la relation demande au praticien une grande qualité d'écoute. Elle permet, de plus, de ne pas tomber dans l'excès et ne considérer que les affections buccales du patient lors de la consultation. Le chirurgien-dentiste voit alors un sujet demandeur de soins avec sa sensibilité propre. (DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998; SAINT-PIERRE, 2000)

Une question très importante se pose alors : doit-on systématiquement laisser les parents dans la salle de soins ?

La présence des parents est utile lors de la première consultation pour le recueil de l'historique médical de l'enfant si les parents n'ont pas pu voir le praticien plus tôt. (DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

Cette présence doit être effacée et favorable au déroulement de la consultation, le parent ne doit en aucun cas déstabiliser la relation enfant-praticien, les regards directs enfant-parents sont donc à éviter. (PERETZ et ZADIC, 1998)

Mais s'il faut centrer la consultation sur l'enfant, il peut être préférable d'éloigner l'accompagnant, afin d'obtenir une véritable communication avec l'enfant. Et ce d'autant plus que certains parents ont une attitude pouvant nuire à l'établissement d'une réelle relation lorsqu'ils transmettent leur anxiété, où s'ils perturbent la communication. (PERETZ et ZADIC, 1998; ROSENBERG, 2001)

La plupart du temps, la décision de garder les parents du patient dans la salle de soins est décidée selon plusieurs critères : la personnalité des parents, l'âge de l'enfant et également la nature du soin. (THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

Accepter la présence des parents permet parfois de calmer leur propre appréhension. (DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998; PERETZ et ZADIC, 1998)

D'une manière générale, le jeune patient avant 4 ans a besoin d'un contact physique avec sa mère. Celle-ci doit donc être présente, le prendre sur ses genoux ou lui tenir la main, selon l'âge de l'enfant.

Après 5 ans, le séparer rapidement de sa mère peut être une bonne stratégie qui valorise sa relation avec l'adulte et comble son désir d'autonomie. (FORTIER, 1987)

De même, lors de la réalisation d'actes douloureux, la présence des parents est recommandée. Des études ont montré une diminution des signes de détresse durant ces actes lorsque les parents étaient présents. Il est alors nécessaire de leur avoir expliqué le déroulement de l'acte ainsi que leur rôle pendant celui-ci. (ANAES, 2000)

En conclusion, le chirurgien-dentiste doit s'adapter et réagir au cas par cas. L'important est d'être à l'aise que les parents soient présents ou non dans la salle de soins. (THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

PERETZ et ZADIC (1998), insistent sur le fait que, quelque soit la décision du chirurgien-dentiste, celle-ci doit être prise en accord avec les parents.

II.2.4 La communication

Dans toute communication, le message est donné par l'association de mots et de gestes, on différencie la communication verbale et non verbale. Le système verbal ne transmet que 30 % du message, les 70 autres % sont véhiculés par tout ce qui est non verbal. (THERY-HUGLY et HUGLY, 1996)

II.2.4.1 La communication verbale

L'abord de l'enfant se fait par la parole, il est donc fondamental de contrôler son langage. Le choix des mots est important et doit être adapté à ses capacités.

Le langage doit être simple, sincère et prononcé de manière franche, authentique et vraie. (ANASTASIO et coll., 1991; THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998; ROSENBERG, 2001; WOLIKOW et ADAM, 2001)

Dans cet univers où le mot est roi, les moments de calme où personne ne parle sont également importants. Les premières minutes sont en général un moment de silence permettant de créer un terrain neutre laissant présager de la suite : une communication où chacun tient compte de l'autre. (THERY-HUGLY et HUGLY, 1996; ANASTASIO, 2000)

Le praticien explique au patient en quoi consiste son métier, comment il travaille et finit par présenter tous les instruments qu'il emploie. La turbine est exposée avec son spray, le contre-angle est posé sur le doigt avec une grosse fraise boule à vitesse lente pour montrer qu'il n'y a rien à craindre, la seringue air-eau est également testée avec l'enfant ainsi que les aspirations. Seuls les daviers et seringues sont cachés à l'enfant. Si leur utilisation est nécessaire, ils seront préparés à l'écart pour ne pas éveiller la crainte. (ROSENBERG, 2001)

ROSENBERG (2001), conseille aussi de présenter les bruits produits par les instruments pour éviter de surprendre l'enfant pendant les soins.

Il existe des astuces de langage et des pièges à esquiver. En évitant de poser des questions ouvertes à l'enfant on minimise le risque qu'il ne se bloque en se sentant jugé ou s'il répond mal. Il ne faut donc pas lui demander s'il veut bien ouvrir la bouche, au risque d'une réponse négative, mais par exemple s'il a beaucoup de dents. (WOLIKOW et ADAM, 2001)

Le langage positif est de rigueur, l'esprit humain n'étant pas structuré pour assimiler la négation. Si le praticien dit à son patient "n'aie pas peur", celui-ci va inmanquablement créer une image sensorielle de peur. Une phrase comme "tout se passera bien" est plus rassurante. (ANASTASIO, 2000)

L'investissement du praticien est capital dans la relation, il doit donc utiliser "je". L'emploi de "tu", impératif, risque de faire culpabiliser l'enfant, "j'aimerais que tu te brosses les dents" remplace alors "tu dois te brosser les dents". (ANASTASIO et coll., 1991)

Le chirurgien-dentiste ne doit pas utiliser les mêmes termes que ceux pour les adultes, mais simplifier et imaginer au maximum son langage. L'assistante doit y être sensibilisée également. Le vocabulaire employé est relativement important. Pour permettre d'assimiler ces notions nouvelles, le praticien peut employer certaines expressions comme par exemple :

- faire dormir la dent ou la gencive pour une anesthésie,
- picotis, fourmis pour traduire l'engourdissement,
- retirer, enlever pour une extraction,
- boucher le trou fait par les petites bêtes pour un soin,
- prendre une photo pour une radiographie,
- nettoyer la dent pour détartre ou cureter une carie,
- faire un moule avec de la pâte à modeler pour une empreinte,
- placer un chapeau pour une coiffe pédodontique,
- mettre un parapluie retenu à la dent par une bague pour la digue,
- un petit avion pour la turbine,
- une cuillère pour la curette,
- une pâte grise pour l'amalgame,
- un soleil pour le scialytique,
- une petite maison autour de la dent pour une matrice,...

Il ne s'agit pas de mentir à l'enfant, mais plutôt de lui permettre de tout comprendre et assimiler. Mentir est absolument interdit, il ne faut pas le prendre en traître pour réussir à créer une relation de confiance. (BOURASSA, 1998; THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998; ROSENBERG, 2001)

Il ne faut donc pas dire à l'enfant "tu ne sentiras rien" ou "tu n'auras pas mal" quand cela ne peut être garanti, mais lui expliquer que cela va pincer ou serrer le cas échéant. (WOLIKOW et ADAM, 2001)

Le praticien doit pouvoir exprimer par des mots le comportement de certains enfants lorsqu'ils sont sur le fauteuil: un enfant agité peut révéler une crainte sous-jacente, un enfant posant trop de questions peut tenter de ralentir le soin. Le dire à l'enfant c'est montrer que le problème qu'il exprime à sa façon a été décelé et qu'il faut tenter de le résoudre. (WOLIKOW et ADAM, 2001)

Les encouragements et compliments avant, pendant et après le soin sont appréciables pour l'enfant. (ROSENBERG, 2001; WOLIKOW et ADAM, 2001)

Un aspect fondamental de la communication verbale est l'écoute, en effet un des problèmes de cette relation thérapeutique est que le praticien ne prend pas le temps d'écouter son patient. (THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

II.2.4.2 La communication non-verbale

Ce type de communication est plus fin que le langage verbal. Il transmet des messages que les mots ne peuvent traduire, ainsi un sourire ou un regard réprobateur peut exprimer plus que le langage. Des charges émotionnelles, que les mots déforment ou ne peuvent traduire, s'expriment ainsi. (THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998; WOLIKOW et ADAM, 2001)

Les éléments non verbaux perçus par le patient peuvent être très nombreux : le décor, la salle d'attente, la réception, l'environnement général, le confort, la propreté, ..., mais aussi, l'accueil, le sérieux, les valeurs humaines et l'aspect physique de tout le personnel du cabinet et plus particulièrement du praticien. (THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

Du patient émane également toute une sémantique non verbale comme son comportement, son allure générale, sa façon de se déplacer, de s'habiller, de s'asseoir, sa physionomie, un éventuel sourire, (THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

– le langage des gestes

La première consultation permet au praticien, en observant attentivement son patient, de tracer les grandes lignes de sa personnalité. La charge émotive que l'enfant accorde à ce rendez-vous est indiquée par les postures qu'il adopte ainsi que ses parents. Un enfant s'amusant seul et dont l'accompagnant ne s'occupe pas ne laisse présager aucune anxiété de la part de chacun d'eux. En revanche, un enfant présentant un état de dépendance vis à vis de l'accompagnant peut signifier que le rendez-vous est vécu comme une épreuve désagréable ou présentant un danger quelconque. (BOURASSA, 1998)

Ensuite, il s'agit de bien observer la démarche de l'enfant, ses gestes, attitudes, ... quand l'assistante le conduit dans la salle de soins. Entre l'arrivée dans la salle de soins et le début de l'examen clinique, le praticien va s'attacher à scruter son visage, notamment les mouvements et expressions de ses yeux, des muscles faciaux. Ils vont traduire l'état d'esprit de l'enfant à ce moment. Un enfant inquiet doit être sécurisé et approché plus doucement. (BOURASSA, 1998)

Pendant le soin, la communication verbale est le plus souvent interrompue, il est donc important pour l'enfant de pouvoir signaler toute douleur, gêne ou inconfort. De plus, cela permet de pouvoir gérer le stress, d'avoir des instruments en bouche et peut faciliter l'acceptation de l'ouverture buccale et donc la réalisation du soin. (PASINI et HAYNAL, 1992; ROSENBERG, 2001; PIKE, 2003)

La posture générale du patient sur le fauteuil est un bon indicateur de son état d'esprit. Il est intéressant de regarder si le patient a les jambes croisées ce qui traduit la défense, ou si les mains sont agrippées au fauteuil, ... (PASINI et HAYNAL, 1992)

Le comportement posé, calme du praticien, le contrôle, l'assurance et la maîtrise de ses gestes sont des éléments rassurants pour l'enfant. (FORTIER, 1987; THERY-HUGLY, 1995)

Les points d'appui pris par le praticien doivent permettre à l'enfant de se sentir en sécurité pendant le soin, quand la communication verbale est impossible. (ROSENBERG, 2001)

Des gestes simples et pouvant sembler anodins, comme lui prendre la main, poser une main sur son front ou sur son ventre, peuvent favoriser les échanges en levant des barrières à la communication. (ANASTASIO et coll., 1991)

Le sourire constitue un élément essentiel du langage non verbal. Il traduit la joie du praticien face à un enfant et son plaisir de le soigner. Ce sourire doit être sincère, s'il est forcé l'enfant le verra. (ANASTASIO et coll., 1991)

– le langage des yeux

L'obtention d'un contact visuel est un facteur fondamental de notre approche, il permet une collaboration active de l'enfant dans la relation thérapeutique. (TANDONNET, 1983; THERY-HUGLY et HUGLY, 1996)

Patient et chirurgien-dentiste doivent pouvoir mutuellement lire les expressions sur le visage de l'un et de l'autre. Un masque, par définition va dissimuler les expressions du visage du praticien. Cela peut créer une barrière entre l'enfant et le praticien, il peut donc être souhaitable de ne pas en utiliser. Le praticien lit dans le regard de l'enfant la confiance, la volonté de collaboration, la sincérité. (ROSENBERG, 2001)

L'enfant lit l'encouragement, la satisfaction mais aussi l'assurance, la maîtrise dans celui du praticien, ou au contraire la colère, la contrariété, le doute, l'agacement, la peur, un manque de confiance. Il arrive parfois qu'il suive le soin dans les lunettes du praticien. (ROSENBERG, 2001)

Le patient ressentant toutes nos émotions, le meilleur des anxiolytiques s'avère être le comportement calme et la maîtrise des actes de la part du praticien. (THERY-HUGLY, 1995)

Le chirurgien-dentiste doit pour toutes ces raisons capter le regard de l'enfant, c'est pourquoi il faut l'avoir bien jugé avant de lui proposer des lunettes de soleil décorées et être sûr que cet enfant se laissera aisément soigner. (ROSENBERG, 2001)

– la présentation et l'aspect

Un patient, ou des parents maniaques et méfiants, peuvent avoir une manière de s'habiller très minutieuse. Un aspect négligé peut être lié à une cavité buccale mal entretenue. (PASINI et HAYNAL, 1992)

Des études concernant l'attitude des enfants lors de la première consultation face au port du masque, des gants et des lunettes, par leur praticien montrent que les enfants n'ont pas de grandes aversions pour ces éléments. (DAVIS et coll., 1993)

En outre, une blouse colorée permet de rompre avec les couleurs traditionnelles de l'hôpital. (ROSENBERG, 2001)

– le contact corporel

La distance entre le patient et le praticien doit diminuer progressivement pour passer de la distance personnelle à la distance intime, afin d'éviter tout mouvement de recul, de protection. La distance intime est en général inférieure à cinquante centimètres, le toucher et l'odorat sont à cette distance, soit de puissants facteurs d'aversion, soit de forts stimuli érogènes. (PASINI et HAYNAL, 1992; WOLIKOW et ADAM, 2001)

Le praticien doit rechercher la proxémie, ou bonne distance, en fonction de son patient. (PASINI et HAYNAL, 1992)

L'enfant est très sensible au contact physique, ces gestes simples permettent alors une compréhension mutuelle que bien des paroles ne pourraient engendrer. (ANASTASIO et coll., 1991)

Le praticien peut détendre l'enfant en lui prenant doucement la main, en lui caressant les cheveux, en le prenant par les épaules,.... (THERY-HUGLY, 1995)

– l'environnement sonore

Parmi les éléments non verbaux qui structurent la relation thérapeutique, le bruit est certainement un des facteurs anxiogènes le plus souvent négligé. Une musique douce et mélodieuse permet aux patients d'arriver dans la salle de soins plus détendus. Cette action anxiolytique diminue aussi le seuil de la douleur. En revanche, les bruits les plus stressants sont le téléphone et la turbine. Le principal écueil rencontré est la différence de goûts musicaux des patients. Une solution peut être de demander aux parents d'amener au cabinet un morceau musical relaxant apprécié du patient. (ROBIN et VINARD, 1986; VINARD et RAVIER-ROSEMBLAUM, 1989)

– le contact de la voix

Le ton, le timbre de la voix sont également très importants pour l'enfant et le praticien. Ils permettent l'expression de la colère, de l'anxiété, du mécontentement ou du contentement, de l'encouragement des deux parties. (ROSENBERG, 2001)

II.2.4.3 L'empathie

L'empathie est "la capacité intuitive à s'identifier au vécu du patient", elle fait appel à des qualités d'écoute et de sensibilité de la part du praticien. (RUEL-KELLERMAN, 1989; DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

Selon WOLIKOW et ADAM (2001), il s'agit d'une attitude qui témoigne de l'attention portée à l'enfant.

L'empathie est composée d'une dimension affective, préconisant d'être proche émotionnellement de son patient, tout en gardant une exacte distance qui permet à la relation thérapeutique d'être efficace.

Elle possède aussi une dimension cognitive. Le praticien en décryptant les messages verbaux et non verbaux doit comprendre ce qu'éprouve son patient. (RUEL-KELLERMAN, 1989; THERY-HUGLY et TODOROVA, 1998)

II.2.5 La première rencontre

Il est conseillé de ne réaliser qu'un examen lors de la première rencontre. En ne commençant pas les soins, on diffère une éventuelle confrontation à la douleur ou à des situations désagréables. La seconde visite est alors moins anxiogène. (BOURASSA, 1991; BOURASSA, 1998)

La durée de cette première rencontre est variable selon l'âge de l'enfant. La séance est d'autant plus courte que l'enfant est jeune. Or, soigner ou rencontrer un enfant demande de la patience et nécessite beaucoup de temps. (BOURASSA, 1998; ROSENBERG, 2001)

La règle d'or est de clôturer la première consultation sur un point positif, c'est à dire qu'il faut laisser partir l'enfant avec le sourire. Il est donc souhaitable durant ce premier contact de ne mettre en œuvre que des éléments dont l'enfant peut faire facilement l'expérience. (ANASTASIO et coll., 1991; BOURASSA, 1998; WOLIKOW et ADAM, 2001)

II.3 Les techniques de modification du comportement

Il s'agit de méthodes complémentaires visant l'amélioration de la qualité de la relation praticien–enfant et l'acceptation de l'examen ou des soins par l'enfant. Elles nécessitent le consentement éclairé des parents et une explication à l'enfant, d'autant plus lorsqu'il s'agit de techniques plus autoritaires. (DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

II.3.1 La pré-exposition

La pré-exposition consiste à faire disparaître le facteur “inconnu”, un des principaux éléments faisant naître la peur chez les enfants au cabinet dentaire. Il s'agit de faire une présentation visuelle, tactile, auditive, olfactive du cabinet et des instruments de façon personnelle ou collective. Le toucher plus particulièrement permet de diminuer la charge émotionnelle liée à ces objets. Un enfant ayant été, préalablement, à une ou plusieurs reprises, mis en contact avec le monde dentaire sans avoir subi d'examen dentaire ou de soins adopte un comportement plus calme et plus favorable au traitement quand celui-ci se présente. (BOURASSA, 1991; THERY-HUGLY, 1995; BOURASSA, 1998)

La pré-exposition peut se faire en groupe avec la complicité des écoles. Le chirurgien-dentiste voit alors un nombre limité d'enfants et peut évaluer ceux qui ont besoin d'une éventuelle autre visite de pré-exposition. (BOURASSA, 1991)

L'Union Française pour la Santé Bucco Dentaire (UFSBD) a mis au point des formes de jeux à faire à l'école, permettant de dédramatiser l'environnement en éliminant le facteur inconnu, par une explication du travail du chirurgien-dentiste et une description du matériel. Il existe également de nombreux artifices permettant de se familiariser avec le monde dentaire : livres, bandes dessinées, livres de coloriage, Cd-rom avec jeux et explication du matériel et du rôle du chirurgien-dentiste, CD musicaux, jouets,...

L'association Sparadrap, avec le soutien de la mutualité française, de l'Union Nationale des Services Ambulatoires Mutualistes et la collaboration du Centre de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires (CSERD) du C.H.U de Nantes, a réalisé un livret "Je vais chez le chirurgien-dentiste...", qui explique et rassemble diverses informations utiles à l'enfant en vue du bon déroulement des consultations. (ASSOCIATION SPARADRAP, 2004)

II.3.2 La synchronisation non verbale

La synchronisation non verbale est un procédé permettant de créer et d'entretenir une relation avec l'enfant sans l'aide des mots. Le praticien doit synchroniser ses attitudes, positions, comportements sur ceux de l'enfant.

Cette technique consiste pour le praticien à :

- adapter sa posture à celle de l'enfant,
- calquer la position de la tête, des bras et des jambes dans l'espace,
- reproduire avec discrétion certains gestes de l'enfant ou certains mouvements répétitifs,
- régler sa respiration sur celle de l'enfant,
- copier le rythme des mouvements de l'enfant.

L'enfant reçoit alors, un signe de reconnaissance de la part du praticien, qui entre dans le monde propre de l'enfant. Cette technique est utilisée au début du rendez-vous pendant le moment de silence, elle permet de se sentir reconnu comme sujet qui requiert de l'attention. (ANASTASIO, 2000)

II.3.3 Le renforcement

Le renforcement vise l'augmentation des comportements favorables au soin et la disparition des attitudes indésirables. (BOURASSA, 1998)

Il existe deux types de renforcement : le positif et le négatif.

- le renforcement positif consiste à féliciter, complimenter et éventuellement récompenser l'enfant pour un comportement favorable à l'élaboration de l'acte ou à l'amélioration du rapport soignant/soigné. La récompense n'est pas une façon d'acheter l'enfant et ne doit pas être perçue comme telle par celui-ci. Il doit parfaitement comprendre que c'est son comportement qui lui vaut ce présent. Il faut le remercier de sa coopération et souligner les aspects positifs. Le chirurgien-dentiste doit parfois faire preuve d'imagination quand peu d'attitudes positives ont été notées. (THERY-HUGLY, 1995; THERY-HUGLY et HUGLY, 1996; BOURASSA, 1998; WOLIKOW et ADAM, 2001)
- un renforcement négatif est utilisé à chaque reproche formulé. Ainsi, le chirurgien-dentiste utilise le renforcement négatif quand il réprimande l'enfant pour un comportement perturbateur, ou qu'il ignore celui-ci. (BOURASSA, 1998)

II.3.4 Le façonnement

Cette méthode tend vers l'acquisition progressive d'un comportement favorable à la réalisation du soin, par renforcement progressif des comportements favorables et l'ignorance des autres conduites. (BOURASSA, 1998)

Les cris, pleurs et autres comportements négatifs sont passés sous silence alors que tous les comportements de coopération sont renforcés positivement.

Parmi les conduites négatives, les tentatives de gain de temps pour retarder le soin sont fréquentes, ainsi le besoin d'aller aux toilettes, de se rincer fréquemment ou les plaintes de nausées ou d'envie de vomir sont à considérer et à étudier. En effet, il faut bien faire la différence entre les véritables plaintes et les essais de manipulation. (BOURASSA, 1998)

En cas de tentative de manipulation avérée, le praticien doit faire clairement comprendre à l'enfant que le soin sera réalisé et que ces tentatives ne font que prolonger la durée du rendez-vous. (BOURASSA, 1998)

II.3.5 Le “tell/show/do”

Cette méthode a été mise au point par Addelston, un pédodontiste Américain en 1959. Le “tell/show/do” est la méthode la plus employée par la profession. Elle est basée sur l'élimination du facteur inconnu, fondement de l'anxiété.

Elle se traduit par “expliquer/monttrer/faire” :

- expliquer : le praticien explique l'acte qu'il va réaliser en termes simples et en s'assurant que le patient comprend bien toutes les explications données. Il est inutile de submerger l'enfant d'explications, le mieux est de rester simple et concis.
- montrer : une démonstration de l'intervention qui va avoir lieu est réalisée. Les instruments anxiogènes sont remplacés par d'autres, moins effrayants. Il est conseillé de laisser l'enfant toucher les instruments et éventuellement de réaliser une simulation de l'acte sur la poupée, le nounours ou l'accompagnant. L'acte devra être identique et fidèle à la manipulation pour éviter que l'enfant ne sente sa confiance trahie. Les douleurs éventuelles sont abordées dans leur intensité et leur durée.
- faire : il s'agit de la réalisation de l'acte proprement dit, dans la cavité buccale de l'enfant. Il doit être réalisé le plus rapidement possible après les deux étapes précédentes. On fait ce que l'on a dit. (BOURASSA, 1998)

II.3.6 Le contrat de soins

Le contrat de soins est un accord passé entre le praticien et son jeune patient, celui-ci s'adapte à l'âge de l'enfant. Il s'agit d'un pacte prenant une forme "demande-promesse" dans lequel le respect de son engagement est primordial. Cette méthode peut être utilisée dès l'âge de 3 ans et jusqu'à l'adolescence.

La réalisation en est simple, la situation confronte un enfant ayant besoin de soins et un praticien désireux de réaliser des actes de qualité, tant sur le plan technique que psychologique. La communication s'établit donc sur un échange de demandes du praticien et de promesses du patient. (DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

Les demandes du praticien doivent être correctement expliquées à l'enfant (ex : ouverture de la bouche, ne pas bouger, etc...). En retour, si l'enfant les accepte, le praticien le reconnaît comme sujet à part entière. L'enfant se sent alors pleinement impliqué dans la consultation. Une possibilité de contrôler le soin lui est offerte, en levant le bras par exemple, à condition de ne pas abuser de ce pouvoir.

Un "oui" prononcé les yeux dans les yeux va permettre aux deux protagonistes de sceller le contrat. (DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

Au début de chaque séance les termes du contrat élaboré à la séance précédente doivent être rappelés. A la fin de la séance un bilan est réalisé et un nouveau contrat formulé. S'il est fondamental de dire ce qui va être fait, il est essentiel de faire ce qui a été dit. Il peut être souhaitable de garder confidentiel les termes du contrat entre le praticien et l'enfant, ceci valorise le désir d'autonomie du jeune patient. Il s'agit d'une communication perpétuelle entre le praticien et l'enfant, ce contrat peut être remis en question si cela se réalise par le dialogue. (DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

II.3.7 Le ton de voix

Cette technique consiste à parler à l'enfant avec détermination, cette conviction dans la voix est confirmée par l'expression du visage.

Quand son comportement devient favorable, le praticien adoucit l'inflexion, le ton de sa voix et renforce positivement l'enfant. (BOURASSA, 1998; DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998)

II.3.8 Le conditionnement négatif

Cette méthode ne sera qu'évoquée, car elle va à l'encontre de toutes les règles de la communication. Elle n'est à utiliser que lorsque toutes les autres méthodes ont échoué et qu'un comportement négatif persiste. (PIKE, 1995; BOURASSA, 1998)

Elle consiste à mettre la main sur la bouche de l'enfant en cas d'attitude gênante. Ce faisant, le praticien doit expliquer son geste d'une voix calme et détendue, en lui disant que son comportement empêche le bon déroulement du soin. A chaque fois que l'enfant recommence, le praticien reproduit son geste. (BOURASSA, 1998)

Il est fondamental de rester calme, de ne montrer aucune violence ou agressivité, l'enfant se sentirait alors persécuté et risquerait alors de réitérer ses attitudes par peur du praticien. Cette technique et son pourquoi doivent être bien expliqués aux parents ou accompagnant. (BOURASSA, 1998)

II.3.9 La désensibilisation

La désensibilisation est utilisée pour rompre une association créée entre un stimulus et une réaction de peur. Dans ce cas, le stimulus est l'environnement ou le soin dentaire. (BOURASSA, 1998)

Cette procédure vise la disparition, étape par étape, de la réponse phobique au stimulus. Le patient établit une liste des éléments qui l'effraient au cabinet, du moins au plus effrayant. Ensuite, grâce à des méthodes de relaxation, il pourra passer d'un élément au suivant, en combattant la peur associée. (BOURASSA, 1998)

Il peut toutefois être nécessaire d'avoir recours à un thérapeute spécialiste si les réactions de peur persistent et si elles sont très importantes. (BOURASSA, 1991)

II.3.10 L'apprentissage par modèle

Cette méthode est simple et s'avère souvent efficace. Elle consiste à faire observer à l'enfant, des patients recevant un soin, ces patients doivent naturellement avoir un comportement coopératif. Il peut s'agir d'une projection de vidéo dans la salle d'attente mais aussi d'un soin réalisé sur un frère, une sœur ou une autre personne de la famille de l'enfant.

Le principe de l'apprentissage par modèle est de montrer le type de comportement que l'on attend de l'enfant et de démystifier le soin dentaire. (BOURASSA, 1991; BOURASSA, 1998)

II.3.11 La distraction

Cette méthode est plutôt adaptée aux soins longs. L'enfant étant souvent par nature, très actif et peu apte à rester longtemps en place, son agacement se fait rapidement ressentir. (THERY-HUGLY, 1995; BOURASSA, 1998)

Il faut alors capter son attention par divers artifices tels qu'un écran suspendu au dessus du fauteuil. Les programmes diffusés doivent distraire l'enfant et lui faire oublier le soin. Les dessins animés semblent être parfaitement adaptés. La télévision ou un baladeur avec une musique appréciée sont également utilisés. (VINARD et RAVIER-ROSEMBLAUM, 1989; BOURASSA, 1998; COURSON et LANDRU, 2001)

II.3.12 La saturation du conscient

Cette technique est employée de façon plus particulière pour la réalisation des anesthésies locales. Il s'agit de dédramatiser un acte perçu, le plus souvent, comme douloureux et pénible.

Le praticien demande à l'enfant de se concentrer fortement sur ce qu'il tient dans la main, sur la qualité du contact de cet objet avec la pulpe de ses doigts, sa texture, la pression de chaque doigt sur cet objet, L'enfant devra, par exemple, tenir un verre d'eau ou un flacon d'anesthésique de contact, dans une position strictement horizontale et en gardant le bras tendu. En captant et en occupant toute l'attention de l'enfant dans la réalisation d'un geste précis, tout le conscient de l'enfant va être focalisé sur cette action, ce qui va libérer un champ pour réaliser l'acte désiré.

L'enfant doit savoir que ce geste est en rapport direct avec l'accomplissement de l'intervention.

Le praticien peut également jouer sur l'imaginaire de l'enfant, en lui demandant d'imaginer qu'il a quelque chose de fragile, précieux entre les mains, il ne faut donc pas le casser ou le laisser tomber. (ANASTASIO, 2000)

II.3.13 La dissociation

Cette méthode est intéressante pour un enfant qui a déjà eu des expériences antérieures traumatisantes (avec le monde médical ou dentaire) et que l'on voit pour la première fois. Ce procédé consiste à séparer l'enfant de ses émotions, on peut en utilisant l'imaginaire du petit patient. (ANASTASIO, 2000)

En lui demandant d'imaginer un écran blanc de cinéma à une distance qu'il détermine, il doit projeter l'image du cabinet dentaire dans lequel il se faisait soigner avant. Il peut alors regarder le chirurgien-dentiste le soigner. C'est ce tout qu'il voit, entend, fait et ressent, qu'il est important de lui demander.

Pendant cet exercice, le praticien doit insister sur le fait qu'il est en sécurité là où il est et que ce qu'il voit ne correspond pas au présent.

Il dissocie alors l'enfant de ses émotions passées, un accompagnement non verbal pendant cet exercice est nécessaire. Ceci permet au praticien de savoir ce qui a pu effrayer son patient auparavant. L'enfant peut ressentir son expérience antérieure d'une toute autre façon.

Ce procédé est important pour la suite des soins car il sera alors à nouveau possible de dissocier l'enfant de ses émotions. (ANASTASIO, 2000)

II.3.14 La relaxation, l'hypnose et la sophrologie

Ces méthodes d'approche sont spécifiques et nécessitent des compétences particulières. Elles sont indiquées chez les patients difficiles refusant les actes les plus simples. (TANDONNET, 1983)

Elles demandent la coopération de l'enfant et la présence discrète de l'accompagnant.

– la relaxation

Il est difficile de faire comprendre à un enfant, d'autant plus quand il se trouve dans un état d'inquiétude ou d'énerverment avancé, que le terme détente signifie un apaisement du corps et de l'esprit et non un laisser-aller total.

Il n'existe pas de méthode toute prête dans ce domaine car l'approche du praticien se base sur la spontanéité, nécessaire à son authenticité. De plus la qualité de la relation est influencée par les personnalités respectives du chirurgien-dentiste et de l'enfant. Le praticien doit donc s'adapter à chaque cas mais peut cependant s'appuyer sur un schéma type de séance de relaxation, proposé par TANDONNET (1983) :

Etape 1 : la relaxation physique

L'enfant se place dans une position la plus confortable possible, généralement il s'allonge. Le praticien l'invite alors à fermer les yeux et à respirer calmement avec le ventre pour améliorer la concentration.

Il s'agit d'une respiration diaphragmatique facilement objectivable en plaçant la main sur le ventre du patient, cela peut aider également le jeune patient en guidant le jeu musculaire.

La relaxation, qui est pour l'enfant comme une réappropriation par la conscience de son corps, à moins qu'il ne s'agisse d'une diminution de l'excitabilité cérébrale recherchée, va ensuite concerner les bras. Le praticien en les touchant à leur surface permet à l'enfant d'avoir une meilleure représentation spatiale de ses bras.

L'étape suivante concerne les jambes, le praticien pour obtenir une décontraction complète peut réaliser, comme pour les bras une série de mobilisations.

Enfin, la relaxation de la tête et du cou est réalisée par des mouvements circulaires du doigt de l'enfant pour déterminer les limites de son visage.

Etape 2 : la relaxation mentale

Quand la détente physique atteint un stade acceptable, le patient est amené à prendre conscience de la sensation de cet état de calme. La communication verbale reprend à ce moment (après avoir été, quelque peu, suspendue) car il faut immédiatement mettre à profit les potentialités de compréhension et d'audition exacerbées par la diminution du stress. Il s'agit alors de poser les bases d'un premier dialogue verbal sans tenter de soigner directement l'enfant.

Etape 3 : la récupération progressive

La séance de relaxation est clôturée par une phase de récupération lente pendant laquelle, l'enfant retrouve progressivement un niveau de vigilance et un tonus musculaire normaux.

Une fois l'attention totalement retrouvée, le thérapeute peut entamer une véritable communication avec l'enfant.

– l'hypnose

L'hypnose est définie par l'association médicale britannique, citée par BOURASSA (1988), comme "un état altéré d'attention chez un sujet, qui peut être induit par une autre personne et chez qui une variété de phénomènes peut apparaître spontanément, suite à une stimulation verbale ou autre. Cet ensemble de phénomènes dans lequel on retrouve une certaine altération de la mémoire et de la conscience, augmente le degré de susceptibilité du sujet à produire un comportement qui serait très difficile à obtenir à l'état normal".

Deux concepts importants ressortent de cette définition : stimulation verbale et susceptibilité hypnotique appelée aussi suggestibilité.

L'hypnose permet par des suggestions simples de créer un climat de détente favorable à l'établissement de bons rapports entre patient et praticien. En odontologie, il s'agit de la recherche de trances légères ou moyennes permettant la mise en place d'un climat de confiance, de collaboration entre chirurgien-dentiste et patient impliquant détente et relâchement. (BOURASSA, 1988; ERICKSON, 1990)

En odontologie, une nouvelle méthode est née du fait de l'utilisation progressive des techniques : l'hypnodontie. (BOURASSA, 1988)

Un climat de confiance est nécessaire avant de débiter une séance d'hypnose. Le patient est invité à fermer les yeux. Ensuite, avec une voix douce et continue le praticien donne des suggestions amenant progressivement le patient en état d'hypnose.

Le flot de paroles est régulier. Une phase de réduction hypnotique conclut la séance. (BOURASSA, 1988; ERICKSON, 1990)

Les indications de l'hypnose en odontologie sont les suivantes :

- favoriser la communication entre patient et praticien,
- diminuer tension et anxiété du patient,
- améliorer le confort du patient soumis à une intervention longue,
- diminuer la quantité de produits anesthésiques,
- réduire la salivation, les saignements et nausées,
- augmenter la coopération du patient face à l'utilisation de certains instruments,
- diminuer le choc post-opératoire. (BOURASSA, 1988)

– la sophrologie

La sophrologie est née en Espagne en 1960, Alphonse Caycedo en est son créateur. Elle est extraite de la phénoménologie, de l'hypnose et de techniques de modification d'état de la conscience tirées des expériences de Caycedo avec les grands mystiques orientaux. (LAMBRETTE, 2000; RESCANIERE, 2000)

Selon LAMBRETTE (2000), Alphonse Caycedo définit la sophrologie comme “une science ou plutôt une école spécifique qui étudie la conscience, ses modifications et les moyens physiques, chimiques ou psychologiques pouvant la modifier dans un but thérapeutique, prophylactique ou pédagogique”.

Cette science peut être utilisée chez l'enfant à partir de 5 ans, il est alors capable de comprendre et de dialoguer.

Selon RESCANIERE (2000), la sophrologie peut permettre à l'enfant :

- d'acquérir, de façon croissante, confiance en lui,
- de favoriser son indépendance,
- d'exprimer ses émotions, ses sentiments,
- d'apprendre à assimiler de nouvelles situations, de nouveaux espaces,
- d'apprendre à intégrer son schéma corporel,
- de maîtriser une souffrance physique par la concentration de son esprit sur autre chose et la relaxation.

II.3.15 La prémédication sédatrice

D'après BERTHET et coll. (2001), la sédation est l'ensemble des actes thérapeutiques entraînant un état de dépression du système nerveux central qui diminue ou supprime les réactions neuro-endocriniennes lors d'une agression.

Communément, la prémédication sédatrice est la prescription de molécules tranquillisantes telles que les hypnotiques et les anxiolytiques chez l'enfant ne présentant aucune pathologie générale. Cette prescription ne doit pas être systématique en raison de leur emploi délicat et de leurs effets indésirables. Elle ne doit pas être de première intention et impose une surveillance attentive du patient avant, pendant et après le rendez-vous, car elle ne doit pas perturber la respiration, la vigilance, ou tout autre paramètre physiologique. (BERTHET et coll., 2001)

La voie orale est la voie d'administration la plus employée, cependant les comprimés sont contre-indiqués chez les enfants de moins de 6 ans en raison du risque de fausse route. Dans ce cas, d'autres formes galéniques telles que les sirops sont utilisées. Les sédatifs sont contre-indiqués en cas d'hypersensibilité à la molécule ou d'insuffisance respiratoire.

L'efficacité de la sédation est évaluée lors de la seconde visite et réajustée en fonction des résultats obtenus. (BERTHET et coll., 2001)

II.3.16 La sédation consciente par inhalation d'un mélange oxygène/protoxyde d'azote

Développé en 1961 et mis sur le marché en 1965, dans les pays anglo-saxons, le mélange fixe MEOPA a vu l'éventail de ses indications s'élargir au cours des dernières décennies. (CARBAJAL, 2003)

Cette technique est utilisée depuis plus de vingt ans en Amérique du nord et dans la plupart des pays d'Europe du nord, où l'efficacité et l'innocuité de ce procédé ne sont plus à prouver.

Il s'agit d'une légère diminution du degré de conscience préservant l'état d'éveil et ne nécessitant pas d'aide respiratoire. Cet état s'obtient par l'inhalation d'un mélange équimolaire d'oxygène-protoxyde d'azote (N₂O-O₂). (BERTHET et coll., 2001)

Le patient se trouve dans un état d'analgésie relative, c'est à dire une phase de relaxation où il peut répondre à chaque stimulation verbale ou mécanique. Il garde le contrôle de ses réflexes pharyngo-laryngés et de sa respiration. Toutes les constantes physiologiques sont normales, les muscles détendus, la respiration régulière, les yeux sont ouverts et le regard apaisé.

Cette technique s'adresse notamment aux enfants et adolescents anxieux de 4 à 15 ans.

D'après CARBAJAL (2003), les contre-indications liées au patient sont :

- l'épanchement gazeux non drainé (pneumo-thorax, pneumo-médiastin ou emphysème, distensions intestinales),
- l'hypertension intracrânienne, pulmonaire
- les altérations de l'état de conscience,
- les embolies gazeuses,
- les états hémodynamiques précaires
- les accidents de plongée,
- les traumatismes crânio-facial empêchant l'application du masque, ou traumatismes crâniens non évalués.

BERTHET et coll. (1994) recommandent de ne pas utiliser le MEOPA dans les cas de :

- drépanocytose,
- mucoviscidose,
- cardiopathie sévère,
- insuffisance respiratoire chronique,
- insuffisance hépatique ou rénale,
- obstruction des voies aériennes supérieures,
- déficit en vitamine B12,
- risque de surpression dans les cavités aériennes closes,
- traumatismes des os de la face ou d'un accident ayant engendré une altération de la conscience.

Chez les patients sous psychotropes ou opiacés, il existe des risques de pauses respiratoires. Une surveillance médicale est nécessaire lors de l'utilisation du MEOPA.

II.3.17 L'anesthésie générale

L'anesthésie générale se définit comme l'absence complète de sensibilité totale par dépression temporaire du système nerveux central, au moyen de produits médicamenteux appelés agents anesthésiques.

Selon BERTHET et coll. (2001), les objectifs à atteindre sont :

- la perte de conscience,
- l'analgésie,
- la relaxation musculaire,
- l'absence de réflexes à l'agression.

Il est du devoir d'un praticien de refuser d'emblée l'anesthésie générale, qui peut sembler être une solution de facilité, car elle ne résout rien quand au devenir de l'enfant face aux soins dentaires. (ANASTASIO et coll., 1991; KUPIETZKY, 1999; SHELLER et coll., 2003)

Les indications de l'anesthésie générale sont les suivantes (BERTHET et coll., 2001) :

- comportement du patient rendant impossible les soins en ambulatoire,
- enfants handicapés ou inadaptés (trisomique 21, infirme moteur d'origine cérébral, psychopathe, ...),
- contexte médical urgent et multiplicité des soins (nombreux foyers infectieux à éradiquer avant intervention, infection focale, ...),
- enfants atteints d'un déficit immunitaire,
- contexte médical ou comportemental de l'enfant contre-indiquant l'anesthésie locale,
- nature de l'intervention (germectomies, dents incluses).

Chez l'enfant sain, l'anesthésie générale doit être l'ultime alternative après l'échec de toutes les autres techniques. Il a cependant été souligné qu'une amélioration des habitudes d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire apparaît après anesthésie générale. (ANASTASIO et coll., 1991; BERTHET et coll., 2001)

En conclusion, les anesthésies générales ne sont indiquées que lorsque le nombre et la difficulté des actes sont importants. En aucun cas, il ne doit s'agir de techniques de confort. (BERTHET et coll., 2001; SHELLER et coll., 2003)

III Déroulement de la première consultation

III Déroulement de la première consultation

La première consultation a pour principal objectif de familiariser l'enfant avec le milieu dentaire. Il ne faut cependant pas oublier qu'en tant que professionnel de santé, le chirurgien-dentiste se doit de soigner, lorsque c'est nécessaire. Il doit alors réaliser l'interrogatoire, l'examen clinique, mais aussi dispenser des conseils d'hygiène et de diététique et réaliser les bilans orthodontique, carieux et fluoré. Il ne s'agit pas de tout réaliser la première fois, mais d'en faire le maximum, pour laisser partir le patient avec le sentiment d'avoir bien travaillé. (FORTIER, 1987)

III.1 L'interrogatoire des parents

Comme nous l'avons vu précédemment, il est souhaitable que les informations concernant la santé de l'enfant soient recueillies lors d'un entretien préparatoire avec les parents seuls, si l'enfant est jeune. L'envoi d'un questionnaire type (par exemple avec la lettre d'explication du premier rendez-vous) peut faire gagner du temps lors de cette consultation, il suffira de le reprendre point par point avec les parents du patient. Si l'enfant est plus âgé, il pourra répondre seul aux questions posées. (JEGAT et RIBES, 2001)

MAGNUSSON et coll. (1988) conseillent, en cas d'impossibilité d'interrogatoire préalable, de le réaliser dans une pièce à part, pour éviter de faire naître le stress à la vue du matériel présent dans la salle de soins. Il est possible aussi d'aménager, à l'intérieur même de la salle de soins, un endroit prévu à cet effet.

Le jour de la prise du rendez-vous, l'assistante demande aux parents d'apporter le carnet de santé et les interroge sur le motif de consultation.

A la fin de la consultation, nous notons les éventuels soins réalisés et les observations faites.

Lors de cette étape, le port du masque n'est pas nécessaire. Il risque de nuire à la qualité de la communication avec les parents, ou l'enfant lui-même. Durant l'entretien, l'observation des attitudes de l'enfant permet d'évaluer son éventuelle anxiété. (COURSON et LANDRU, 2001; JEGAT et RIBES, 2001)

En pratique, cet interrogatoire doit ressembler à une discussion amicale et non un interrogatoire policier. En commençant par l'état civil de l'enfant, il se poursuivra par l'anamnèse médicale générale.

ETAT CIVIL

Nom :

Prénom :

Age :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Numéro de téléphone du domicile :

Noms et prénoms des parents :

Profession des parents :

Numéro de téléphone du travail des parents :

Numéros de sécurité sociale :

Nombre de frères et sœurs :

Nom adresse et numéro de téléphone de la personne nous adressant l'enfant :

Nom adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

Nom adresse et numéro de téléphone du pédiatre :

Motif de consultation :

Niveau scolaire :

Activités, passions (horaires) :

ANAMNESE MEDICALE GENERALE (FORTIER, 1987)

Lors de l'anamnèse médicale générale, consulter le carnet de santé est important même si tout n'y est pas forcément noté.

- antécédents héréditaires

Ils correspondent à l'ensemble des affections génétiques pouvant expliquer certaines anomalies. C'est le cas des amélogénèse ou dentinogénèse imparfaites, des ostéodysmorphies générales : dystrophies osseuses héréditaires telles que la prognathie mandibulaire génotypique. Il peut également s'agir de troubles de l'hémostase comme l'hémophilie.

- antécédents maternels

La sphère oro-faciale peut être influencée par des troubles survenus durant la grossesse. Des anomalies de forme, de minéralisation peuvent être observées.

Certains médicaments ont des effets délétères sur la cavité buccale ainsi que sur tout le reste du corps. L'administration de tétracyclines entraîne des dyschromies dentaires irréversibles pour l'enfant.

Une radiothérapie peut provoquer des anomalies de développement des tissus osseux et dentaires de l'enfant.

Des maladies virales et microbiennes et en particulier la rubéole peuvent occasionner de nombreuses affections chez l'enfant telles que des anomalies de nombre (agénésies), anomalies de volume (dents naines, conoïdes), fentes labiales et palatines.

D'autre part, certaines malformations maxillaires et dentaires ont pour origine des manœuvres obstétricales, c'est pourquoi, il est important de demander à la mère s'il n'y a pas eu de complications à la naissance.

Une prématurité doit être également notée.

– antécédents personnels

Les affections classiques de la petite enfance interviennent durant la phase de formation et minéralisation des germes dentaires. Troubles gastro-intestinaux, rhinopharyngites, fièvres, ..., peuvent avoir des répercussions sur les germes, par le déséquilibre du métabolisme phosphocalcique qu'elles peuvent entraîner. Les manifestations observées sont des hypoplasies localisées sur le groupe de dents en cours de minéralisation.

L'organogenèse et la morphogenèse sont défavorablement influencées par les carences nutritionnelles et vitaminiques. Ainsi, un retard de dentition peut être observé en cas d'hypovitaminose A. L'hypovitaminose B peut entraîner des troubles de minéralisation. Les hypovitaminoses C et D peuvent avoir respectivement pour conséquences des troubles de croissance des structures dentinaires et des lésions coronaires et radiculaires.

Nous notons également tous les antécédents de traumatismes faciaux et dentaires. Toute atteinte des dents temporaires peut entraîner des anomalies des dents définitives. Ces anomalies sont des malformations coronaires ou radiculaires, des dilacérations corono-radiculaires et des hypoplasies.

D'éventuelles allergies médicamenteuses, alimentaires ou autres réactions à des anesthésies locales ou générales sont également notées.

– bilan médical

Un bilan médical général précis est réalisé, passant en revue les systèmes cardiovasculaire, pulmonaire, rénal, neurologique, endocrinien et sanguin. Tous les antécédents ayant trait à ces éléments doivent être connus afin de mettre en place les mesures pré, post et per-opératoires appropriées et de décider de la pertinence de chaque acte clinique.

Un acte dentaire jugé anodin, peut entraîner une dissémination bactérienne et avoir de graves conséquences, si les risques de greffes bactériennes n'ont pas été déterminés lors de l'interrogatoire (infections focales et endocardites d'Osler).

- traitements médicamenteux en cours

Tous les traitements médicamenteux en cours doivent être connus avec précision pour éviter les risques d'interactions avec d'éventuelles nouvelles prescriptions et des répercussions sur la sphère oro-faciale.

- état général

L'état général de l'enfant est évalué par rapport aux données classiques : poids, taille, constitution, courbe de croissance.

- habitudes alimentaires, hygiène de vie et bucco-dentaire

Enfin, l'exploration des habitudes alimentaires, de l'hygiène de vie, de la qualité du sommeil et des éventuels soins dentaires, termine cette discussion.

Au cours de cet interrogatoire, nous tenterons de deviner les sentiments et comportements de l'enfant et des ses parents.

III.2 L'examen clinique proprement dit

L'examen clinique est composé de deux éléments : observation /inspection et palpation. Il semble, bien souvent, que le temps imparti à celui-ci soit trop court. Les échecs thérapeutiques rencontrés sont majoritairement la conséquence d'erreurs de diagnostic. Nous devons donc prendre le temps d'inspecter et de palper correctement, les zones anatomiques et organes en cause dans les affections rencontrées dans notre spécialité. (FORTIER, 1987)

III.2.1 Examen exo-buccal

Cet examen commence dès l'entrée de l'enfant dans le cabinet, en observant son attitude générale (active ou passive), ses rapports avec ses parents. Nous évaluons son poids, sa taille par rapport à son âge civil pour écarter d'éventuels troubles alimentaires (obésité, maigreur extrême...). Ainsi l'aspect maigrichon d'un enfant peut révéler un problème médical non décelé, un problème psychologique ou être lié au contexte socio familial. (COURSON et LANDRU, 2001)

Quand l'enfant est assis nous observons ses mains, à la recherche de signes d'anxiété (onychophagie) ou d'un cal sur les doigts, signe d'une succion. (COURSON et LANDRU, 2001)

– examen de la face

Nous allons déterminer dans un premier temps si le visage de notre patient est bien symétrique et harmonieux. Dans le sens horizontal, nous observons les différents étages de la face et dans le sens vertical nous recherchons la symétrie par rapport à la ligne passant par la pointe du nez et le menton. Une asymétrie peut signifier des troubles des structures osseuses. De nombreux syndromes sont accompagnés d'anomalies maxillo-faciales (hypoplasie du zygomatique et du malaire, fentes palpébrales, syndrome de Pierre Robin : rétrognathie mandibulaire marquée, syndrome de Fransceschetti : asymétrie faciale avec hypo ou aplasie de la branche montante, ...). (FORTIER, 1987; JEGAT et RIBES, 2001)

De profil, l'évaluation des plans de Francfort et sous-mandibulaire, donne une idée de l'axe de croissance. (JEGAT et RIBES, 2001)

Nous devons aussi évaluer les tendances morphogénétiques à la recherche d'une progénie, d'une prochéilie, d'un profil convexe ou concave. La tonicité des lèvres et leur degré d'occlusion ou d'inocclusion sont notés. (FORTIER, 1987)

Nous pouvons inspecter les globes oculaires à la recherche d'une éventuelle protrusion, la forme du nez, des lèvres, la présence de cernes, les pommettes saillantes ou non. Un nez aquilin avec des ailes peu développées peut révéler une insuffisance respiratoire. Nous rechercherons une béance labiale à l'état de repos (respirateurs buccaux). (COURSON et LANDRU, 2001)

– examen des téguments

Ils peuvent parfois être modifiés dans leurs volumes ou leurs couleurs par des phénomènes inflammatoires ou infectieux (cellulites ou ostéites). Les infiltrations des tissus et loges sont plus rapides chez l'enfant.

Nous recherchons d'éventuelles cicatrices ou hématomes, signes de traumatismes. Les anesthésies locales ou loco-régionales peuvent induire des oedèmes. La palpation des lèvres peut révéler des chéloïdes. Nous pouvons enfin observer l'extériorisation de nombreuses maladies infantiles (rougeole, scarlatine, varicelle, ...). (FORTIER, 1987)

– examen des articulations temporo-mandibulaires (ATM)

Nous palpons systématiquement les ATM à la recherche de crépitations, ressauts, craquements, L'observation des chemins d'ouverture et de fermeture permet d'objectiver une déviation. Des algies spontanées ou provoquées sont également recherchées. Nous déterminerons les causes locales ou générales d'éventuels trismus. Il est intéressant de noter tous les éléments caractérisant les ATM pour pouvoir les comparer à ceux enregistrés après un éventuel traumatisme. (FORTIER, 1987; JEGAT et RIBES, 2001)

- adénopathies cervico-faciales

Un examen systématique des aires ganglionnaires est réalisé. Les adénopathies peuvent être causées par des germes banaux ou spécifiques, des virus ou des parasites. Leur apparition peut être d'origine dentaire ou générale. Nous devons donc adresser au médecin traitant tout patient souffrant d'une adénopathie dont l'origine bucco-dentaire est écartée. (FORTIER, 1987)

III.2.2 Examen endo-buccal

L'examen endo-buccal se réalise avec le miroir et la sonde. Il comprend les mêmes temps que l'examen exo-buccal : inspection et palpation. C'est le premier contact de l'enfant avec nos instruments. (MAGNUSSON et coll., 1998)

- examen des muqueuses

Il se réalise après un nettoyage succinct des muqueuses et en systématisant l'ordre d'inspection, pour ne rien oublier. Nous observons d'abord la face interne des lèvres puis les joues. Le palais est ensuite inspecté à l'aide du miroir. Après rétraction prudente de la langue nous apprécions la qualité et la teinte des muqueuses linguale et du plancher lingual. (MAGNUSSON et coll., 1998)

Les muqueuses peuvent être le siège de nombreuses affections, le plus souvent d'origine locale mais elles relèvent aussi parfois de pathologies générales. Nous cherchons particulièrement des morsures au niveau des joues, des ulcérations, des variations de colorations, des parulies, et des aphtes. (FORTIER, 1987)

L'examen des freins requiert une attention particulière. Une insertion trop basse du frein labial médian maxillaire peut être la cause d'un diastème inter incisif. A la mandibule, une hypertrophie de ce frein peut entraîner une récession au niveau des incisives permanentes.

Les freins latéraux doivent également être observés. Le frein lingual ne doit pas être trop court, il maintiendrait alors la langue en position trop basse. Nous essaierons de caractériser ces freins : volume, insertions, consistance fibreuse. (FORTIER, 1987; JEGAT et RIBES, 2001)

– examen de la gencive

Un examen parodontal complet, à la sonde parodontale sur tous les sites, n'est réalisé que si les conditions générales motivent ce bilan. La couleur de la gencive, son épaisseur, la présence de saignements ou de tout autre signe inflammatoire, de plaque, de récessions, de parulies, d'épulis, ..., est notée. Les aphtes et les manifestations herpétiques sont fréquentes chez l'enfant et s'accompagnent de gênes à l'alimentation.

La hauteur de gencive kératinisée en regard des dents en éruption est mesurée. (FORTIER, 1987; MAGNUSSON et coll., 1998; COURSON et LANDRU, 2001; JEGAT et RIBES, 2001)

Les stomatites et gingivites étendues doivent faire penser à une pathologie générale. (FORTIER, 1987)

– examen de la langue

La langue a une importance fondamentale dans le développement des maxillaires, de la mandibule et des arcades dentaires. Nous nous attacherons à noter son volume, sa mobilité, ses positions au repos et lors de la déglutition et de la phonation. La position basse de la langue peut être la conséquence d'un frein trop court ou d'un encombrement postérieur par des amygdales trop volumineuses. Dans ce cas, le patient sera adressé à un confrère oto-rhino-laryngologiste. (FORTIER, 1987; JEGAT et RIBES, 2001)

– examen des glandes salivaires et chaînes lymphatiques

La palpation systématique des glandes salivaires et des chaînes lymphatiques sous-maxillaires et sous-angulaire est réalisée pendant l'examen endo-buccal. (FORTIER, 1987)

– examen dentaire

Dans un premier temps, les dents sont comptées pour établir la formule dentaire et juger de l'avance ou du retard dentaire de l'enfant. Ensuite, les anomalies dentaires sont répertoriées : anomalies de nombre (dents surnuméraires, agénésies), anomalies de forme, de volume mais aussi inclusion, rotation, dents extraites, dystopie, Ensuite, nous procédons à un examen individuel de chaque dent et ce, sur les cinq faces coronaires qui la composent. Les dents doivent être propres et sèches. Morphologie et structure de l'émail sont notées, à la recherche de puits et fissures profonds, d'hypoplasies ou hypocalcifications, d'abrasions, de résorptions pathologiques, d'attrition, d'anciens traumatismes. Nous ferons bien sûr le recensement de toutes les lésions carieuses : caries proximales, occlusales, cervicales et implications pulpaire, parodontale. (FORTIER, 1987; MAGNUSSON et coll., 1998; KUHN et BESNAULT, 2000; JEGAT et RIBES, 2001)

– examen de l'occlusion

- examen intra arcade

La symétrie et l'harmonie des arcades doivent être observées. Nous recherchons alors des anomalies comme l'absence d'une dent par agénésie ou extraction, des retards d'éruption, la présence ou l'absence de diastèmes, les dents en malposition, surnuméraires. (COURSON et LANDRU, 2001)

Un manque d'espaces inter dentaires peut révéler la nécessité de mise en oeuvre d'un traitement orthodontique. (SOXMAN, 2002)

- examen inter arcade

Un bilan des rapports maxillo-mandibulaire est ensuite réalisé. (FORTIER, 1987; COURSON et LANDRU, 2001; JEGAT et RIBES, 2001; SOXMAN, 2002)

La classe d'Angle est notée, ainsi que la présence d'un éventuel inversé d'articulé d'une ou plusieurs dents, uni ou bilatéral postérieur ou fonctionnel dû à une constriction des maxillaires. (SOXMAN, 2002)

Les anomalies de l'occlusion dans les 3 plans de l'espace sont notées. La présence d'une béance antérieure ou latérale, d'une supracluse ou d'un décalage antéropostérieur doit être recherché. (COURSON et LANDRU, 2001)

Enfin overjet et overbite sont attentivement mesurés. L'overjet est la distance entre le bord incisif de l'incisive maxillaire et la face vestibulaire de l'incisive mandibulaire, celui est normalement compris entre 1 et 3 millimètres. L'overbite est la proportion de l'incisive maxillaire recouvrant l'incisive mandibulaire, la valeur normale est cent pour cent, jusqu'à l'éruption de la seconde molaire temporaire et est considérée comme acceptable jusqu'à l'éruption de la première molaire permanente. Ces valeurs ainsi enregistrées pourront être comparées à celles enregistrées après un traumatisme. (SOXMAN, 2002)

Le praticien doit avoir à l'esprit, durant les examens exo et endo-buccal, le dépistage de la maltraitance. Il peut, en effet, être confronté à des enfants subissant de mauvais traitements. De nombreux signes peuvent évoquer la maltraitance, le praticien doit être d'autant plus vigilant quand il observe un nombre important de plaies de chronologies différentes.

III.2.3 Examen fonctionnel

Il s'agit de l'observation de la coordination des mouvements nécessaires à l'exécution des praxies essentielles (déglutition, respiration, mastication, phonation) permettant d'établir un bilan de ces différentes praxies.

Le but de cet examen fonctionnel est de déceler le plus précocement possible toute anomalie organique ou fonctionnelle pouvant être une entrave à l'exécution de ces différentes fonctions. (FORTIER, 1987)

Pour examiner la déglutition, nous demandons à l'enfant d'avaler sa salive. Il ne s'agit de tenter de regarder à tout prix ce qui se passe derrière les lèvres, une contraction des muscles péribuccaux et des lèvres accolées sont la manifestation d'une déglutition atypique. Nous tenterons de déterminer s'il y a ou non une déglutition de type primaire avec interposition linguale. (COURSON et LANDRU, 2001)

La respiration sera également attentivement observée. Nous essaierons de déterminer si l'enfant est respirateur nasal grâce à deux tests faciles proposés par COURSON et LANDRU (2001) :

- en pinçant les ailes du nez, elles reviennent rapidement dans leur position initiale,
- un miroir placé sous le nez, s'embue fréquemment.

La mastication doit être bilatérale sans douleur. Nous noterons toute mastication unilatérale droite, gauche, bilatérale ou du secteur incisif.

La phonation est étudiée à la recherche de zézaiement, chuintement. (JEGAT et RIBES, 2001)

Cet examen est complété par la recherche de parafonctions et quelques questions simples concernant la succion d'un doigt, ou d'objets divers, un essoufflement rapide lors d'exercices physiques, des pathologies oto-rhino-laryngologiques fréquentes, des problèmes de concentration à l'école ou un repos nocturne difficile. (COURSON et LANDRU, 2001; JEGAT et RIBES, 2001)

III.3 Les examens complémentaires

III.3.1 La radiographie

Le principal examen complémentaire utilisé en odontologie est la radiographie. La prescription des différents clichés est fonction du risque carieux, d'un éventuel traumatisme dentaire ou d'un contexte pathologique. Les dents d'un enfant à haut risque carieux peuvent être radiographiées tous les 6 mois jusqu'à ce qu'il passe à un risque modéré ou faible. (EUROPEAN COMMISSION, 2004)

Il existe plusieurs types de radiographies, chacune a ses spécificités et ses indications.

- le cliché rétro-alvéolaire est effectué quand on détecte une carie profonde ou tout autre type de lésion à l'examen clinique (parulie par exemple). Il est souvent réalisé avec un film radiographique pour adultes.

Au niveau du bloc incisivo-canin, l'enfant mord sur le cliché, le cône est placé comme pour un mordu, nous avons alors le germe de la dent définitive sur la radiographie. Utiliser un film pour adultes permet, dans ce cas, de comparer les dents homologues. Pour les canines, il faut prendre une incidence plus latérale.

Pour les molaires, utiliser un film pour adultes permet d'obtenir un grand nombre d'informations. Cependant, il peut être nécessaire d'employer un film pour enfants à la mandibule pour ne pas léser le plancher lingual.

Le cliché rétro-alvéolaire permet de visualiser la totalité de la dent tant au niveau coronaire que radiculaire. Il objective l'extension d'une lésion, ses rapports avec le germe sous-jacent et la région inter-radiculaire. Il offre également la possibilité d'observer le niveau de rhizolyse des dents temporaires, le degré de maturation des racines mais aussi les espaces endodontique et desmodontal. Ce type de cliché peut être utilisé dès le 5^{ème} mois. (ANDEM, 1996; JEGAT et RIBES, 2001)

– le cliché rétro-coronaire (bite-wing) permet d'obtenir une dissociation correcte des points de contact. Un seul cliché peut être réalisé de chaque côté jusqu'à l'apparition de la dent de 12 ans. Il permet de déceler précocement les caries proximales non décelables cliniquement et les éventuelles reprises de caries sous les obturations. Il rend également possible l'évaluation de la profondeur des caries proximales et la vérification de l'ajustement proximal des coiffes et reconstitutions coronaires. Ce cliché peut être utilisé en denture lactéale dans les régions distales. Il ne permet cependant pas d'observer les racines des dents temporaires et les germes des dents permanentes et a donc un champ d'indications limité. (ANDEM, 1996; JEGAT et RIBES, 2001)

– les mordus occlusaux peuvent être réalisés chez l'enfant en cas de traumatismes, pour préciser le déplacement d'une dent. Le film radiographique pour adultes est situé entre les arcades et le rayon incident sera décalé de 60° sur la droite ou la gauche en fonction de la dent incriminée. Chez l'enfant jusqu'à 4-5 ans, le film rétro-alvéolaire pour adultes peut servir à cet effet. (JEGAT et RIBES, 2001)

Le temps de développement de la radiographie est un moment privilégié, il permet de s'entretenir avec le patient, ainsi nous pouvons aborder des éléments importants tels que l'hygiène bucco-dentaire, les méthodes de brossages, les problèmes de succion du pouce d'un ou de plusieurs doigts de la tétine, l'onychophagie, ... (JEGAT et RIBES, 2001)

– l'orthopantomogramme (radiographie panoramique) permet de visualiser la totalité des dents présentes et des germes sous-jacents. Le champ d'indication de prescription de cet examen est en fait plus vaste. Il concerne les contextes de polycaries, les retards d'évolution des dents, les dents surnuméraires ou ectopiques, les agénésies, certains traumatismes avec atteinte condylienne (chocs ascendants sur le menton), les pathologies affectant la qualité des tissus dentaires, les traitements d'interception et les pathologies tumorales ou kystiques. La radiographie panoramique peut servir à évaluer l'évolution d'une ou de plusieurs dents, si elle est réalisée de façon régulière et permet d'apprécier la qualité du tissu osseux. Elle manque cependant de précision et il existe des déformations et superpositions. (COURSON et LANDRU, 2001)

D'autres clichés, utilisés plus rarement, peuvent également trouver leurs indications chez l'enfant.

– la téléradiographie de profil ne doit pas être prescrite chez les enfants de moins de 7 ans. Elle est indiquée pour les problèmes orthodontiques. Elle permet d'évaluer la position de la denture par rapport aux tissus mous et aux structures osseuses de la face. La réalisation d'une analyse céphalométrique devient possible car la téléradiographie de profil est peu déformée et donc est plus précise. (COURSON et LANDRU, 2001)

– les scanners sont utilisés dans le cadre de certaines interventions chirurgicales. Ils apportent des précisions sur les rapports anatomiques entre l'élément incriminé et le nerf dentaire inférieur, le plancher sinusien, les dents adjacentes, ... (COURSON et LANDRU, 2001)

III.3.2 Les examens biologiques

Ces examens permettent de donner des renseignements sur le contexte écologique buccal et l'état de santé général de l'enfant.

- les tests salivaires, donnent des indications sur le flux salivaire et le pouvoir tampon de la salive. Le flux a un rôle fondamental dans l'effet de chasse de la salive, en diminuant la quantité de plaque bactérienne présente. Il permet également d'évaluer la quantité d'ions disponibles pour la reminéralisation après diminution du pH. Le pouvoir tampon de la salive permet de lutter contre l'action déminéralisante des acides produits par les bactéries et favorise la reminéralisation. (KUHN et BESNAULT, 2000)

Le flux est estimé après stimulation par un bloc de paraffine et le pH est mesuré par des indicateurs de pH. (COURSON et LANDRU, 2001)

- les examens microbiologiques permettent de détecter la présence de *Streptococcus mutans* et de *Lactobacillus*. (KUHN et BESNAULT, 2000; COURSON et LANDRU, 2001) Les premiers interviennent dans l'initiation des lésions carieuses alors que les seconds sont présents au niveau des lésions cavitaires, donc déjà avancées. La présence de lactobacilles en nombre important indique une consommation excessive de sucres fermentescibles. (KUHN et BESNAULT, 2000)

N'oublions pas que la valeur diagnostique de ces tests reste peu fiable (relatifs au site de prélèvement), mais qu'ils sont cependant un bon élément de motivation en cas de mesures répétées. (COURSON et LANDRU, 2001)

- les examens sanguins peuvent être prescrits par le chirurgien-dentiste ou le médecin traitant quand un acte chirurgical est prévu. Ils permettent de rechercher des anomalies hémopathiques et de réaliser un diagnostic oncologique.

D'autres examens médicaux complémentaires peuvent être utiles. Les parents sont alors invités à prendre contact avec le pédiatre ou le médecin traitant qui prescrira l'examen nécessaire en fonction de la pathologie. (COURSON et LANDRU, 2001)

Adresser l'enfant à un psychologue, un orthophoniste, un oto-rhino-laryngologiste, ou un masseur kinésithérapeute facial en fonction des problèmes rencontrés ou des renseignements à acquérir, est parfois indispensable, dans le but de mieux le soigner. (COURSON et LANDRU, 2001)

III.4 Notions d'hygiène bucco-dentaire et de bonnes habitudes alimentaires

III.4.1 Hygiène bucco-dentaire

III.4.1.1 Le brossage

Les buts du brossage sont l'élimination des résidus alimentaires, plus ou moins adhérents aux surfaces dentaires, et la diminution de la quantité de bactéries cariogènes présentes dans la cavité buccale, par la désorganisation de la plaque par une action mécanique. (KUHN et BESNAULT, 2000)

L'enseignement de l'hygiène bucco-dentaire doit commencer le plus tôt possible et doit viser l'obtention progressive de l'autonomie de l'enfant. (COURSON et LANDRU, 2001)

Le nettoyage doit débiter dès l'éruption de la première dent, avec une simple compresse. Puis un brossage des dents doit se faire. Il est important de faire rentrer cette habitude dans le quotidien de l'enfant dès son plus jeune âge. (BLIQUE et coll., 2001)

Ainsi en fonction de l'âge de l'enfant, des méthodes de brossage lui sont inculquées. Ces méthodes sont bien sûr évolutives, le but étant de conduire l'enfant vers une certaine autonomie et d'un brossage complet et efficace de toutes ses dents. (COURSON et LANDRU, 2001)

Différentes méthodes peuvent donc être conseillées en fonction de l'âge :
(UFSBD, 2001)

– de 6 à 36 mois

L'apparition des premières dents de lait, nécessite leur nettoyage au moins une fois par jour de préférence le soir avec une compresse.

Quand le nombre de dents permet de réaliser un véritable brossage, une brosse à dent adaptée à l'âge, peut être achetée. Celle-ci doit avoir un manche large facilitant la prise en main. Dès que l'enfant le peut, c'est à dire vers 18 mois, il réalise seul son brossage, sous la surveillance de ses parents qui le complètent ensuite. L'enfant a le désir d'imiter ses parents en se brossant seul les dents, il faut alors jouer sur ce trait de caractère pour lui apprendre ce rituel. (COURSON et LANDRU, 2001) D'une manière générale, les fluorures ne sont pas utilisés avant 2-3 ans car plus jeunes, ils ne savent pas bien cracher et risquent de trop en ingérer.

– vers 4-5 ans, l'enfant devient de plus en plus habile, cependant la surveillance et l'aide parentale sont encore nécessaires. Là encore, il doit prendre le brossage comme un jeu et non comme une corvée.

L'UFSBD préconise, à cet âge, la méthode de brossage "BOUBOU" qui consiste à brosser, secteur par secteur, toutes les dents jusqu'au fond. D'abord en bas à droite puis à gauche et enfin en haut à droite puis à gauche. Ceci doit être réalisé bouche ouverte (faces occlusales) et dents serrées (faces vestibulaires). (COURSON et LANDRU, 2001)

Le dentifrice fluoré est indiqué, la quantité ne doit pas dépasser la taille d'un petit pois. La fréquence du brossage peut alors être augmentée et l'enfant passe à deux brossages par jour, matin et soir.

– vers 6-7 ans, les capacités psychomotrices de l'enfant augmentent et les dents définitives apparaissent.

L'UFSBD recommande le passage au brossage intermédiaire : 10 passages d'avant en arrière sur chacun des 4 secteurs latéraux, sans oublier la dernière dent. Pour les secteurs antérieurs, utiliser la technique du rouleau (du rouge vers le blanc) 10 fois également et ceci en vestibulaire mais également en palatin et lingual. Le nombre de brossage par jour doit passer, si possible, à 3.

– vers 10-11 ans, le jeune peut alors apprendre la méthode de brossage conseillée aux adultes.

Il s'agit de la méthode B.R.O.S :

- Brossage du bas et du haut séparément,
- Rouleau ou mouvements rotatifs pour brosser dents et gencives,
- Oblique : inclinaison de la brosse à dent de 45° sur la gencive,
- Suivre un trajet : faire le tour de toutes les dents sans oublier le dessus ni l'arrière de la dernière dent.

III.4.1.2 Le dentifrice

L'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) et l'UFSBD conseillent un dosage optimal du dentifrice en fluor en fonction de l'âge de l'enfant :

- avant 2-3 ans, il n'est pas recommandé de mettre de dentifrice sur la brosse à dent (ou simplement à l'état de trace avec un dentifrice faiblement dosé) du fait du risque d'ingestion,
- entre 2-3 ans et 6 ans, la concentration en fluor du dentifrice doit être comprise entre 250 et 500 ppm, de plus le volume de dentifrice posé sur la brosse ne doit pas excéder celui d'un petit pois,
- à partir de 6 ans, des dentifrices de concentrations de 1000-1500 ppm peuvent être utilisés. (OULIS et coll., 2000; AFSSAPS, 2002; ZYSSET, 2002; DESFONTAINE, 2003)

III.4.2 Bonnes habitudes alimentaires

Une enquête alimentaire, plus ou moins succincte en fonction du nombre de caries décelées chez le patient, doit être réalisée chez tous les enfants lors de la première consultation. Les résultats sont analysés puis discutés avec l'enfant et l'accompagnateur, ceci permet de renforcer la communication et d'impliquer tous les protagonistes dans la santé bucco-dentaire du patient. La motivation est un élément essentiel chez les enfants dans un contexte polycarieux. (KUHN et BESNAULT, 2000)

Il semble illusoire de vouloir supprimer tous les apports sucrés d'un enfant, ils sont synonymes de plaisir. (KUHN et BESNAULT, 2000)

Il ne faut pas confondre besoins, plaisirs et interdictions. Les apports sucrés ne doivent pas être interdits, ils représentent, en effet, plus de 50% des apports quotidiens (il convient de faire des recommandations à l'enfant). (COURSON et coll., 2001)

Le principe est de lutter contre les grignotages qui induisent des chutes rapprochées du pH endo-buccal, empêchant l'expression du pouvoir tampon de la salive. Le pH buccal reste alors en permanence sous un seuil critique ($\text{pH} < 5,5$) favorisant ainsi les processus de déminéralisation et le développement des bactéries cariogènes. (KUHN et BESNAULT, 2000; COURSON et LANDRU, 2001)

Il est à noter qu'au delà de la nature même des glucides, c'est leur capacité à stagner qui est nocive. Les caramels et autres nougats sont donc bannis de l'alimentation. (COURSON et LANDRU, 2001)

Le xylitol peut également être substitué aux autres sucres, ceci permet de conserver le plaisir sucré tout en préservant les dents. (KUHN et BESNAULT, 2000)

De plus, en diminuant progressivement la fréquence des apports sucrés ou acides dans l'alimentation, on arrive à une situation de prises limitées pendant les repas. (KUHN et BESNAULT, 2000)

Les lipides et protides doivent être privilégiés car ils répriment l'acidité tout en étant savoureux. (KUHN et BESNAULT, 2000)

Fournir une alimentation diversifiée en goût et en texture peut alors devenir en soit une source de plaisir. De plus ceci permet l'apprentissage de la mastication qui possède une part d'acquis contrairement à la succion qui est innée. (BLIQUE et coll., 2001)

Il est essentiel de souligner la cariogénicité du biberon laissé à disposition, notamment la nuit, contenant autre chose que de l'eau. Là, les attaques acides interviennent tout au long de la journée ou de la nuit sans période de rémission laissant agir le tampon salivaire. (BLIQUE et coll., 2001; SOXMAN, 2002) De plus les parents doivent être mis en garde contre l'absorption excessive et répétée de sodas et autres boissons gazeuses qui en plus de leur caractère sucré présentent des propriétés acides importantes. (SOXMAN, 2002)

Il faut donner l'habitude, à l'enfant, de boire de l'eau lorsqu'il a soif. (BLIQUE et coll., 2001)

III.5 Evaluation du risque carieux

III.5.1 Différents facteurs de risque

A la fin de la première consultation, le praticien doit pouvoir évaluer l'importance du risque carieux de son patient.

Il existe des facteurs de risque, autres que les habitudes alimentaires dont nous venons de parler et sur lesquelles nous reviendrons, expliquant la forte incidence de caries chez certains enfants.

Selon SOXMAN (2002), il s'agit de :

- l'histoire médicale de l'enfant

Certaines récompenses offertes à des enfants autistes ou mentalement handicapés peuvent être des composants sucrés qui favorisent les chutes de pH.

Les enfants atteints d'arthrite rhumatoïde juvénile incapables de mastiquer correctement sont donc soumis à un régime plus cariogénique. (SOXMAN, 2002)

Les enfants asthmatiques peuvent avoir un haut risque cariogène par la fréquente utilisation d'inhalateurs. (SOXMAN, 2002)

La consommation chronique de médication sous forme de suspensions orales ou de tablettes à mâcher peut augmenter l'incidence de caries. (SOXMAN, 2002; NAINAR et STRAFFON, 2003)

L'ensemble des pathologies ayant un retentissement sur la production de salive a également une influence sur l'état de la cavité buccale (pathologies systémiques, anorexie, radiothérapie, prescription de neuroleptiques). (KUHN et BESNAULT, 2000)

– la morphologie et la structure des dents

Une augmentation du risque carieux peut être due au fait que les surfaces dentaires sont relativement anfractueuses. Elles sont en effet composées de profonds puits et fissures. (COURSON et coll., 2001; SOXMAN, 2002)

Certaines molaires présentent parfois avoir un émail hypoplasique, il s'agit essentiellement des premières molaires permanentes rencontrées notamment dans le syndrome du MIH (Molars Incisors Hypoplasia).

– l'hérédité et les bactéries cariogènes

De forts arguments plaident en faveur d'un lien entre l'hérédité et la résistance de l'hôte aux bactéries cariogènes. En effet, si un ou les deux parents sont exempts de caries l'enfant a un risque plus faible d'avoir des caries dentaires, par rapport à la population générale. (SOXMAN, 2002)

Rappelons à ce sujet, que c'est le plus souvent par la mère, qu'intervient la contamination par les *Streptococcus mutans*, bactéries initialisant les lésions dentaires. (AXELSSON, 2000; SOXMAN, 2002; FURZE et BASSO, 2003; NAINAR et STRAFFON, 2003)

– la présence de plaque

La présence de plaque visible à la surface des incisives temporaires maxillaires est en relation directe avec le développement de lésions carieuses. (AXELSSON, 2000; KUHN et BESNAULT, 2000; BLIQUE et coll., 2001; SOXMAN, 2002)

- la présence de caries

La présence de caries sur la dentition temporaire constitue un fort risque d'apparition de caries sur les dents définitives. Un haut risque carieux est caractérisé par la survenue d'au moins deux nouvelles lésions ou reprises de caries en un an. (KUHN et BESNAULT, 2000; BLIQUE et coll., 2001; SOXMAN, 2002)

Pour les enfants ayant déjà consulté, tous les facteurs de rétention de plaque augmentent le risque carieux, les principaux sont les obturations coronaires débordantes et la présence d'appareils orthodontiques, principalement les traitements par multi attaches. (KUHN et BESNAULT, 2000; COURSON et coll., 2001)

- l'hygiène bucco-dentaire, habitudes alimentaires et implication des parents

Une mauvaise hygiène avec la présence de plaque et/ou de tartre et un brossage irrégulier voire inexistant peuvent sérieusement aggraver un risque cariogène. (BLIQUE et coll., 2001)

Au niveau alimentaire, les facteurs de risques principaux sont une consommation excessive d'hydrates de carbones et/ou des habitudes de grignotages. (BLIQUE et coll., 2001)

Enseignons une bonne fois pour toutes, l'effet néfaste pour le bébé de la présence en continu d'un biberon rempli avec autre chose que de l'eau. Il s'agit là d'un risque très important pour l'enfant. (AXELSSON, 2000)

L'implication des parents dans la santé bucco-dentaire de leur enfant s'avère alors fondamentale. Ils interviennent dans le contrôle régulier du brossage et l'initiation de celui-ci au plus jeune âge, les prises de rendez-vous chez le chirurgien-dentiste et ont un rôle de guide que l'enfant devra suivre. (SOXMAN, 2002)

– le statut socio-économique

Le statut socio-économique aurait une influence sur les comportements. Les individus provenant de milieux défavorisés auraient, en effet, une attitude plus négative envers les soins dentaires. Il semble qu'il y ait deux principales raisons à ce type d'attitude : l'aspect économique, par le coût relativement important des soins dentaires et le manque de sensibilisation de ces individus à l'importance du suivi régulier. L'apparition de symptômes entraînerait alors la prise de rendez-vous. (BOURASSA, 1998; COURSON et LANDRU, 2001)

– l'âge

La première période à risque semble être comprise entre 1 et 2 ans. Il s'agit de la période de transmission des *Streptococcus mutans* (dès l'apparition de la première dent), du biberon avec un liquide sucré et également d'une période où les parents ne brossent pas forcément les dents de leurs enfants. (AXELSSON, 2000)

La maturation secondaire ou post-éruptive est caractérisée par l'incorporation de glycoprotéines salivaires et d'ions minéraux en fonction du pH local. De ce fait, l'émail des dents en éruption et des dents nouvelles sur l'arcade est plus sensible aux agressions du milieu buccal. (AXELSSON, 2000; COURSON et coll., 2001)

La seconde période à risque se situe entre 5 et 7 ans. C'est la période d'éruption des premières molaires permanentes (dent de 6 ans). On observe souvent une accumulation de plaque sur la face occlusale en raison de son long délai d'éruption (entre 14 et 18 mois) et de sa morphologie anfractueuse. La première molaire mandibulaire présente 5 cuspides, donc les zones de croisement de sillons (zones à risque) sont plus nombreuses. Le risque associé à cette période est majoré par le fait que cette dent n'est pas toujours bien brossée. En effet, nouvellement apparue dans le fond de la cavité buccale, l'enfant n'y accorde que peu d'attention.

La situation postérieure de cette dent la rend peu accessible. La dextérité réduite de l'enfant et un réflexe nauséux en limitent le brossage. Certains parents ne les reconnaissant pas comme dents permanentes, n'encouragent pas leur enfant à plus de vigilance. (AXELSSON, 2000)

Enfin, l'émail présent lors de l'éruption nécessite souvent plus de deux ans de maturation secondaire pour être plus résistant à la carie. (AXELSSON, 2000)

La troisième période à risque commence vers 11 ans et va jusqu'à 14 ans, lors de l'éruption de la seconde molaire. Sa mise en place évolue entre 16 et 18 mois. (AXELSSON, 2000)

Il est important de souligner que le risque carieux est évalué en fonction de ces paramètres. Leur détermination permet, par la suite, de mettre en œuvre le traitement prophylactique ou curatif en fonction des besoins du patient. Il influence également la périodicité des rendez-vous et la sélection des matériaux d'obturations. (COURSON et coll., 2001)

Le risque carieux doit être évalué régulièrement car il peut évoluer rapidement et n'est pas toujours en accord avec l'indice CAO, donc avec l'état de la cavité buccale le jour de la consultation. (MAGNUSSON et coll., 1998; COURSON et LANDRU, 2001)

III.5.2 L'évolution vers la prophylaxie individuelle

La prévention s'impose aujourd'hui dans la pratique quotidienne des chirurgiens-dentistes. On a pu observer le passage du "modèle chirurgical conventionnel au modèle médical préventif". (KUHN et BESNAULT, 2000; COURSON et coll., 2001)

Cette évolution se matérialise par différents aspects comme le nettoyage prophylactique professionnel des surfaces dentaires, les scellements de sillons, l'utilisation fréquente de fluorures (voir chapitre suivant).

Le nettoyage prophylactique professionnel des surfaces dentaires est l'élimination sélective de la plaque supra et sous gingivale des surfaces accessibles. Il s'agit donc de la désorganisation, par action mécanique, de la plaque bactérienne à l'origine de l'apparition des caries dentaires. La recolonisation s'effectue alors par d'autres espèces non cariogènes. Il s'effectue à l'aide d'une brossette, ou cupule, montée sur contre-angle et d'une pâte prophylactique fluorée. Il ne remplace en aucun cas les brossages quotidiens mais les complète. (BLIQUE, 1998)

Le scellement prophylactique des sillons consiste à obturer les sillons anfractueux avec un matériau fluide pour éviter aux caries de se développer à ce niveau. (COURSON et coll., 2001)

Les motifs de scellement sont nombreux. Rappelons que les dents de 6 ans présentent à leur éruption un émail immature, une face occlusale avec de nombreux sillons anfractueux et que le brossage et le nettoyage salivaire à ce niveau sont difficiles car elles tardent à se mettre en occlusion. (FORTIER, 1987; COURSON et coll., 2001)

L'indication des scellements de sillons ne se pose pas chez les patients à faible risque cariogène avec des sillons largement ouverts. En revanche, le praticien peut procéder au scellement des sillons anfractueux, après la correction des facteurs cariogènes alimentaires, si l'enfant a une bonne hygiène, qu'il est coopérant et qu'il est possible de créer un champ opératoire sec. (COURSON et coll., 2001)

Pour être pris en charge par la sécurité sociale, ils devront être réalisés une fois par dent avant le 14^{ème} anniversaire sur les premières et deuxièmes molaires définitives. (Nomenclature Générale des Actes Professionnels)

III.6 Réalisation du bilan fluoré

Les recherches cliniques et enquêtes épidémiologiques ont observé la diminution des indices carieux sous l'action de l'emploi de fluorures sous différentes formes. (FORTIER et coll., 1997)

La carie dentaire est cependant le troisième fléau mondial selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). (AFSSAPS, 2002)

Il existe deux formes d'administration du fluor : l'administration systémique et l'administration topique. (KUHN et BESNAULT, 2000; COURSON et LANDRU, 2001; AFSSAPS, 2002)

L'administration systémique du fluor est réalisée pendant les phases pré-éruptives. Il s'agit de l'incorporation de celui-ci aux cristaux de la phase minérale de l'émail, pendant la formation des dents. On a donc une substitution des cristaux d'apatite par de la fluoro-apatite, plus résistantes à la déminéralisation. (KUHN et BESNAULT, 2000) Cet effet systémique est amené principalement par le sel fluoré, certaines eaux de boisson et les formes médicamenteuses ou suppléments fluorés. (KUHN et BESNAULT, 2000; COURSON et LANDRU, 2001)

L'administration topique s'effectue pendant la phase post-éruptive. Il s'agit de l'accumulation de fluor au niveau de la plaque bactérienne, le fluor a des effets antibactériens, il inhibe le métabolisme des glucides et la prolifération de bactéries cariogènes. (KUHN et BESNAULT, 2000)

De plus, il a une action sur les processus de déminéralisation-reminéralisation en ralentissant la déminéralisation en milieu acide et en favorisant la reminéralisation. Il présente donc une action thérapeutique en reminéralisant les lésions initiales amélares. (FORTIER et coll., 1997; KUHN et BESNAULT, 2000; COURSON et LANDRU, 2001)

La principale réaction produite lors de l'application topique de fluor est la création d'une couche de fluorure de calcium (CaF_2). Cette couche ne se situe pas uniquement en surface mais s'étend dans l'émail et constitue un véritable réservoir de fluor.

Elle se dissout quand le pH diminue et relargue alors des ions fluorure et calcium pour inhiber la déminéralisation et augmenter la reminéralisation. (OGAARD, 2001)

Cet effet topique est principalement apporté par les dentifrices et bains de bouche fluorés. (KUHN et BESNAULT, 2000; COURSON et LANDRU, 2001)

Pour être efficace, cet apport doit être régulier tout au long de la vie, la prévention des lésions carieuses est garantie par une application fréquente de fluor, de l'ordre de 2 à 3 fois par jour. (DESFONTAINE, 2003b)

Toute prescription de fluor n'est effectuée qu'après la maîtrise de l'hygiène par le patient. (KUHN et BESNAULT, 2000)

LIMEBACK, cité par DESFONTAINE (2003a) indique que l'apport topique est actuellement reconnu comme le plus efficace. En effet, la présence en continu de fluorures en faible concentration, dans la cavité buccale, semble plus active contre les déminéralisations que l'incorporation de concentration importante de fluorures pendant la phase de minéralisation.

La prescription de supplémentation médicamenteuse n'est donc qu'exceptionnelle et réservée aux enfants à risque.

Un des problèmes en matière de fluor est le contrôle des apports. (FORTIER et coll., 1997; JEGAT et RIBES, 2001)

Le principal risque est le surdosage, il s'agit de la fluorose. (FORTIER et coll., 1997; AFSSA, 2003)

Il semble que l'accumulation et la méconnaissance des sources d'apports de fluor soient à l'origine de la majorité des cas de fluorose dentaire. (AFSSAPS, 2002)

La fluorose est la conséquence d'une ingestion excessive de fluor pendant plusieurs mois ou plusieurs années pendant la période de minéralisation des dents. La dose critique est 1,5 mg par jour chez l'enfant et 0,1 mg par kg de poids par jour chez le nourrisson. (AFSSAPS, 2002)

Les dents atteintes de fluorose présentent toujours un aspect symétrique, le degré d'atteinte est le même pour les dents homologues. La fluorose peut léser les dents à différents degrés. Les prémolaires et secondes molaires sont les plus sévèrement affectées, alors que les incisives et premières molaires sont les moins touchées. (FRAYSSE et DROZ, 1997)

La fluorose se caractérise par une hypominéralisation en sub surface de l'émail. L'aspect clinique de ces dents présente une opacité par diminution de l'émail translucide. Dans les cas bénins, l'émail est recouvert de stries qui augmentent avec le niveau de fluorures absorbés jusqu'à ce que la totalité de l'émail apparaisse blanche, crayeuse et sans éclat. Cette opacité est due à une augmentation du volume des porosités dans l'émail. Le degré d'atteinte de la dent est acquis dès l'éruption, la sévérité du dommage est connue.

L'émail fluorotique présente une couche superficielle hyperminéralisée recouvrant un émail hypominéralisé. La couche externe très fragile est cassante et donc sensible à toutes les contraintes physiques. La perte de fragments de cette couche découvre l'émail hypominéralisé. L'hypoplasie montre souvent également une discoloration marron graduelle post-éruptive, il s'agit de la fixation de pigments par les protéines de la couche d'émail poreux.

Il existe différentes classifications de la fluorose dentaire, celle de DEAN (1934) comporte 6 stades, allant de l'atteinte douteuse à l'atteinte sévère. (FRAYSSE et DROZ, 1997; MAGNUSSON et coll., 1998)

Avant toute prescription, le chirurgien-dentiste doit connaître les différentes sources d'apport de fluor. La réalisation du bilan fluoré doit être précise et toujours comporter les mêmes questions concernant l'eau de boisson (fluoration et volume consommé), la consommation de sel fluoré ou non, l'ingestion de comprimés fluorés et la posologie, le dentifrice utilisé et la capacité à le recracher, l'emploi d'autres produits d'hygiène : bain de bouche, gomme à mâcher. (FORTIER et coll., 1997; COURSON et LANDRU, 2001; JEGAT et RIBES, 2001; Annexe 3)

- l'apport en fluor de l'eau de boisson embouteillée, est variable d'une marque à l'autre. Elle est comprise entre 0,1 et 8,9 mg/L. (AFSSA, 2003)
L'eau du robinet, en France, a un contenu en fluor variable d'une région à l'autre mais la valeur maximale autorisée est 1,5 mg/L. Cependant, 85 % de la population française habite dans des zones où la teneur en fluor de l'eau de distribution est inférieure ou égale à 0,3 mg/L. (AFSSAPS, 2002; AFSSA, 2003)

Il est important de souligner que tous les enfants ne boivent pas la même quantité d'eau en fonction de la région, des habitudes sportives, de l'âge (JEGAT et RIBES, 2001)

Selon les recommandations de l'OMS, les quantités d'eau ingérées quotidiennement sont en moyenne de 0,75 litre pour un enfant de 0 à 1 an et 1 litre pour les enfants de 1 an à l'adolescence. (AFSSA, 2003)

Une commission d'experts a établi "qu'aucune supplémentation médicamenteuse ne devait être apportée si la teneur en fluor de l'eau de boisson de la distribution était supérieure à 0,3 mg/L en raison du risque de fluorose dentaire. De la même façon, la préparation des aliments pour nourrisson doit être faite avec de l'eau à faible teneur en fluor inférieure ou égale à 0,3 mg/L. (AFSSA, 2003)

– l'apport par le sel fluoré alimentaire constitue un gros apport de fluor. Son action topique est intéressante. Son dosage en fluor est de 250 mg par kg. Il est estimé qu'avant 2 ans les quantités de sel ingérées sont négligeables, en revanche après 2 ans elles sont estimées à 0,25 mg par jour. (AFSSAPS, 2002; ZYSSET, 2002)

– l'apport par médication se fait sous contrôle médical strict (pédiatre, médecin ou chirurgien-dentiste). (AFSSAPS, 2002)

Il existe différentes formes de médicaments gouttes, comprimés à adapter en fonction du poids. (COURSON et LANDRU, 2001; AFSSAPS, 2002)

– l'apport par les dentifrices et bains de bouche : les bains de bouche ne sont pas indiqués chez les jeunes enfants, à cause du risque d'ingestion. En revanche, il est capital d'utiliser du dentifrice fluoré. BLOCH-ZUPAN, cité par DESFONTAINE (2003b), souligne que l'apport de fluor par le dentifrice est fonction des concentrations en fluor, des quantités et volumes de produit, des fréquences d'utilisation, de la méthode de brossage et de la capacité à cracher de l'enfant. Il est donc conseillé d'apprendre à cracher très tôt aux enfants en bas âge et de limiter le volume de dentifrice sur la brosse à dents à un petit pois. (AFSSA, 2003)

La dose optimale est de 0,05 mg par kg de poids par 24 heures sans dépasser 1 mg par jour, tous apports confondus. (FORTIER, 1987; FORTIER et coll., 1997; COURSON et LANDRU, 2001; AFSSA, 2003)

III.7 Réalisation du bilan orthodontique

L'examen orthodontique permet au praticien de détecter et d'intercepter de façon précoce toute anomalie affectant le positionnement des dents et le développement des maxillaires. Il doit être attentif à la mise en place de l'occlusion, chercher d'éventuelles pertes d'espace, inspecter les fonctions, dysfonctions ou parafunctions et reconnaître pour les stopper les dysmorphies.

III.7.1 Examen de la mise en place de l'occlusion

L'occlusion dentaire peut être perturbée par des anomalies survenant lors de l'éruption des dents définitives. (COURSON et LANDRU, 2001)

– l'éruption des incisives mandibulaires définitives, en position linguale est un motif fréquent de consultation. En cas de persistance de la dent temporaire, l'avulsion sera réalisée, si elle est absente rien ne sera entrepris. (COURSON et LANDRU, 2001)

Il est alors important de surveiller ce secteur pour éviter la mise en place d'une dysharmonie dento-maxillaire (discordance entre la taille des dents d'un individu et la taille de ses maxillaires). (MARTINEZ et SEMPERE, 1987)

Une dysharmonie dento-maxillaire en denture mixte n'entraîne pas forcément une dysharmonie dento-maxillaire en denture définitive. (COURSON et LANDRU, 2001)

– l'éruption des premières molaires peut entraîner une résorption de la seconde molaire temporaire.

Cela se produit le plus souvent au maxillaire, il s'agit d'une éruption ectopique. (BLIQUE et coll., 2001; COURSON et LANDRU, 2001)

Ce phénomène peut être le signe d'une longueur trop courte du maxillaire. (COURSON et LANDRU, 2001)

– les agénésies dentaires doivent être traitées de façon précoce pour assurer le meilleur pronostic possible tant au niveau esthétique que fonctionnel. (COURSON et LANDRU, 2001)

Les dents surnuméraires sont des éléments risquant de perturber l'occlusion et à ce titre doivent être extraites. (COURSON et LANDRU, 2001)

III.7.2 Le maintien de l'espace

Le maintien de l'espace est un facteur clé dans la prévention des malocclusions aussi bien dans le sens sagittal que vertical. (FORTIER, 1987; COURSON et LANDRU, 2001)

Le maintien de l'espace évite la fermeture d'un espace créé par l'avulsion prématurée d'une dent, une agénésie ou une cause tumorale. (COURSON et LANDRU, 2001)

Il permet alors une éruption et une évolution correctes des dents permanentes sur l'arcade, ainsi que le maintien des fonctions manducatrice, esthétique et phonatrice. (FORTIER, 1987)

III.7.3 Fonctions, dysfonctions et para fonctions

Le dictionnaire définit ces 3 termes : (LE GRAND DICTIONNAIRE TERMINOLOGIQUE)

– fonction : action à but précis et défini, telle celle des organes du corps humain. Rôle naturel et caractéristique d'un organe ou d'un groupe d'organes et concourant à un même but (ex : fonction respiratoire),

- dysfonction : perturbation ou anomalie de fonctionnement d'un organe, d'une glande ou d'un système,
- parafonction : déviation de la fonction, ce terme a été employé pour la première fois par Drum en 1950, dans le sens exclusif de bruxisme. Les parafonctions comprennent : le bruxisme et les pulsions musculaires (pulsion linguale, pression labiale) sur les arcades dentaires.

La plus fréquente des dysfonctions est la persistance d'une déglutition de type succion-déglutition avec une contracture de la musculature péri orale et une interposition linguale. (KOLF, 1999; COURSON et LANDRU, 2001)

La langue est alors en position moyenne ou basse, ceci peut être dû à la persistance de la succion de la lèvre inférieure, d'un doigt ou d'une tétine. (COURSON et LANDRU, 2001)

Les conséquences de ce type de dysfonction sont une insuffisance de développement transversal risquant d'entraîner une gêne à la ventilation nasale. (KOLF, 1999)

Cette insuffisance de développement peut s'observer sur la croissance des arcades dentaires ainsi que sur la morphogénèse faciale. (KOLF, 1999)

Le mode de ventilation intervient fréquemment dans l'apparition de dysfonctions. La façon optimale de ventiler au repos est la ventilation exclusivement nasale, y compris la nuit pendant le sommeil en décubitus dorsal. Dans le cas d'une ventilation buccale, les signes cliniques classiques sont ceux du faciès adénoïdien (pommettes fuyantes, nez aquilin, protrusion des globes oculaires, cernes, fréquente béance labiale, lèvres sèches, palais profond) en corrélation avec d'autres troubles fréquents : fatigue anormale, sommeil difficile, troubles du comportement, difficultés de concentration à l'école. (COURSON et LANDRU, 2001)

Le rôle de la mastication est capital sur le développement des arcades dentaires et de la face. (KOLF, 1999)

Une fonction masticatrice équilibrée permet un ajustement maxillo-mandibulaire dans les différents plans de l'espace. (SOULET, 1996)

Toute déficience de cette fonction est, le plus souvent, associée à des anomalies de position de la langue qui entraînent une insuffisance de développement des maxillaires et donc une entrave à la ventilation nasale. (KOLF, 1999)

Les parafunctions sont souvent associées aux dysfonctions. Elles peuvent provoquer des malocclusions, de par les sollicitations musculaires qu'elles entraînent. (COURSON et LANDRU, 2001)

La principale parafunction est l'habitude de succion uni ou pluri-digitale, d'une tétine ou d'un autre objet. Il apparaît normal que ces habitudes trouvent leur place dans la vie de l'enfant jusqu'à 6 ans environ. Après cet âge, elles peuvent révéler la présence d'un trouble psycho-affectif. (COURSON et LANDRU, 2001; PASINI et HAYNAL, 1992)

Il semble illusoire d'essayer de les arrêter trop tôt, l'enfant en a besoin et il remplacerait cette parafunction par une autre comparable (onychophagie par exemple). (FORTIER, 1987)

Le patient doit prendre conscience de la nécessité d'arrêter et il arrive que celui-ci réussisse à tout stopper de lui-même. (COURSON et LANDRU, 2001)

Cependant, toutes les succions ne sont pas déformantes, il existe une distinction entre des suceurs actifs (enfants stressés et forces importantes développées) et des suceurs passifs (simple recherche d'un plaisir). Seule la succion active nécessite une intervention par traitement d'interception sauf si la succion passive est elle-même associée à une dysmorphie. (COURSON et LANDRU, 2001)

III.7.4 Les dysmorphies

Dans tous les types de dysmorphies, il faudra d'abord obtenir une activité physiologique des fonctions puis déverrouiller l'occlusion. (COURSON et LANDRU, 2001)

- anomalies du sens transversal

Il s'agit d'un trouble occlusal au niveau des secteurs molaires, il peut être uni ou bilatéral. Il est souvent associé à une latéro-déviations de la mandibule, la forme unilatérale avec déviation mandibulaire se nomme le syndrome de Cauhepe-Fieux. (FORTIER, 1987; COURSON et LANDRU, 2001)

L'étiologie la plus fréquente à ce type d'anomalie est une obstruction nasale entraînant une position basse de la langue qui ne permet alors pas un développement adéquat du maxillaire supérieur. (FORTIER, 1987)

- anomalies du sens vertical

Les anomalies du sens vertical rencontrées sont essentiellement de 2 types les supraclusions et les béances. (COURSON et LANDRU, 2001)

La supraclusion est un recouvrement excessif des incisives mandibulaires par les incisives maxillaires, pouvant même provoquer une blessure de la muqueuse palatine. (COURSON et LANDRU, 2001)

Les béances ou infraclusions sont le plus souvent associées à un problème fonctionnel type succion digitale ou déglutition type succion-déglutition avec interposition linguale ou labiale. (COURSON et LANDRU, 2001)

Ces troubles doivent être corrigés avant d'entreprendre toute autre thérapeutique. (BES, 1987; COURSON et LANDRU, 2001)

Ainsi une béance antérieure causée par la succion du pouce doit disparaître spontanément à l'arrêt de cette succion. Elle est corrigée par une rééducation linguale, si besoin. (BES, 1987; COURSON et LANDRU, 2001)

Une béance causée par une interposition linguale est plus difficile à refermer. (BES, 1987)

– anomalies du sens sagittal

Il s'agit des dysmorphies du sens antéropostérieur. La mandibule peut être en rapport distal par rapport au maxillaire supérieur. (COURSON et LANDRU, 2001)

Seule l'analyse radiographique permet de spécifier s'il s'agit d'une rétrognathie mandibulaire, d'une prognathie maxillaire ou d'une combinaison des deux. (COURSON et LANDRU, 2001)

Il existe également des promandibulies caractérisées par une croissance excessive de la mandibule. Elles peuvent être la conséquence d'une position basse de la langue (hypodéveloppement du maxillaire supérieur) ou d'origine fonctionnelle par exemple lors de la recherche d'une occlusion de convenance après l'éruption d'une incisive maxillaire en position palatine. (COURSON et LANDRU, 2001)

A l'issue du bilan orthodontique, si une anomalie est décelée, le praticien doit penser à la possibilité d'intercepter le problème.

L'interception est le fait de stopper un phénomène déjà en cours, prévenir son aggravation et éviter l'installation d'une dysmorphie, son action sera étendue à la correction parfois incomplète de cette anomalie. Elle va avoir une action sur les causes de ces dysmorphies en traitant les pertes d'espace, les dysfonctions, le manque de place. (FORTIER, 1987; GUYOMARD, 1997)

Selon INGRAND (1996), l'interruption d'un processus pathologique se doit d'être précoce.

III.8 Détermination du plan de traitement

Le plan de traitement est élaboré en fonction de tous les éléments recueillis au cours de la première consultation : comportements de l'enfant, indice carieux, degré d'hygiène bucco-dentaire, aspect orthodontique, (ANASTASIO, 2000)

Il apparaît important de ne commencer les soins que lors de la seconde consultation et de débiter par des soins simples, ne nécessitant pas d'anesthésie locale. La règle à suivre est de n'entreprendre que les soins dont l'enfant est capable d'accepter l'expérience en intégralité. (ANASTASIO et coll., 1991; DAJEAN-TRUTAUD et coll., 1998; ANASTASIO, 2000)

Ainsi, une certaine progression dans la difficulté des soins pourra être observée, la série de soins étant conclue par les extractions, actes les plus traumatisants (sauf en cas d'urgence). (ANASTASIO, 2000)

Selon BLIQUE et coll. (2001), les éléments à prendre en compte sont différents en fonction de l'âge de la première consultation :

- avant 2 ans, il s'agit de prévoir les visites de contrôle en fonction du risque carieux, banaliser la première visite à 1 an permet de prévenir la peur du chirurgien-dentiste,
- de 3 à 4 ans, le chirurgien-dentiste a le devoir d'impliquer les parents dans la santé buccodentaire de leur enfant. Certaines malocclusions peuvent aussi se traiter dès le stade de la denture temporaire,
- de 5 à 7 ans, une surveillance rigoureuse des premières molaires définitives est de rigueur. De plus, il est plus facile de corriger certaines interceptions, en début de denture mixte,
- après 8 ans, c'est l'éruption des secondes molaires définitives qui est à surveiller. La croissance maxillo-faciale est évaluée pour éviter tout problème orthodontique et intervenir tant qu'elle est effective.

En cas de doute, il est possible de modifier le plan de traitement afin d'éviter tout blocage psychologique de l'enfant vis à vis des soins dentaires. (ANASTASIO, 2000)

Conclusion

Conclusion

La première consultation est le premier contact de l'enfant avec le milieu dentaire, elle est à ce titre capitale.

S'il n'existe pas de règles, de recettes permettant de réussir, systématiquement, chaque première consultation, certains concepts généraux et la connaissance d'écueils à éviter peuvent en favoriser la réussite. Chaque praticien est différent et devra donc adapter son approche de l'enfant à sa conception de la pratique dentaire. Ainsi à la question : doit-on réaliser un soin le jour de la première consultation ? Il n'existe pas de réponse formelle. Tout dépend du praticien, du patient, du type de soin et de la relation de confiance réciproque qu'ils vont réussir à établir en présence de l'accompagnant.

Il est important d'insister sur la notion capitale de prévention. On parle de prévention carieuse en donnant les conseils d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, de prévention fluorée, de prévention orthodontique mais la notion de prévention en matière de psychologie infantile doit être avancée. Le praticien doit tout mettre en œuvre pour éviter la naissance d'un blocage psychologique, de peurs, phobies ou tout autre type d'aversion pour les soins dentaires.

Notons enfin, que si la première consultation apparaît comme capitale, rien n'est irréversible. Des expériences positives pendant quelques consultations peuvent donc suffire à effacer l'échec d'un premier rendez-vous et conduire l'enfant vers une attitude favorable aux soins. Au même titre qu'une relation de confiance établie entre le praticien et son jeune patient, les bénéfices d'un succès de la première consultation ne sont jamais acquis.

En fait, il n'est pas possible de réussir avec tous les enfants. Le praticien placé devant une situation d'échec ne doit pas se sentir coupable mais doit l'accepter et éventuellement adresser l'enfant à un confrère si la communication semble impossible entre l'enfant et lui.

Si les connaissances théoriques et pratiques du chirurgien-dentiste doivent être régulièrement mises à jour, il ne doit cependant pas négliger l'aspect psychologique.

Il apparaît que pour soigner des enfants, il faut avant tout les respecter et les aimer.

Références Bibliographiques

Références Bibliographiques

1-AFSSA.

Rapport du comité d'experts spécialisé "eaux" concernant la proposition de fixation d'une valeur limite du fluor dans les eaux minérales naturelles, 2003.

<http://www.afssa.fr>

2-AFSSAPS.

Mise au point sur fluor et la prévention de la carie dentaire, 2002.

<http://www.afssaps.santé.fr>

3-ALWIN NP, MURRAY JJ et BRITTON PG.

An assessment of dental anxiety in children.

Br Dent J 1991;**171**:201-207.

4-ANAES.

Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans, 2000.

<http://www.anaes.fr>

5-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.

6-ANASTASIO D, GERARD E, NANTY J et coll.

Les soins dentaires chez l'enfant : approche psychologique.

Actual Odontostomatol (Paris) 1991;**176**:581-589.

7-ANDEM.

Radiodiagnostic portant sur l'ensemble des deux arcades : status, radiographie panoramique.

Recommandations et références de l'ANAES.

ANDEM: Service Références Dentaires, 30 avril 1996.

8-ARAV L.

La première consultation en dentisterie pédiatrique.

Dialogue 1998;**2**:16-17.

9-ASSOCIATION SPARADRAP.

Je vais chez le dentiste. Pourquoi ?

Paris: Association Sparadrap, 2004.

10-AXELSSON.

Diagnosis and risk prediction of dental caries.

Chicago: Quintessence, 2000.

11-BERTHET A, COZLIN A et JACQUELIN LF.

Sédation et soins dentaires.

Real Clin 2001;**12**(1):49-60.

12-BERTHET A, JAQUELIN LF et DUCROT G.

Sédation consciente et enfant difficile.

Inf dent 1994;**14**:1211-1217.

13-BES T.

Occlusion et interception.

Rev Orthop Dento Faciale 1987;**21**:265-282.

14-BLIQUE M, DROZ D et MORTIER E.

La vie des dents de 0 à 15 ans.

Real Clin 2001;**12**(1):7-20.

15-BLIQUE M.

Prophylaxie dentaire individuelle.

Inf Dent 1998;**80**(19):1335-1340.

16-BOURASSA M.

Hypnodontie.

J Dent Que 1988;**25**:543-545.

17-BOURASSA M.

Approche psychologique de l'enfant au cabinet dentaire.

Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 23400 D¹⁰,1991,**4**.

18-BOURASSA M.

Dentisterie comportementale : manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire.

Montréal: le Méridien, 1998.

19-CADOU X et VINCENT JL.

Relation du praticien et du patient. Point de vue psychologique.

Encycl Med Chir (Paris), Stomatologie, 22010 A⁰⁵,12-1977,**7**.

20-CARBAJAL R.

Protoxyde d'azote en pédiatrie : indications, effets secondaires et risques professionnels.

Paediatrica 2003;**14**(2):14-17.

21-CARON H.

Gérer la peur au cabinet.

Dialogue 2003;**22**:42-44.

22-COURSON F et LANDRU MM.

Odontologie pédiatrique au quotidien.

Paris: CdP, 2001.

23-COURSON F, RENDA AM et BDEOUI F.

Efficacité des résines de scellement des puits et fissures : faire le bon choix pour une prévention efficace.

Entret Bichat Odontostomatol (Paris) 2001:23-28.

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

Approche psychologique de l'enfant au cabinet dentaire.
Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 23400 D¹⁰,1998,4.

25-DAVIS R, MCKIBBEN DH, NAZIF MM et coll.

Child reaction to protective garb at the first dental visit.
Pediatr Dent 1993;15(2):86-87.

26-DEMARS-FREMAULT CH et FORTPIED A.

Prise en charge sous anesthésie générale ambulatoire de l'enfant handicapé en odonto-
stomatologie.
Rev Belge Med Dent 1997;52:38-43.

27-DESFONTAINE J.

Recommandations sur le fluor.
Inf Dent 2003a;30:2117-2128.

28-DESFONTAINE J.

Fluor : ni révolution ni polémique.
Actual Odontostomatol (Paris) 2003b;223:237-254.

29-EDELSTEIN BL.

The age one dental visit: information on the web.
Pediatr Dent 2000;22(2):163-164.

30-ERICKSON M.

The practical application of medical and dental hypnosis.
New York: Brunner-Mazel, 1990.

31-EUROPEAN COMMISSION.

Radiation Protection 136 : European guidelines on radiation protection in dental radiology.
http://europa.eu.int/comm/energy/nuclear/radioprotection/publication/136_en.pdf

32-FORTIER JP.

Abrégé de pédodontie. 2^{ème} éd.

Paris: Masson, 1987.

33-FORTIER JP, GOUVERNAIRE A et TRILLER M.

Le fluor : remis en question ou toujours d'actualité ?

Entret Bichat Odontostomatol (Paris) 1997:17-26.

34-FREUD S.

Introduction à la psychanalyse.

Paris: Payot, 1978.

35-FRAYSSÉ C et DROZ D.

Caractéristiques de la fluorose dentaire.

Inf Dent 1997;**27**:1897-1901.

36-FURZE H et BASSO M.

The first dental visit: an Argentine point of view.

Int J Paediatr Dent 2003;**13**(4):266-268.

37-GUYOMARD F.

L'omnipraticien et l'orthodontie de l'enfance: de la denture temporaire à la denture mixte.

Paris: Association Dentaire Française, 1997.

38-INGRAND R.

Editorial.

Rev Orthop Dento Faciale 1996;**30**:43.

39-ISMAIL A, NAINAR SM et SOHN W.

Children's first dental visit attitudes and practices of US pediatricians and family physicians.

Pediatr Dent 2003;**25**(5):425-430.

40-JEGAT N et RIBES D.

L'observation clinique en odontologie pédiatrique.

Rev Odontostomatol 2001;**30**(1):25-33.

41-KOLF J.

Prévention et interception très précoce des malocclusions.

Paris: Association Dentaire Française, 1999.

42-KUHN G et BESNAULT C.

Prophylaxie, prévention et dentisterie non invasive.

Rev Odontostomatol 2000;**29**(4):179-187.

43-KUPIETZKY A.

Managing the extremely difficult child: is general anesthesia the correct solution?

Pediatr Dent 1999;**21**:1.

44-LAMBRETTE G.

La sophrologie, de sa naissance à celle de l'autre.

Soins Pédiatr Puéric 2000;**194**:32-35.

45-LANET A.

La salle d'attente.

Dialogue 1997;**1**:18-19.

46-LANET A.

La zone d'accueil/réception.

Dialogue 1998;**5**:9-11.

47-LAROUSSE.

Le petit Larousse illustré, grand format.

Paris: Larousse, 2003.

48-LE GRAND DICTIONNAIRE TERMINOLOGIQUE.

<http://www.granddictionnaire.com>

49-MAGNUSSON B, KOCH G et POULSEN S.

Pedodontics. A systematic approach.

Copenhagen: Munksgaard, 1988.

50-MARTINEZ M et SEMPERE JP.

Interception des malocclusions dans les cas de classe I d'Angle.

Rev Orthop Dento Faciale 1987;**21**:189-215.

51-NAINAR SM et STRAFFON LH.

Targeting of the year one dental visit for United States children.

Int J Paediatr Dent 2003;**13**(4):258-263.

52-OGAARD B.

CaF₂ formation : cariostatic properties and factors of enhancing the effects.

Caries Res 2001;**35**:40-44.

53-OULIS C, RAADAL M et MARTENS L.

Use of fluoride in children.

Eur J Pediatr Dent 2000;**1**:7-12.

54-PASINI W et HAYNAL A.

Manuel de psychologie odontologique.

Paris: Masson, 1992.

55-PERETZ B et ZADIC D.

Attitudes of parents towards their presence in the operatory during dental treatments to their children.

J Clin Pediatr Dent 1998;**23**:27-29.

56-PIKE AR.

Prevention of anxiety during the first dental visit of a 3 years old child.

Gen Dent 1995;**43**(5):448-451.

57-POULSEN S.

The child's first dental visit.

Int J Paediatr Dent 2003;**13**(4):264-265.

58-RANTAVUORI K, ZERMAN N, FERRO R et coll.

Relationship between children's first dental visit and their dental anxiety in the Veneto region of Italy.

Acta Odontol Scand 2002;**60**(5):297-300.

59-RAYNER JA.

The first dental visit: a UK viewpoint.

Int J Paediatr Dent 2003;**13**(4):269.

60-RESCANIERE M.

La sophrologie et l'enfant.

Soins Pédiatr Puéric 2000;**197**:41-44.

61-ROBIN O et VINARD H.

L'utilisation de la musique au cabinet dentaire. Mythe ou réalité ?

Rev Odontostomatol 1986;**15**(1):37-43.

62-ROSENBERG D.

L'abord de l'enfant.

Rev Odontostomatol 2001;**30**(1):15-23.

63-RUEL-KELLERMAN M.

La relation praticien/patient en odontologie.

Encycl Med Chir (Paris), Odontologie,23840 C¹⁰,3-1989,7.

64-SAINT-PIERRE F.

La bouche entre plaisir et souffrance.

Paris: Eska, 2000.

65-SANS AUTEUR

NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS (NGAP)

<http://www.cnsd.fr/pdf/Nomenclature2004.pdf>

66-SHELLER B, WILLIAMS BJ, HAYS K et coll.

Reasons for repeat dental treatment under general anesthesia for the healthy child.

Pediatr Dent 2003;**25**:6.

67-SOULET A.

Suppression des causes de déviations de la croissance.

Rev Orthop Dento Faciale 1996;**30**(4):445-459.

68-SOXMAN J.

The first dental visit.

Gen Dent 2002;**50**(2):148-155.

69-TANDONNET P.

Approche et prise en charge de l'enfant difficile en milieu hospitalier odonto-stomatologique.

Actual Odontostomatol (Paris) 1983;144:743-769.

70-THERY-HUGLY MC.

Approche psychologique de l'enfant et de l'adolescent en chirurgie buccale.

Real Clin 1995;**6**(3):279-292.

71-THERY-HUGLY MC et HUGLY C.

Les principes d'une bonne communication. Bien communiquer avec vos patients.

Paris: CdP,1996.

72-THERY-HUGLY MC et TODOROVA I.

Relation praticien-patient.

Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 23840 C¹⁰,1998,10.

73-UNION FRANCAISE POUR LA SANTE BUCCO-DENTAIRE.

Carnet de santé dentaire.

Paris: UFSBD, 2001.

74-VINARD H et RAVIER-ROSEMBLAUM C.

Influence psychosomatique de l'environnement sonore au cabinet dentaire.

Rev Odontostomatol 1989;18(2):101-108.

75-WIDMER R.

The first dental visit: an Australian perspective.

Int J Paediatr Dent 2003;13(4):270.

76-WOLIKOW M et ADAM C.

Soigner un enfant : une approche psychologique.

Real Clin 2001;12(3):21-33.

77-ZYSSET AC.

Le fluor n'est pas interdit en Belgique.

Schweiz Monatsschr Zahnmed 2002;112:1074.

Annexes

Annexe 1 :

Annexe 2 : Exemple de courrier à envoyer aux parents

Dr X,
Chirurgien-dentiste
N° ordre
Adresse

A....., le,

Madame, Monsieur, chers parents,

Heureux de vous rencontrer, prochainement, avec votre enfant à mon cabinet, ce courrier est destiné à vous familiariser avec ma vision de l'art dentaire.

Mon principal objectif est de faire de (prénom de l'enfant), un patient acceptant les soins nécessaires et comprenant l'importance de ceux-ci.

L'acquisition de ce comportement débute chez vous avant même la première consultation. Aussi, je vous propose quelques suggestions pour vous permettre de bien le préparer :

- pour que la consultation dentaire ne soit pas vécue comme une épreuve, il faut éviter de lui offrir des récompenses, ou lui dire qu'il n'a rien à craindre,
- votre enfant peut amener un jouet ou un doudou s'il le désire, cet objet peut lui apporter une certaine sécurité,
- ne l'avertissez que le jour du rendez-vous,
- s'il se montre curieux, vous pouvez lui dire que je vais regarder ses dents pour vérifier qu'elles ne sont pas malades et que je répondrais à ses questions.

Vous pourrez l'accompagner dans la salle de soins (surtout s'il moins de 5 ans) et votre présence pourra être renouvelée lors des visites suivantes. Nous chercherons à terme à établir une véritable relation enfant-praticien.

Ce premier rendez-vous va d'abord servir à lui faire découvrir l'univers du cabinet dentaire. Aussi, je lui présenterai le fauteuil et les principaux instruments.

Ensuite, j'effectuerai un examen complet qui me permettra d'établir un plan de traitement. Vous pourrez alors poser toutes les questions qui vous préoccupent.

Voir votre enfant jeune favorise la mise en place des mesures de prévention des caries, des infections et des problèmes orthodontiques.

Je vous demanderai d'arriver un peu avant l'heure du rendez-vous muni de son carnet de santé, afin de remplir le questionnaire de santé qui vous sera remis.

Dans l'espoir d'une excellente coopération, recevez, Madame, Monsieur et chers parents, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr X

