



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADEMIE DE NANCY - METZ

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2000

N° 07 - 05
Double

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN
CHIRURGIE DENTAIRE

par

Eléonore FOURNEL

Né le 04 octobre 1975 à Besançon

**L'ANXIÉTÉ DE L'ENFANT AU CABINET
DENTAIRE : ÉVALUATION PAR LE
DESSIN**

présentée et soutenue publiquement le 25 Janvier 2000

Examineurs de la thèse :

M. J.P. LOUIS

M. A. FONTAINE

Mme D. DESPREZ-DROZ

Mme M.F. EMOND-LECOMTE

Professeur des Universités

Professeur 1er Grade

Maître de Conférences

Docteur en Psychologie

Président

Juge

Juge

Juge

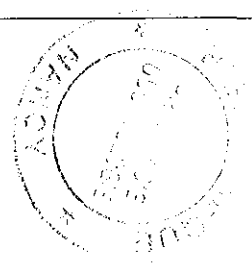
12/01/2000

ACADEMIE DE NANCY - METZ

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2000

N° 07-00
Double



THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN
CHIRURGIE DENTAIRE

par

Eléonore FOURNEL

Né le 04 octobre 1975 à Besançon

**L'ANXIETE DE L'ENFANT AU CABINET
DENTAIRE : EVALUATION PAR LE
DESSIN**

présentée et soutenue publiquement le 25 Janvier 2000

Examineurs de la thèse :

M. J.P. LOUIS	Professeur des Universités	Président
M. A. FONTAINE	Professeur 1er Grade	Juge
Mme D. DESPREZ-DROZ	Maître de Conférences	Juge
Mme M.F. EMOND-LECOMTE	Docteur en Psychologie	Juge

BU PHARM. ODONTOL.



D 104 048983 6

Assesseur(s) : Docteurs C. ARCHIEN - B. JACQUOT
Professeurs Honoraires : MM. F. ABT - S. DURIVAUX - G. JACQUART - R. MARGUERITE - D. ROZENCWEIG - M. VIVIER
Doyen Honoraire : J. VADOT

Sous-section 56-01 Odontologie Pédiatrique	Mme M Mlle M. Mme	<i>D. DESPREZ-DROZ</i> J. PREVOST S. CREUSOT E. MORTIER M.J. LABORIE-SCHIELE	Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	M. Mme Mme M.	<i>L. DEBLOCK</i> C. COUNOT-NOUQUE G. GROSHENS-ROYER L. PETITPAS	Professeur des Universités* Assistant Assistant Assistant
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	M. M.	<i>M. WEISSENBACH</i> N. CORDEBAR	Maître de Conférences* Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. M. M. Mme M.	<i>N. MILLER</i> P. AMBROSINI J. PENAUD C. BISSON-BOUTEILLET M. REICHERT	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie Et Réanimation	M. M. M. M. M. Mlle	<i>D. VIENNET</i> J.P. ARTIS P. BRAVETTI C. WANG O. BUCHER S. KELCHE	Maître de Conférences Professeur 2 ^{ème} grade Maître de Conférences Maître de Conférences * Assistant Assistant
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. Mme	<i>A. WESTPHAL</i> L. DELASSAUX-FAVOT	Maître de Conférences * Assistant
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M. Mme M. Mlle	<i>A. FONTAINE</i> M. PANIGHI H. VANNESSON C. AMORY J.J. BONNIN K. COHEN-CARTA J. ELIAS K. VANEY	Professeur 1 ^{er} grade * Professeur des Universités* Professeur 1 ^{er} grade * Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. M. M. M. M. M. M. M.	<i>J.P. LOUIS</i> C. ARCHIEN L. BABEL J. SCHOUVER D. DE MARCH D. GERDOLLE A. GOENGRICH J. LIBERMAN J.G. VOIRY	Professeur des Universités* Maître de Conférences * Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant Assistant Assistant
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	M. Mlle Mme	<i>B. JACQUOT</i> C. STRAZIELLE V. SCHMIDT MASCHINO	Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant
Anglais	Mme	S. BYLINSKI	Professeur agrégé d'anglais

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jean-Paul LOUIS

**Chevalier des Palmes Académiques
Doyen de la faculté de Chirurgie Dentaire
de l'Université Henri Poincaré-Nancy 1
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Professeur des Universités
Responsable de la sous-section : Prothèses**

Nous vous remercions du très grand honneur que vous nous avez fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous avons été touchée par la confiance que vous nous avez toujours accordée, dans nos études, comme dans nos activités au sein de l'Association des Etudiants.

Veillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre respectueuse admiration.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Alain FONTAINE

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Professeur 1^o grade

**Responsable de la sous-section : Odontologie Conservatrice -
Endodontie**

Vous nous avez fait le très grand honneur
d'accepter de juger cette thèse.

Veillez trouver dans ce travail le
témoignage de notre reconnaissance et de notre
profond respect.

A NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THESE

Madame le Docteur Dominique DESPREZ-DROZ

**Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1
Maître de Conférences des Universités
Responsable de la sous-section : Odontologie Pédiatrique**

Vous avez immédiatement manifesté de l'intérêt pour ce sujet lorsque nous avons évoqué l'idée d'en faire notre sujet de thèse et vous nous avez fait l'honneur d'en assurer la direction.

Nous avons été sensible à votre accueil, vos conseils et vos encouragements tout au long de nos recherches.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre respectueuse admiration.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Marie-France EMOND-LECOMTE

**Docteur d'Etat en Philosophie
Docteur en Psychologie**

Nous vous sommes vivement reconnaissante de l'aide que vous nous avez apportée durant la réalisation de ce travail.

Nous avons été sensible à la chaleur de votre accueil et à votre disponibilité.

Nous vous adressons ici l'expression de notre profonde gratitude.

A toutes les personnes qui ont contribué par leurs recherches ou leurs conseils à la réalisation de ce travail et en particulier,

Au Docteur Daniel ANASTASIO, Praticien-Hospitalier du service d'Odontologie de l'Hôpital Bel-Air à Thionville,

Aux Docteurs Anne MAZZOLINI et Jean-Michel LEDUC, Chirurgiens-Dentistes, qui m'ont permis de réunir les dessins au sein de leur cabinet.

Aux Docteurs Martine et Régis FOURNEL, Médecins Généralistes,

Au Docteur Dominique SCHARFF, Chirurgien Urologue,

A Monsieur François GAYAT, Directeur de l'Hôpital Local de Montier-en-Der

A Martine BRAVETTI, Infirmière en Pédiatrie à l'Hôpital Bon Secours à Metz.

Qu'ils reçoivent ici le témoignage de ma gratitude.

Au Docteur Jacques NANTY

**Docteur en Chirurgie Dentaire
Chef du Service d'Odontologie du Centre Hospitalier Régional de
METZ-THIONVILLE.**

Nous avons eu le privilège d'être votre élève.

Les deux années passées dans votre service nous ont été d'un grand enrichissement.

Nous avons apprécié l'étendue de vos connaissances et la rigueur de votre jugement.

Nous vous sommes reconnaissante de l'intérêt que vous nous portez et de la bienveillance dont vous avez fait preuve à notre égard au cours de notre stage dans votre service.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.

Aux Docteurs D. ANASTASIO, J.M. OSSWALD,

Vous nous avez guidée et épaulée au long de notre parcours.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueuse admiration.

A toute l'équipe.

A mes parents,

Ils m'ont toujours fait confiance.

Puisse ce travail être le témoin de ma gratitude, de mon admiration et de ma profonde affection.

A ma sœur Dorothée,

Mon amie la plus chère.

En témoignage de toute mon affection.

A mes grands-parents,

Puisse ce travail être l'occasion d'une joie supplémentaire.

A toute ma famille,

En souvenir des merveilleux moments passés à Argentière.

A Luc,

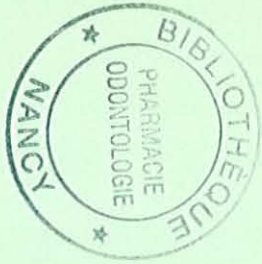
En témoignage de mon amour.

A Danielle et Dominique,

Mon attachement est digne de l'aide et de la grande affection qu'ils me donnent.

A tous mes amis,

A la mémoire de ceux qui n'ont pu terminer le chemin que nous avons entrepris ensemble.



SOMMAIRE

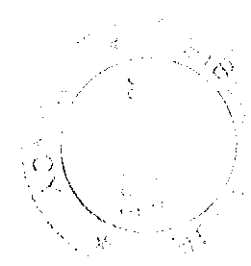
INTRODUCTION..... 1

PREMIÈRE PARTIE : RAPPELS DE PSYCHOLOGIE 4

DEUXIEME PARTIE : METHODES D'EVALUATION DE L'ANXIETE..... 54

TROISIEME PARTIE : INTERPRETATION DES DESSINS 89

CONCLUSION..... 138



INTRODUCTION

Malgré l'évolution des produits et des méthodes dans le domaine de la dentisterie pédiatrique, l'amélioration de la perception des soins dentaires par les enfants n'est pas frappante. La peur du chirurgien-dentiste et l'angoisse, vis à vis des soins, ne semblent pas diminuer de façon notable. Une "analyse de la recherche en psychologie du comportement en odontostomatologie" conclut en 1992 que "peu de progrès ont été réalisés" et recommande "d'améliorer les efforts dans l'avenir". [27]

Les causes d'échecs sont nombreuses dans ce domaine ; elles tendent trop souvent à faire indiquer l'anesthésie générale comme dernier recours pour des traitements d'enfants normaux, mais soudain considérés comme des handicapés, des caractériels ou des psychotiques. [7]

L'enfant est un être à part, en pleine découverte du monde extérieur, d'autrui et de ses propres émotions : il ne peut être envisagé comme un adulte en réduction. Il faut donc nécessairement le connaître, le situer dans son évolution, afin d'adapter notre approche et notre thérapeutique.

L'enfant est aussi un futur patient, dont les angoisses et les phobies résulteront de souvenirs et traumatismes puisés au cœur même de sa propre enfance.

"L'enfant de 0 à 5 ans est le père de l'homme qu'il sera plus tard." Cette remarque de Freud [20] exprime l'impact que cet âge peut avoir sur le développement émotionnel et sur l'équilibre affectif ultérieur. Le comportement

et la personnalité seront marqués par les événements vécus pendant l'enfance. Les premiers contacts d'un jeune enfant avec le dentiste seront donc décisifs. Ils auront un retentissement non négligeable, sur les relations ultérieures avec la dentisterie et sur la rigueur et la pérennité de ses habitudes d'hygiène dentaire. La nécessité de minimiser les risques de blessures psychologiques au cours de soins pédodontiques apparaît alors comme une évidence.

Il est donc indispensable de comprendre et d'améliorer la relation enfant-praticien. Le dessin semble être le moyen le plus facile et le plus fécond pour pénétrer l'univers de l'enfant : pour lui, comme pour l'artiste, il est l'un des modes d'expression par laquelle il peut exprimer ses peurs, ses espoirs et sa personnalité.

Le second point essentiel à considérer provient d'une étude de Kellogg et O'Dell, cités par Eichenbaum et Dunn. [15]

Après avoir rassemblé un million de dessins provenant du monde entier, ils ont conclu que « tous les enfants dessinent la même chose, quel que soit leur âge et leur origine ». Bien sûr les objets dessinés seront caractéristiques d'une culture ou d'une autre. Si on demande à un petit français de dessiner une maison, il ne dessinera ni une Isba, ni un chalet norvégien. Mais tous les enfants du même âge (sauf handicap mental ou culturel) ont une même structure d'élaboration et de mise en forme du dessin.

La tentation est grande d'analyser les dessins, mais la prudence s'impose si on ne désire pas tomber dans un amateurisme grotesque. Il ne s'agit pas ici d'être psychanalyste ou psychothérapeute mais simplement d'être à l'écoute de l'enfant dont nous avons la charge, et de refuser de l'assimiler à un simple objet de diagnostic et de soins.

La première partie de notre travail sera consacrée à un bref rappel sur la psychologie de l'enfant, ainsi que sa position par rapport aux soins dentaires.

Nous nous intéresserons ensuite aux différentes méthodes utilisées pour évaluer l'anxiété des enfants au cours des traitements dentaires.

Enfin, nous détaillerons l'interprétation de cinq dessins d'enfants âgés de 9 à 11 ans. Nous tenterons de déterminer dans quelle mesure l'anxiété apparaît dans leurs dessins, et de la qualifier.

**PREMIERE PARTIE : RAPPELS DE
PSYCHOLOGIE**

1. LE DEVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT

Pour traiter les enfants, il faut d'abord comprendre qu'ils sont engagés dans un processus de développement affectif, cognitif et psychomoteur. Une vision lucide de la dynamique de l'enfance nous permettra ici, une meilleure interprétation des dessins, et d'une façon globale, une meilleure approche des enfants.

Alors que la croissance staturale-pondérale de l'enfant n'est pas un phénomène régulier dans le temps, son adaptation psychique reste une manifestation progressive, accumulatrice et unitaire. Les psychologues ont fractionné cette évolution en plusieurs périodes. Jusqu'à la troisième année, ces périodes ont peu d'intérêt pour expliquer les réactions de l'enfant pendant nos soins, d'autant qu'il s'agit d'un âge où l'enfant consulte rarement un dentiste. Cependant, il faut les connaître car ces périodes peuvent ressurgir sous des formes plus ou moins marquées chez des enfants plus âgés, et même chez des adultes. On parle alors de régression comportementale, phénomène représentant à la fois un mécanisme de défense du Moi et un processus structurant s'il est passager et pas trop intense. [19]

Le développement de la personnalité de l'enfant étudié à travers son comportement s'établit donc en plusieurs étapes au sein desquelles vont se confronter l'inné et l'acquis.

1.1. DE LA CONCEPTION A LA NAISSANCE

Les premiers comportements de l'enfant apparaissent dans le ventre de sa mère : il bouge, il réagit, il apprend. [13]

Le fœtus communique avec sa mère par l'intermédiaire du placenta, organe de nutrition, de respiration et d'épuration.

Les émotions s'expriment par une hormone, l'adrénaline, qui augmente le rythme cardiaque.

La mère réagit, elle aussi, à l'être qui se développe en elle.

La naissance est le premier traumatisme qui marque la vie tout entière. Pour Freud, le danger de cette situation initiale est dû à la séparation brutale de l'enfant et de sa mère, et à l'exposition de données sensorielles. [20]

Leboyer considère que le premier cri, s'il prouve que l'enfant vit, est peut-être un cri de souffrance. [13]

La naissance génère une angoisse due à un dépaysement total : l'enfant est aveuglé par les scialytiques et il quitte la chaleur du ventre de sa mère pour être mis en contact avec un plateau de balance en acier froid et dur.

Janov, cité par Deldime et Vermeulen, montre que « le combat de la naissance risque de constituer le prototype de mode de réaction que la personne adoptera plus tard face à la situation de menace. » [13]

Certains auteurs, comme O. Rank, pensent que l'angoisse physiologique respiratoire qui accompagne la naissance est le point de départ de toute sensation d'angoisse. [13]

1.2. L'ENFANT DE 0 A 3 ANS

C'est une période décisive du développement, tant au niveau affectif que psychomoteur.

1.2.1. Développement moteur

C'est par le mouvement que le jeune enfant traduit sa vie psychique tout entière.

Ses manifestations motrices telles que spasmes, cris, contorsions, sont des réponses à des besoins organiques (faim, soif, froid...) : elles apparaissent dès la naissance, et constituent pour Wallon le stade impulsif. [44]

A six mois, le mouvement se transforme en expression et en imitation, premier moyen de communication et d'action que l'enfant utilise vis à vis de son entourage. Il s'agit du stade émotif. [44]

Le sourire apparaît dès la cinquième semaine. Le rire et les crises de colère n'apparaissent que vers le troisième mois.

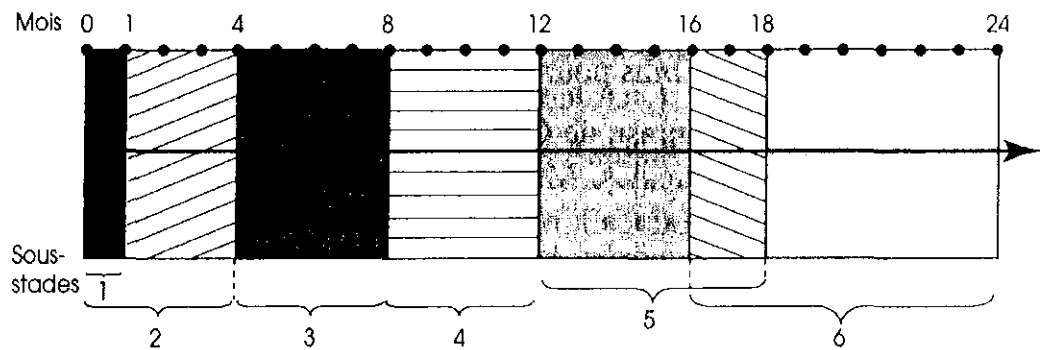
La maîtrise de la marche et de la préhension affranchit l'enfant par rapport à l'adulte. Elle concourt à la prise de conscience du Moi comme sujet.

1.2.2. Développement de l'intelligence

C'est également à l'occasion des activités sensori-motrices que les premiers comportements intellectuels se manifestent.

Explorations et tâtonnements de l'enfant font, petit à petit, passer l'intelligence du plan moteur au plan représentatif, celle-ci restant encore fortement liée à l'action et au geste.

Figure 1 : Schéma récapitulatif l'évolution de l'intelligence pendant la période sensori-motrice (D'après Deldine et Vermeulen) [13]



1. Comportements-réflexes.
2. Premiers comportements adaptés.
3. Premières coordinations sensori-motrices (réaction circulaire).
4. Premiers actes intentionnels.
5. Explorations et tâtonnements (recherche de moyens nouveaux).
6. Solutions « soudaines » (combinaisons mentales de schèmes).

A la naissance, la vie mentale de l'être humain se manifeste par des réflexes, comportements innés, sensoriels et moteurs, qui correspondent à des tendances instinctives. Ces réflexes permettent à l'enfant de survivre et d'apprendre à s'adapter. L'exercice-réflexe constitue donc une des bases de toute activité intelligente ultérieure.

Certains de ces exercices- réflexes ayant donné des résultats inattendus sont alors répétés en vue de reproduire les effets fortuits. C'est la réaction circulaire. Tel ce bébé, un jour, qui heurte son hochet tout à fait par hasard, le touche à nouveau, recommence inlassablement afin de reproduire le bruit et de faire durer un comportement qui l'amuse (vers 4-5 mois).

Vers 8-9 mois, l'enfant s'intéresse de plus en plus aux objets extérieurs et aux événements de l'entourage. Cette époque marque le début de l'acte intentionnel. L'enfant fait attention aux résultats de ses actions : il reproduit des

comportements moteurs afin de voir les résultats qu'il peut en obtenir. Il n'y a plus simple répétition, comme dans la réaction circulaire, mais coordination des mouvements entre eux en vue d'une intention posée préalablement. Lorsque l'enfant écarte un jouet en vue d'en saisir un autre, il y a adaptation à une situation nouvelle. L'enfant désire d'abord le jouet, et, dans un second temps, il essaie des moyens différents pour l'atteindre (écarter l'obstacle, amener la main de l'adulte vers le jouet).

Vers 11-12 mois, l'enfant se livre, selon l'expression de Piaget, à une « intense expérimentation active ». Grâce à ses explorations, il devient capable d'incorporer à son répertoire des moyens connus (exemple : tirer), de nouveaux moyens (exemple : amener vers soi un objet auquel est attaché celui sur lequel on tire).

De conservatrice et reproductrice, l'activité de l'enfant devient de plus en plus exploratrice. C'est ce que révèle le comportement de l'enfant qui fait inlassablement tomber le même jouet, modifie chaque fois les conditions de sa chute afin d'observer les résultats produits. [13]

A partir de 16 mois, on voit apparaître les solutions soudaines non précédées de tâtonnements. L'enfant commence à combiner mentalement des schèmes : évoquer, se représenter des mouvements sans les effectuer réellement, anticiper le résultat d'un geste...

L'acquisition du langage, moyen de communication sociale, fait progresser l'intelligence de l'enfant, qui devient capable de comprendre des signes, d'évoquer des situations, d'imaginer.

1.2.3. Développement affectif

De même, le développement affectif est riche en événements d'importance. La maturation affective de l'individu s'effectue en plusieurs phases.

Freud est le premier à attirer l'attention sur la sexualité infantile. A mesure que l'enfant grandit, l'excitation sexuelle investit des zones érogènes différentes et elle s'adresse à des objets différents.

La zone érogène du *stade oral* (0-1 an) ou *cannibale* est la bouche et la succion du sein maternel constitue l'activité érotique de l'enfant. La fonction alimentaire permet un retour à la symbiose mère-enfant existant précédemment par le cordon ombilical. A l'ingestion des aliments est associée l'incorporation, par laquelle l'enfant cherche à s'approprier les qualités de l'objet (ici le sein de sa mère) en le gardant à l'intérieur de soi.

Tant qu'il y a fusion entre l'enfant et sa mère, l'enfant vit selon le principe de plaisir. Les frustrations, dont le sevrage alimentaire vont permettre la différenciation et le développement du « principe de réalité » : on est deux et pas un, et il est impossible de tout avoir, tout de suite, tout le temps.

Le sevrage va engendrer la genèse de la « *relation objectale* » : Spitz pense que l'enfant prend conscience des objets à l'occasion des expériences de manque. [13]

Selon Mélanie Klein « reconnaître sa mère comme personne totale signifie aussi la reconnaître en tant qu'individu qui mène une vie propre et a des rapports avec d'autres personnes » [13]

Klein décrit le développement de l'enfant en termes de positions (paranoïde ou dépressive) et non en stades : il n'y a pas succession mais oscillation d'une position à une autre. [13]

La *position paranoïde* se caractérise par :

➤ La relation à l'objet partiel (le sein de la mère) : l'enfant voit le sein, les yeux de sa mère mais n'intègre pas qu'ils appartiennent à la même personne.

➤ Le processus de clivage : dès la naissance, l'instinct de mort entre en conflit avec la libido. Cette pulsion de mort auto-destructrice crée une profonde

angoisse dont l'enfant se défend en projetant à l'extérieur et en transformant l'autre partie en agressivité tournée vers autrui :

- La projection, mécanisme de défense par lequel l'individu attribue à autrui ses propres sentiments, se fait ici sur le sein de la mère : c'est donc l'objet partiel qui cherche à détruire l'enfant et qui devient aussi « mauvais » objet ressenti comme dangereux.
- Quant à l'agressivité, Deldime et Vermeulen expliquent qu'elle est dès lors dirigée contre le sein persécuteur que l'enfant désire détruire. Ce désir de « dévoration » s'étend par la suite à l'intérieur du corps de la mère.

➤ L'angoisse paranoïde (crainte de la destruction du moi par le « mauvais » objet.)

Elle se termine par la suprématie de l'objet idéal (le « bon » sein) sur l'objet persécuteur (le « mauvais » sein), de la pulsion de vie sur la pulsion de mort et par l'identification de l'objet idéal. Tout ceci à condition que les bonnes expériences de l'enfant l'emportent sur les mauvaises.

La *position dépressive* est marquée par la relation à l'*objet total* : « Reconnaître sa mère comme objet total signifie pour nous que cela diffère aussi bien des relations d'objet partiel que des relations d'objet clivé : en d'autres termes, non seulement le nourrisson se situe par rapport au sein, aux yeux et aux mains de sa mère qu'il voit comme des objets séparés de lui, mais il la reconnaît comme une personne totale, qui peut être parfois bonne, parfois mauvaise, tantôt présente, tantôt absente et qui est source en même temps de ce qui est bon et de ce qui est mauvais... »

La position dépressive voit donc l'apparition de l'ambivalence, les objets d'amour étant comme les objets de haine.

L'angoisse paranoïde fait place à l'angoisse dépressive, crainte que les pulsions destructrices n'aient anéanti l'objet aimé : la peur pour l'objet

remplace la peur de l'objet. Le retour de la présence chaleureuse de sa mère signifie pour l'enfant qu'il peut « réparer » les conséquences de son agressivité, son absence lui fait craindre sa perte et le confirme dans son sentiment d'abandon.

La position dépressive se caractérise donc par :

- la relation à l'objet total (la mère)
- l'intégration du moi et de l'objet
- l'ambivalence
- l'angoisse dépressive

A. Abraham décrit entre six mois et un an le *stade sadique oral*, défini par l'extériorisation des pulsions cannibales. L'activité de morsure commence dès l'apparition des premières dents dont l'éruption est accompagnée de douleur, mais aussi de plaisir (frottement de la lèvre, sucements) [2]

Le but pulsionnel est de satisfaire un plaisir auto-érotique mais surtout la recherche de pression relationnelle sur les objets et les personnes. L'enfant considère ses selles comme une partie de lui-même qu'il peut expulser ou retenir et qui peut devenir une monnaie d'échange entre lui et l'adulte : c'est le début du *stade anal* décrit par Freud entre un an et trois ans, également appelé *stade sadique anal*. Par la rétention de ses selles, l'enfant satisfait son plaisir de maîtrise. Cependant, il est conscient de la « punition » qu'il afflige à sa mère lorsqu'il expulse celles-ci. C'est le stade d'acquisition des règles, l'enfant y apprend la notion de bien et de mal. Aussi cette période peut déboucher sur un véritable rapport de force entre la mère et l'enfant, lorsque l'enfant prend plaisir à s'opposer. Erikson, cité par Deldime et Vermeulen, décrit deux nouvelles attitudes sociales : laisser-aller (phase d'élimination) et conserver (phase de rétention). [13]

Figure 2 : Correspondance entre les pulsions destructrices et les pulsions libidinales [13]

STADES	LIBIDO	PULSION DESTRUCTRICE
Stade oral de succion	Plaisir de sucer	Sucer à mort, assécher, vider
Stade oral de morsure	Plaisir de mordre	Dévorier
Stade anal 1° étape	Plaisir d'expulser	Anéantir, détruire
Stade anal 2 ° étape	Plaisir de retenir	Contrôler, dominer

1.2.4. Développement social

L'enfant découvre donc sa personne, l'autre, le monde et son indépendance naissante éclate dans la phase négative d'opposition (3 ans).

Dès que l'enfant maîtrise la marche, se multiplient les interdits : la mère dit «Non, non», secoue la tête et menace l'enfant du doigt. Par identification à la mère, l'enfant utilise le même signe «non», lorsqu'il est sur le point de faire quelque chose d'interdit, mais aussi pour exprimer l'agression. Même si l'enfant fait ce qu'on lui demande, il aura exprimé son désaccord. Il acquiert là, en même temps qu'une autonomie de déplacement, une autonomie de pensée. Il différencie parfaitement le soi d'autrui et devient une entité sociale distincte.

Les émotions se différencient à partir de son corps : elles lui permettent d'entrer très tôt en relation avec les autres, les pairs notamment.

La première relation avec la mère constitue la base de toutes les relations sociales à venir.

1.3.5. Les débuts de l'expression graphique

La naissance de l'expression graphique est la rencontre fortuite d'un geste et d'une surface qui l'enregistre. Puis l'enfant cherche à reproduire cette

trace laissée dans le sable ou dans la poussière. Ses essais vont conduire à des inventions, des créations qui vont beaucoup amuser l'enfant. Une fois le contrôle de la motricité plus perfectionné, il parviendra à reproduire la forme déterminée.

Ce qui séduit particulièrement l'enfant dans cette démarche, c'est la pérennité de la trace graphique, qui devient source de jubilation. L'enfant paraît absorbé par son œuvre graphique justement parce qu'elle s'est détachée de lui, tandis que la production sonore, inséparable de l'acte producteur immédiat, ne l'« absorbe » pas, mais l'exprime totalement. [31]

A ce stade, le goût des couleurs n'intervient pas : l'enfant semble éprouver le même plaisir devant des traces neutres que devant des traces colorées.

On peut se demander quel est le lien entre la manipulation ludique des produits alimentaires et l'expression graphique. A l'origine, selon Luquet, « la trace est l'expression graphique de la fonction végétative la plus primitive » : les éclaboussures réalisées à base de soupe ou de chocolat se rapprochent beaucoup des barbouillages graphiques. [31]

Au cours du stade anal, les liens entre la fonction organique et la fonction graphique se resserrent, puisque l'enfant considère ses excréments simplement comme une surface qui reçoit l'empreinte et la conserve.

Lorsque l'enfant reconnaît le lien causal existant entre son geste et la trace obtenue, il entreprend le long apprentissage qui, parallèlement au développement moteur, l'amène à discipliner son geste.

A environ 1 an, l'enfant pénètre dans ce que Luquet nomme le stade du gribouillage ou *stade du réalisme fortuit*. Il cherche à reproduire des formes sans intention représentative. L'enfant va lentement progresser, partant d'un geste oscillant, il va éduquer son geste et va d'abord parvenir à décrire une forme circulaire de plus en plus arrondie. Vers 2 ans, l'enfant dispose de traits verticaux et horizontaux. Petit à petit il apprend à arrêter son geste, réalisant

ainsi des tirets, des hachurages et des lignes courbes. A 3 ans, l'enfant est capable d'exercer un guidage de la main par l'œil et peut donc joindre deux points après une droite.

Par la suite, l'enfant va perfectionner son geste grâce à un contrôle croissant de la motricité et à une intégration des données visuelles. Il est difficile d'indiquer avec précision les âges où doivent se manifester les progrès. Selon la personnalité de l'enfant, ses goûts pour les lignes droites ou les formes ondulées, selon son assiduité à dessiner, le style et l'évolution graphique sont variables. « Ce sont des particularités d'écriture, liées aux aptitudes motrices élémentaires, aux aléas rencontrés dans l'exercice de ces aptitudes qui jouent également chez l'artiste adulte. » explique Luquet. [31]

Figure 3 : L'évolution des capacités graphiques entre 1 et 4 ans [13]

1-2 ans	Tracés en différentes directions ; diagrammes (« croix »)
2 ans	Tracés circulaires
2 ans 1/2	Griffonnages articulés en une ou plusieurs boucles ; dessins en spirales et en cercles multiples
3 ans	Ebauches graphiques avec intentions de représentations
4 ans	Griffonnages « compréhensibles » pour l'enfant ; premiers dessins figuratifs

1.3. L'ENFANT DE 3 A 6 ANS

1.3.1. Développement moteur

Pendant la période allant de 3 ans à 6-7 ans, l'enfant éprouve un besoin intense de mouvements qu'il maîtrise et coordonne de mieux en mieux. Il

acquiert la latéralisation et possède une telle aisance dans le mouvement que l'on nomme cette période « l'âge de grâce ».

Le jeu est la vocation de la deuxième enfance. Auparavant, le jeu consistait à permettre l'exercice des sens (toucher, bruits). Maintenant, il est devenu une manifestation typique : il s'agit d'imiter l'adulte, de construire, de recevoir (conte, télévision...).

1.3.2. Développement du langage

Le développement de l'aptitude à évoquer et du langage verbal conduit progressivement aux premières abstractions. Son vocabulaire s'est enrichi et il est tout à fait capable de tenir un échange verbal avec son interlocuteur. C'est donc à partir de cette période que le chirurgien dentiste peut commencer à instaurer un dialogue avec son jeune patient. Cependant il ne faut pas oublier que celui-ci est encore peu enclin à suivre un raisonnement logique. Il sera donc préférable de compenser les sensations désagréables du traitement en substituant d'autres impressions, plutôt que d'essayer de leur donner des explications.

Sa perception et sa pensée sont syncrétiques : ce qui apparaît à l'enfant est un ensemble où tout est entassé sans distinction, et non les parties dont il est fait.

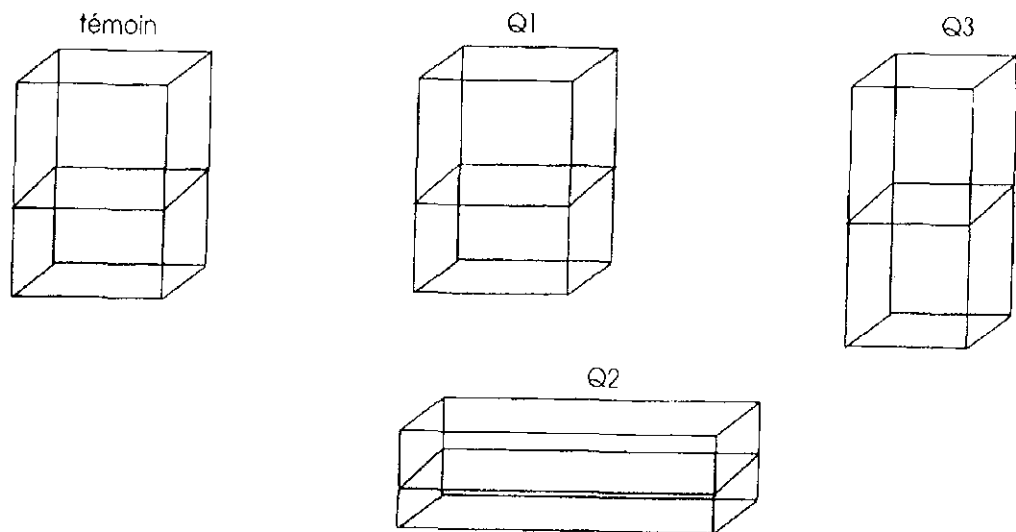
1.3.3. Développement intellectuel

1.3.3.1. La pensée intuitive

Piaget a effectué de nombreuses expériences pour expliquer la pensée intuitive. En voici un exemple : on transvase une même quantité d'eau dans deux récipients de hauteur et de largeur différentes ;

Figure 4 : schémas empruntés à Hurtig, cité par Deldime et Vermeulen

[13]



Lorsque l'on demande à l'enfant s'il y a la même chose dans les deux récipients, l'enfant répond qu'il y en a moins dans le premier parce que le niveau d'eau est plus bas ou qu'il y en a plus dans le second parce que le niveau d'eau est plus haut...

Les réactions des enfants nous apprennent :

➤ qu'ils concentrent leur perception sur un aspect apparent de la transformation et négligent ainsi l'importance des autres états de la matière. Ils ne peuvent logiquement résoudre le problème parce qu'ils sont incapables de considérer simultanément la grandeur et le volume : ils sont plus préoccupés par des états que par des changements.

➤ qu'ils ne comprennent pas la signification des états transitoires d'un phénomène : ils sont surtout attentifs au début et à la fin d'un processus ;

➤ qu'ils ne peuvent retracer les étapes parcourues par les stades intermédiaires de la transformation. Ils ne comprennent pas l'idée que l'opération de tranvasement est réversible.

1.3.3.2. L'égocentrisme

La pensée de l'enfant est égocentrique, dans la mesure où elle ne peut considérer que quelque chose a une existence propre, indépendante de sa vie.

Marc, 4 ans voit la mer pour la première fois. Intrigué par le va et vient des vagues, il s'écrie : « Mais quand cela s'arrête-t-il ? » « Jamais » lui répond son père. « Même pas quand nous sommes au lit ? » demande l'enfant incrédule. Marc ajuste donc le monde sur sa personnalité, plutôt que d'adapter sa pensée à la réalité.

1.3.4. Développement social

L'égocentrisme constitue une marque dominante de cette période : l'enfant se considère comme le centre du monde, a tendance à tout rapporter à lui et est incapable de se mettre à la place de son interlocuteur. Ce trait de

caractère est facilement repérable dans le langage. Plusieurs enfants assis autour d'une table parlent apparemment ensemble, mais si on prête une oreille attentive, on s'aperçoit qu'aucun d'eux ne fait attention à ce que les autres disent. Ces « monologues collectifs » ressemblent étrangement à une pièce de Ionesco.

L'école maternelle et la vie en société vont petit à petit socialiser l'enfant et l'aider à évoluer dans le sens de la discipline.

1.3.5. le développement affectif

Cette seconde enfance est surtout caractérisée par l'apparition du *Complexe d'Oedipe* (vers 4 ans).

Les stades précédents concernaient la mère et l'enfant. D'après Freud, cette relation duelle cède la place vers trois ans à une relation triangulaire faisant intervenir le père. L'enfant est en effet attiré par le parent du sexe opposé.

Figure 5 : Schématisation des relations parents-enfant [13]

	Chez le garçon	Chez la fille
Stades oral et anal	garçon $\xrightarrow{\text{relation privilégiée}}$ mère	fille $\xrightarrow{\text{relation privilégiée}}$ mère
Stade phallique		
<i>Remarque : La fille change d'objet libidinal (d'abord la mère puis le père), le garçon transforme sa relation à l'objet initial (la mère).</i>		

Selon Freud, la zone érogène pendant le *stade phallique* est la zone génitale. L'enfant, entre trois et six ans, présente des comportements typiques : masturbation, voyeurisme et exhibitionnisme. Filles et garçons ne reconnaissent qu'un seul organe génital : le phallus. Le complexe de castration (la fille croit qu'elle a perdu son pénis) la conduit à adorer son père parce qu'elle le lui envie. En revanche, chez le garçon, c'est le complexe de castration qui clôt le complexe d'Oedipe : il a peur à son tour d'être castré, comme punition de son désir pour sa mère. Le phénomène demeure narcissique plutôt qu'objectal : la question d'en avoir ou pas ne renvoie pas à l'usage qu'on peut en faire, mais au simple fait de la possession du pénis.

La résolution du complexe d'Oedipe réside dans l'identification au parent du même sexe, pris pour modèle. L'enfant intègre alors son image sexuelle, il adopte les comportements et les valeurs de son sexe. C'est une étape décisive car elle instaure la prévalence de l'être sur l'avoir. Il ne s'agit plus d'avoir ou pas de pénis mais d'être un homme ou une femme, avec tout le jeu relationnel que cela entraîne.

Cette période de recherche de son identité et de sa place est marquée par le comportement instable de l'enfant.

L'intervention chirurgicale ou dentaire chez un enfant en pleine période œdipienne, ou simplement la perte des dents de lait, auront des répercussions spécifiques en fonction des explications qui lui seront ou non données. Toute ablation d'une partie de son corps peut réveiller le complexe de castration et engendrer culpabilité et angoisse.

1.3.6. Développement de l'expression graphique

1.3.6.1. Les débuts de l'intention représentative

Alors qu'il dessinait sans intention représentative, l'enfant prend brusquement conscience, après coup ou en cours d'une exécution, d'une analogie (très subjective) entre son dessin et un objet familier. Son griffonnage prend alors une signification : c'est l'apparition de *l'intention représentative*. [31]

Le dessin choisi pour représenter tel ou tel objet n'est pourtant pas plus éloquent que les précédents, mais l'enfant vient d'intégrer le pouvoir symbolique d'information que possèdent les traces. Il connaît l'existence du lien possible entre tel objet et la trace colorée qu'il contemple et la ressemblance fortuite jaillit non de la forme elle-même mais d'une subite aptitude à trouver une analogie entre une forme et un objet. C'est la rencontre du développement d'« aptitudes perceptives motrices » et de ses progrès de déchiffrement symbolique. Elle est largement déterminée par des processus de maturation et des effets socioculturels.

L'enfant, très satisfait de ses nouvelles capacités de représentation, tente de renouveler l'expérience. mais la concordance entre ses nouveaux dessins et des objets existants n'est pas systématique. Il va donc chercher à reproduire ce schéma, et à force d'entraînement, va s'en approcher ou découvrir d'autres formes auxquelles il va donner leur propre signification.

C'est cette phase que Luquet décrit sous le terme de « *réalisme manqué* ». L'enfant doit reconnaître que la ressemblance auparavant obtenue était fortuite, et qu'il ne parvient pas à chaque essai à représenter des images préméditées.

1.3.6.2. De l'intention représentative intellectuelle au réalisme intellectuel

Malgré la maturation des aptitudes perceptivo-motrices, les gestes graphiques de l'enfant sont encore souvent maladroits, son attention est mobile, ses dessins sont relativement peu structurés.

Voici quelques indices typiques des dessins d'enfants âgés de 3 à 7 ans :

- absence d'éléments importants (bras, mains..)
- détails en surnombre (multiplication de doigts à la main)
- disproportions entre certains éléments (main plus grande que la tête, par exemple). L'enfant n'organise pas son dessin en tenant compte de la surface de la feuille mais il adapte les proportions en fonction de l'espace qu'il lui reste à combler. L'importance affective que l'enfant porte à tel élément se traduit également par des disproportions graphiques.

- indifférences aux relations spatiales : certains objets normalement en continuité avec le dessin sont suspendus (par exemple, la pipe est située en dehors de la bouche.)

Il est intéressant de faire dessiner un bonhomme par des enfants de 2 à 7 ans.

Voici quelques repères établis par Davido [12] :

- vers 3 ans : bonhomme « têtard », c'est à dire un rond associé à quatre bâtons représentant les jambes et les bras. Ce type de dessin peut perdurer jusqu'à 5 ans.

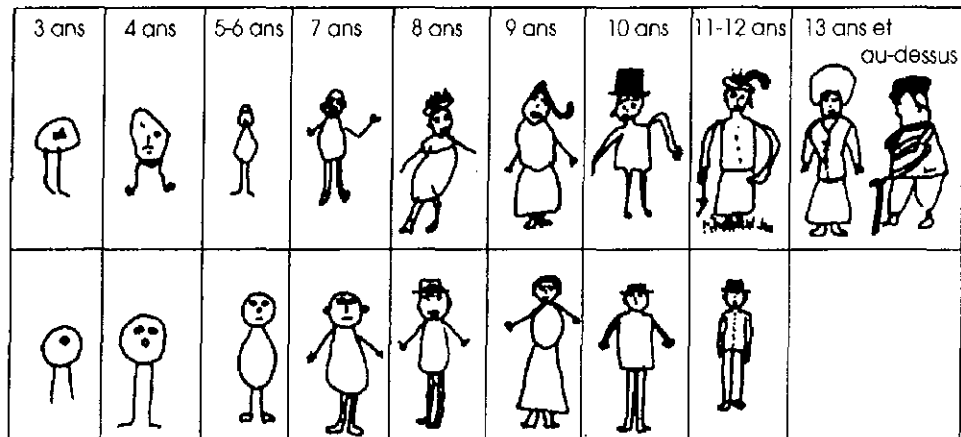
- vers 4 ans, le bonhomme s'agrémente de détails (yeux, bouche, nombril...)

- vers 5 ans : apparition du tronc sous la forme d'un deuxième rond auquel s'articulent les bras vus de face

- vers 6 ans : corps complet et articulé.

Figure 6 : Les variations de la représentation du bonhomme à partir de 3 ans.

(D'après Leif, cité par Deldime et Vermeulen [13])



Au début, lorsque l'enfant échoue, il renonce. Petit à petit, il va apprendre à corriger son dessin, en ajoutant un détail, il parvient à la ressemblance voulue. Dans ce temps, l'intention réaliste est donc délibérée, et l'enfant atteint le stade de réalisme intellectuel.

Luquet explique ce passage par la simple accumulation de réussite. L'enfant estime qu'il ne sait pas tout dessiner, mais qu'il peut représenter un objet pour lequel il s'est entraîné. A 7 ou 8 ans, si on lui demande de représenter un objet précis, il peut refuser en prétextant qu'il ne sait pas, car l'enfant a le sentiment qu'il pourrait bien mieux s'exprimer par le langage. Même s'il ne connaît pas le nom d'un objet, il peut le désigner d'un geste ou le désigner par une périphrase. Cette démarche est plus difficile à mettre en œuvre par le dessin, bien qu'elle soit possible : l'enfant peut sous-entendre l'objet, dessiner une scène précédant l'arrivée de l'objet ou dessiner d'autres objets s'y rapprochant.

Cependant, le caractère fortuit ne disparaît pas brusquement ; soucieux de représenter une forme, si son tracé lui paraît contraire à son projet, il cherchera à le corriger ou à lui donner une nouvelle signification. L'aboutissement au réalisme intellectuel s'effectue lentement. Le moment où l'enfant corrige le dessin apparaît déterminant, l'image n'est plus considérée comme une forme globale, mais comme la juxtaposition d'un ensemble de signes.

1.4. L'ENFANT DE 6 A 12 ANS

1.4.1. Développement moteur

L'ensemble de cette période est consacré au perfectionnement des connaissances acquises au cours des précédentes années.

La personnalité de l'enfant s'affirme et sur le plan moteur, il affine ses gestes.

La coordination des mouvements augmente, la force s'accroît et la rapidité, la précision, l'endurance se développent d'une manière très marquée.

1.4.2. Développement social

La résolution du complexe d'Oedipe apporte une plus grande stabilité affective et permet donc à l'enfant de s'investir pleinement dans l'étude.

Ses progrès intellectuels sont liés à son apprentissage scolaire.

L'enfant devient capable de s'intégrer à un groupe (souvent de même sexe) et de coopérer. Cette vie sociale intense va lui permettre de développer une morale autonome et personnelle.

Figure 7 : Synthèse de l'évolution du jugement d'après Piaget [36]

De 3 à 6 ans	De 6 à 12 ans
<ul style="list-style-type: none"> - morale hétéronome (contrainte morale, sens du devoir hétéronome : respect unilatéral de la règle imposée par l'adulte) - réalisme moral, responsabilité objective (résultat matériel) - notion de justice : justice immanente, sanction expiatoire, responsabilité générale, absence d'égalitarisme, justice rétributive. 	<ul style="list-style-type: none"> - morale autonome (sens de la coopération qui aboutit à l'autonomie : respect mutuel des principes moraux) - responsabilité subjective (intention) - notion de justice : sanction par réciprocité, responsabilité collective, égalitarisme, justice distributive, équité.

La morale autonome se développe avec le respect mutuel et la coopération entre enfants, entre l'enfant et l'adulte. A partir de 9 ans, l'enfant considère la règle comme due au consentement mutuel et comme condition nécessaire de l'entente. Lorsqu'on demande à un enfant de juger une maladresse ou un vol, il tient compte de l'intention : faire une tache d'encre en s'amusant est plus «vilain» qu'en faire une en voulant aider son père (responsabilité subjective). La responsabilité subjective se développe parallèlement à la morale autonome. Si l'adulte cherche un responsable dans un groupe, l'enfant adopte une attitude de responsabilité collective, née de la solidarité volontaire du groupe.

Kohlberg, cité par Deldime et Vermeulen, a lui aussi étudié le développement du jugement moral. Sa méthode porte sur trente thèmes de la vie courante, regroupés en trois grandes catégories : [13]

- les modes de jugement, d'obligation et de valeur (le bien et le mal. le devoir, le droit, le sens de la responsabilité...)
- les éléments d'obligation et de valeur (la prudence, le bien-être social, l'amour, le respect...)
- les normes et institutions sociales sur lesquelles portent ces jugements (les normes sociales, la conscience professionnelle, la démocratie, la justice...)

L'évolution du jugement moral du stade 1 au stade 6 est « *un mouvement allant d'une règle particulière vers une règle universelle.* »

Exemple relatif à la valeur de la vie :

Stade 1 : seule la vie de certaines personnes est valable.

Stade 6 : toute vie est valable.

Cette évolution résulte de plusieurs facteurs :

- le niveau de développement cognitif et logique
- la volonté, le désir
- les opportunités d'assumer des rôles sociaux différents
- la structure de justice propre aux institutions que l'enfant fréquente (école, église, famille, groupe de jeu.)

Figure 8 : Description des différents stades de jugements moraux (d'après Kohlberg, cité par Deldime et vermeulen [13])

<p>I. Niveau pré-conventionnel (ou niveau pré-moral). Cas de quelqu'un qui se conforme aux règles de la société concernant le bien et le mal, mais par rapport aux conséquences physiques ou hédonistes encourues ou attendues (punitions, récompenses, échanges de bons procédés) et en raison du pouvoir d'une autorité qui impose les lois.</p>
<p><i>Stade 1. Punition et obéissance.</i> Une action est considérée comme bonne ou mauvaise d'après la punition qui la sanctionne ou la récompense qui la gratifie. Si l'individu sait qu'il va être puni, l'action est mauvaise et il ne la fera pas. Si au contraire il n'encourt pas de punition, l'action peut être accomplie, quelle que soit la portée humaine ou la valeur de l'acte.</p>
<p><i>Stade 2. L'orientation instrumentale naïve.</i> L'action convenable satisfait, comme tout autre instrument le ferait, les besoins individuels et éventuellement les besoins des autres. Ainsi, comme sur le marché, on s'attend à ce que les relations humaines apportent quelque chose. Elles sont basées sur un sens de réciprocité et de justesse, sur le mode d'expression « un petit service en vaut un autre ». Elles ne reposent pas sur la reconnaissance, l'honnêteté ou la justice.</p>
<p>II. Niveau conventionnel. Cas de quelqu'un qui se conforme aux attentes de sa famille, de son milieu ou de son pays. Elle soutient et justifie activement l'ordre social existant.</p>
<p><i>Stade 3. Bon garçon, gentille fille.</i> Cas de celui dont les actes plaisent aux autres ou les aident et sont approuvés par eux. Pour la première fois, l'intention de l'individu devient importante (l'enfant « veut bien faire »). L'approbation est gagnée en étant sympathique.</p>
<p><i>Stade 4. Le choix de la loi et de l'ordre.</i> Une personne fait ce qu'il faut, parce qu'elle fait son devoir. se montre respectueuse envers l'autorité, et respecte l'ordre social actuel pour lui-même.</p>

III. Niveau post-conventionnel, niveau des principes, niveau autonome. Concerne ceux qui essaient de reconnaître les valeurs universelles valables, sans se souvenir de savoir si une autorité ou un groupe souscrit à ces valeurs et en dépit du fait qu'ils soient liés ou non avec l'autorité ou le groupe.

Stade 5. Le choix du contrat social. Généralement, il implique des sous-entendus légalistes et utilitaires. Le comportement moral est défini en termes de droits individuels généraux et d'après des standards qui ont été examinés de façon critique et pour lesquels la société a donné son assentiment. C'est la moralité « officielle » de la constitution américaine et du gouvernement des Etats-Unis. Les valeurs personnelles et les opinions sont alors relatives et il y a des procédures pour atteindre un consensus et pour changer les lois pour des raisons d'utilité sociale (plutôt que de garder des lois figées parce que non violées, comme dans le cas du stade 4).

Stade 6. Choix des principes éthiques universels. Les jugements moraux d'un sujet sont basés sur des principes universels de justice, sur la réciprocité du respect des droits de l'homme, l'égalité de ces droits et le respect de la dignité des individus. Le droit est défini par la conscience individuelle en accord avec le choix personnel et les convictions éthiques communément partagées.

1.4.3. Développement intellectuel

L'enfant s'intéresse de plus en plus à ce qui l'entoure et fait preuve d'une grande curiosité. Le chirurgien-dentiste devra avant tout solliciter l'intérêt du patient afin d'obtenir sa collaboration. La confiance sera obtenue si le praticien donne à l'enfant le pourquoi et le comment de ses actes. La pensée de l'enfant s'étant approfondie et structurée, il appréciera les explications du praticien.

1.4.4. Développement affectif

C'est le début de la période de latence. Les pulsions sexuelles sont laissées de côté, au profit d'une pulsion de recherche, qui permet le développement de l'individu. Mais si l'enfant est plus discret vis à vis de l'adulte, l'intérêt pour la sexualité ne disparaît pas pour autant. Il continue à

s'intéresser à l'origine des bébés, à la différence entre les sexes et les jeux sexuels ne sont pas rares à cet âge.

L'amnésie infantile caractérise ainsi la période de latence : l'enfant refoule dans son inconscient les expériences passées.

1.4.5. Développement de l'expression graphique

1.4.5.1. Le stade du réalisme intellectuel

A partir de ce stade, l'enfant devient capable d'utiliser un système de signes plus ou moins développé pour représenter la réalité. Cependant il ignore encore la portée de ce système d'expression symbolique qu'est le dessin.

« L'enfant use des schèmes graphiques dont il dispose dans le but de signifier la réalité extérieure. On pourrait supposer en effet que l'enfant instruit de son pouvoir de représenter les choses s'efforce d'en rendre fidèlement l'apparence visuelle. Au contraire, l'enfant ne garde de cette apparence visuelle que ce qui permet la reconnaissance de l'objet » [45]

Il éprouve le besoin d'exprimer tout ce qu'il sait, et pas seulement ce qu'il voit. [31] Le stade du *réalisme intellectuel* se caractérise notamment par :

➤ La transparence : l'enfant va aussi bien représenter la façade d'une maison, que l'ameublement des différentes pièces, le bébé dans le ventre de sa mère ou le corps du dentiste sous la blouse. Si un détail invisible permet de faciliter la reconnaissance de l'objet, il sera représenté contre toute apparence.

➤ La diversité des points de vue : sur un visage représenté de face apparaîtront des détails vus de profil ou d'en haut.

➤ Le rabattement : l'enfant veut tout représenter, les objets vus en plan, ceux vus de profil ou en élévation. C'est ce que Wildöcher appelle le rabattement. Sur les deux côtés d'une rue, les maisons seront représentées

avec leur façade comme si elles étaient rabattues sur le même plan de la rue.

[45]

► l'usage du détail exemplaire : des traits verticaux représentent les cheveux sur la tête ou l'herbe dans la prairie.

► l'inscription des légendes (sans pour cela confondre le graphique du dessin et celui de l'écriture)

Luquet écrit que « la perspective enfantine s'explique par la combinaison de l'intention réaliste (qui domine tout le dessin enfantin) et du sens synthétique ». [31] Wildöcher insiste sur le fait qu' « en accumulant des détails au mépris de la vraisemblance visuelle, l'enfant n'accroît pas le réalisme de son dessin, mais il augmente la quantité d'information que contient le dessin. Plus un dessin veut dire de choses, plus il intéresse l'enfant. Le dessin est donc bien l'équivalent du récit. Ce langage par l'image remplace le langage par les mots, mais le souci reste le même : informer, raconter. » [45]

A ce stade, le dessin a, avant tout, un rôle de communication. Tout ce mouvement qui anime l'univers des formes dépend du jeu de l'appareil œil-main et du souci de signifier. C'est l'équilibre toujours instable réalisé par cet ensemble de facteurs qui crée le style du réalisme enfantin.

1.4.5.2. Vers le réalisme visuel (11 ans)

Luquet définit le *réalisme visuel* par la soumission à la perspective. Selon Wildöcher, « d'une juxtaposition d'objets dans un espace abstrait et conventionnel, il devient la projection d'un fragment de l'espace tel que nous pouvons le saisir par la vue. »

Le réalisme visuel est acquis lorsque l'enfant renonce au syncrétisme du réalisme intellectuel. Il faut que derrière l'image unique et partielle, il ait conscience d'y mettre toutes les significations de l'objet. Wildöcher affirme que « l'apparition du réalisme visuel est contemporaine chez l'enfant du

dépérissement du dessin. » et que l'enfant ne se rallie pas avec joie à la représentation des choses. [45]

Figure 9 : Synthèse de l'évolution du dessin enfantin (d'après Osterrieth [13])

<p><i>Niveau 1</i></p> <p><i>Le gribouillage</i> de 2 à 3 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Production de tracés par activité motrice. sans intention figurative -Apparition d'éléments représentatifs. révélés surtout par des verbalisations : entrée en jeu de la fonction symbolique
<p><i>Niveau 2</i></p> <p><i>Le schématisme</i> de 3 à 9 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Intention figurative manifeste. dessin délibérément représentatif : « âge d'or » du dessin enfantin -Vocabulaire graphique = schémas individuels produits par juxtaposition et combinaison d'éléments graphiques simples (3 ans) -Combinaison de schémas en scènes élémentaires (4ans) -Combinaison de schémas en scènes complexes et paysages. premières tentatives de représentation du mouvement et de l'espace (5-6 ans) -Infléchissement du schéma vers une représentation plus souple. plus anecdotique. plus réaliste (7-9 ans)
<p><i>Niveau 3</i></p> <p><i>Le réalisme conventionnel</i> de 9 à 13 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Représentation plus fidèle aux apparences visuelles, abandon du schématisme, attention croissante aux formes, aux détails aux attitudes, aux rapports topologiques et aux proportions, ébauche de la troisième dimension, particularisation des sujets représenté, tendance à une figuration objective et conventionnelle
<p><i>Niveau 4</i></p> <p><i>Différenciation et tarissement</i> à l'adolescence</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Différenciation des évolutions individuelles et tarissement de l'activité graphique -Parfois, évolution vers une production de niveau artistique

1.5. L'ADOLESCENT

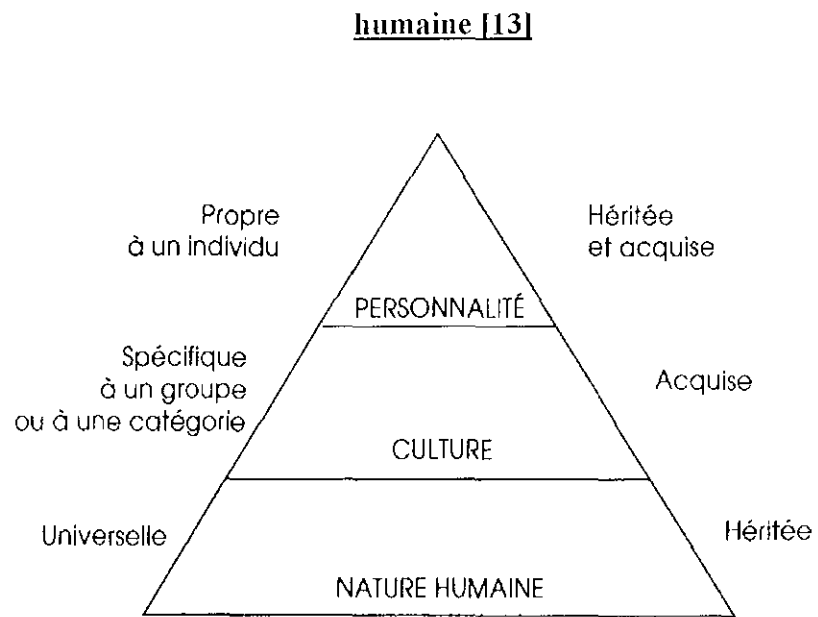
L'adolescent est profondément touché par les transformations physiques, mais surtout sexuelles qui s'opèrent en lui. Son identité prend forme et c'est à ce moment que le risque de confusion d'identité est le plus grand (ambivalence sexuelle : l'enfant ne sait plus s'il est un homme ou une femme.).

Des tendances régressives et progressives se succèdent les unes aux autres. Crise et confusion d'identité apparaissent néanmoins à chaque stade et ont un caractère évolutif.

L'adolescence peut être considérée comme une réédition de l'enfance. L'opposition aux parents rappelle la phase du « non » à 2-3 ans. (Voir page 3) On assiste également à la réapparition des fantasmes incestueux et au retour de l'exhibitionnisme et du voyeurisme.

L'adolescent se sent évoluer, ce qui l'amène à penser différemment. Il tente d'organiser sa personnalité d'adulte et d'accéder à plus d'indépendance. Geert Hofstede, cité par Deldime et Vermeulen, décrit la culture comme « une programmation mentale, c'est à dire un conditionnement généralement inconscient qui laisse aux individus une liberté considérable pour penser, sentir et agir, mais à l'intérieur des contraintes de ce que son environnement lui offre en terme de pensées, de sentiments et d'actions. Ces contraintes recouvrent toutes les sphères de la vie et, pour les comprendre, la vie humaine doit être considérée comme un tout intégré».

Figure 10 : Les trois niveaux de la programmation mentale



1.6. CONCLUSION

Psychologie, psychanalyse et sociologie ont permis de nombreuses découvertes fondamentales sur le développement de la personne. Elles nous aident aujourd'hui à mieux comprendre le comportement de l'enfant. Cette meilleure compréhension peut être utile à tous ceux qui, professionnellement ou non, sont désireux de créer des conditions favorables à l'épanouissement des jeunes.

Dans le cadre de cette étude, la connaissance de l'évolution psychologique des enfants est absolument nécessaire. Elle va nous permettre de mieux mettre l'accent sur les préoccupations actuelles des enfants et de dissocier les problèmes liés à la mise en place de la personnalité de ceux directement liés aux soins dentaires. Être capable de repérer les symboles et les messages dissimulés derrière des schémas graphiques est un exercice qui demande une connaissance absolue de l'enfant.

2. L'ENFANT ET LES SOINS DENTAIRE

2.1. LE SYMBOLISME DE LA SPHERE ORO-FACIALE

2.1.1. La bouche

Prenons comme point de départ ce texte de Bachelard, cité par Goldberg [24] : « Remarquons qu'aucune des valeurs qui s'attachent à la bouche n'est refoulée. La bouche, les lèvres, voilà le terrain du premier bonheur positif et précis, le terrain de la sensualité permise. La psychologie des lèvres mériterait, à elle seule, une longue étude. »

La bouche est tout d'abord un organe nutritionnel : elle est donc la source du premier plaisir, celui du sentiment de satiété. Elle est également la première zone érogène au cours du stade oral décrit par Freud. La relation mère-enfant est principalement objectivée par la succion du sein maternel. Le stade buccal correspond à la découverte du sentiment d'être aimé et cette sensation reste intimement liée à la sphère buccale.

C'est par la bouche que l'enfant va découvrir, explorer et établir le premier contact avec le monde extérieur (les autres sens ne sont pas encore en éveil). L'enfant tente d'y incorporer les aliments, mais aussi tous les objets qu'il peut saisir : il va ainsi les identifier et connaître. Jean Piaget situe ce concept à la base du processus d'assimilation.

D'une manière générale, la bouche est source de bien des satisfactions : les amoureux l'ont choisie afin de manifester leur affection et les gastronomes retirent de chaque mets une délectation certaine.

Mais la bouche fait aussi la jonction entre le monde extérieur et nous-mêmes, c'est un lieu privilégié où se perpétue l'humide. Le symbolisme d'organe amène Goldberg à établir le parallélisme entre la bouche et l'utérus maternel.

Perméable à la conscience par la langue qui permet la parole, la bouche est riche en expériences sensorielles.

2.1.2. Les dents

Dès le sixième mois commence l'éruption des premières dents. On atteint alors la seconde phase du stade oral, appelé stade oral sadique ou cannibale. Il correspond à une phase de mordication, en rapport avec la pulsion de destruction. Puis l'enfant entre dans sa phase de latence, jusqu'à la puberté. On retrouve alors les données du problème : les valeurs que l'inconscient attache à la dent, à ce stade, prennent toute leur signification.

Dans nombre de tribus primitives, chez les Bamabara, par exemple, les dents, tout comme l'œil, sont associées aux concepts d'intelligence et d'univers, et ce sont de véritables objets de culte. Les canines, c'est le travail, l'acharnement ; les molaires, la protection ; les incisives, la renommée... Perdre ses dents, c'est être dessaisi de jeunesse, d'énergie vitale ; signe de castration, de faillite. En revanche, la mâchoire saine et bien garnie atteste vigueur et force virile : croyance plus commune qu'on ne le croit, avec une affection particulière, selon les cultures, pour telle ou telle famille de dents. La tradition védique, en Inde, vénère plutôt les canines, symbole de force agressive. Ce sont elles qu'on prie d'intercéder, dans certains textes, quand il est question de chasser l'ennemi ou le mal...

Cependant en Irlande, c'est la dent de sagesse qui a tous les égards. Dans certains textes sacrés, le poète ou le héros, avant d'avoir sa vision, place son pouce sous sa dent de sagesse, le mord, puis chante un quatrain et offre un sacrifice aux dieux...

Dans le Lobi, on assiste à des mutilations dentaires (taille des incisives en pointe), limage des pointes canines au cours de la cérémonie de mariage en Indonésie : on arrondit les « angles de l'amour » et on protège ainsi le couple du mal. En Victoria, les rites d'intronisation sont marqués par des extractions.

La plupart du temps, ces rites pubertaires aboutissent à la circoncision. L'équivalence psychologique « **dent pénis** » peut être ainsi avancée.

La dent, un peu comme un cristal, serait un concentré de force, un véritable chasse mal. Et aux quatre coins du monde, la tradition demeure de pendre à son cou ou au rétroviseur de son véhicule une dent (si possible une canine) en guise d'amulette. Dent de loup, d'ours ou de requin, plus l'animal est sauvage, plus le « gri-gri » a de pouvoir face aux dangers de la vie. Le plus efficace serait la dent de dragon, dont la semence engendrerait des hommes de fer. Mais elle est plus difficile à trouver...

A propos de la chute des dents de lait, Marie Bonaparte écrit : « C'est dire que, pour l'inconscient de l'enfant, à la douleur de la castration symbolique de la dent tombée ou arrachée succède le triomphe de la rephalisation symbolique qu'est la poussée de la dent adulte. »

L'édentement chez l'adulte n'est pas simplement assimilé à un handicap, mais bien à une mutilation, voire à une castration.

La dent a bien entendu une incidence sur l'esthétique : elle fait partie du sourire et toute la dialectique de la séduction passe par la dent. Si une incisive est atteinte, qu'elle soit tachée ou extraite, l'homogénéité du bloc incisivo-canin est rompue, et ceci révèle alors l'antrè buccal, assimilée par « déplacement symbolique d'organe, mais aussi par similarité anatomo-fonctionnelle, à la sphère vagino-utérine. »

Seconde notion à retenir : « A la dent s'attache l'idée de **réserve de vie**. »

[24]

En effet, contrairement aux autres organes de notre corps, la dent résiste à la putréfaction, et perdure très longtemps après la mort.

*On retrouve la symbolique de la dent dans les expressions populaires : [38]

-«*avoir la dent dure*» : être cinglant en réparties

-«*avoir la dent longue*» : être avide d'argent

-«*du bout des dents*» : avec réticence, sans plaisir

-«*ne pas démordre de quelque chose*» : s'entêter

-«*se faire les dents*» : s'entraîner, s'endurcir

-«*avoir une dent contre quelqu'un*» : en vouloir à quelqu'un

-«*toutes dents dehors*» : rire très largement

-«*serrer les dents*» : avoir du courage

-«*se casser les dents sur quelque chose*» : échouer

-«*être armé jusqu'aux dents*» : posséder tous les moyens de défense

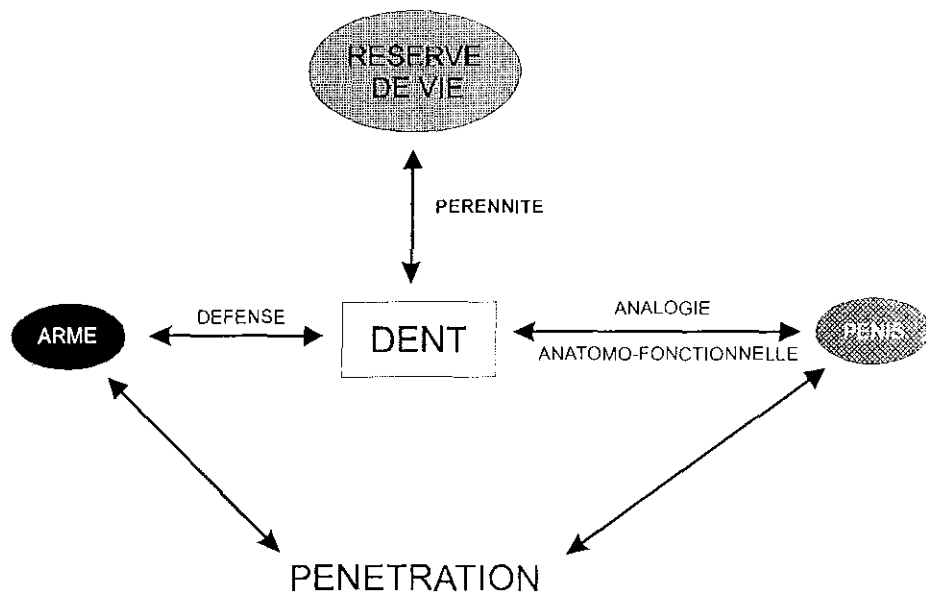
Cette dernière expression nous amène directement à la dernière image à laquelle se rapporte la dent : l'arme. En effet, l'homme nu ne possède pour se défendre que ses mains (poings et ongles) et ses dents, pour mordre. Mais arme est synonyme de pénétration et on rejoint alors la première notion. Nous avons vu précédemment qu'au stade cannibale, l'enfant mord le sein de sa mère, ce qui engendre le sevrage. L'enfant agit comme s'il voulait dévorer le sein de sa mère bien-aimée, les dents sont pour lui des instruments à l'aide desquels l'enfant tente de pénétrer le corps de sa mère.

L'interprétation des rêves rejoint cette hypothèse. Les travaux de nombreux psychanalystes ont montré que les rêves de dents ont une connotation presque uniquement sexuelle. Lorsqu'il s'agit de dents fortes et saines, il faut y voir un rapport avec la faculté naturelle de saisir et d'écraser les aliments. Les envies de mordre dans le comportement érotique sont significatives à ce sujet. On voudrait manger l'autre par amour. Les rêves où il est question de perte de dents ont trait au problème de l'impuissance, de même d'ailleurs que le mal de dent. [4]

Les superstitions populaires restent encore très sévères : rêver de dents est un très mauvais présage. Dents qui tombent, dents jaunâtres, dents de squelettes... Cauchemardesques ou pas, les dents rêvées ont mauvaise réputation. Présage de la mort d'un proche, disent les uns, de maladie, préfèrent les autres.

Ces trois notions sont en fait étroitement liées les unes aux autres : la dent est une **arme**, parce qu'elle est, avec les ongles, une des parties pointues et agressives de notre corps. La dent est analogue au pénis parce qu'elle peut pénétrer, or l'arme, elle aussi pénètre le corps de la victime. L'arme est donc synonyme de virilité, au même titre que le pénis, et dans le contenu même du symbole phallique s'intègre l'idée de réserve de vie. Nous retrouvons ainsi nos trois concepts imbriqués.

Figure 11 : Synthèse de la symbolique de la dent.



Toute intervention en dentisterie porte sur la sphère orale. « De ce qui précède nous pouvons déduire que notre patient réagira en refusant l'effraction dans cette zone hautement érogène, que la menace suspendue à un organe lié

doublement à sa sexualité et à sa survie ne peut que créer des rapports de tension ». [24] Quand bien même le problème de la douleur continuerait à s'amenuiser jusqu'à disparaître, il n'en subsisterait pas moins une phobie du dentiste.

Cependant le problème engendré par le sentiment de castration tend à se résoudre grâce aux progrès réalisés dans le domaine de l'art dentaire. Le chirurgien dentiste, « castrateur impitoyable » devient également le « rephallisateur ». Le dentiste restitue la puissance masticatoire et l'efficacité esthétique. : comme le soulignent Haynal et Pasini [26], « il appartient maintenant à la médecine de qualité de vie ». Il en résulte un nouveau type de relation patient-praticien.

2.2. ANXIETE

2.2.1. Définition

La peur est décrite par Le Petit Robert comme étant un « phénomène psychologique à caractère affectif marqué, qui accompagne la prise de conscience d'un danger réel ou imaginé, d'une menace. »

L'anxiété y est définie comme un « état d'angoisse », elle-même définie en tant que « malaise psychique et physique, né du sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisé par une crainte diffuse pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des sensations pénibles de constriction épigastriques ou laryngées. »

Brissaud, cité par Guelfi [25] fait la distinction entre anxiété et angoisse : la première serait psychique alors que la seconde plutôt somatique. Mais maintenir une telle limite apparaît difficile et artificiel.

La peur est différente en ce sens qu'elle constitue une réaction à une situation réelle, mais Juliette Favez-Boutonnier, citée par M.A. BelAir, fait

remarquer qu' «un enfant, ne distinguant pas très bien le réel et l'irréel, éprouvera des peurs voisines de l'angoisse». [7]

L'angoisse accompagne la vie de chacun d'entre nous et elle est nécessaire : elle permet à l'homme de pressentir les dangers. Un homme sans angoisse serait un monstre. Sartre dit « Tous les hommes ont peur. Tous. Celui qui n'a pas peur n'est pas normal ; ça n'a rien à voir avec le courage. »

L'angoisse est donc un phénomène psychosomatique, selon le caractère du danger, le langage courant permet d'exprimer des nuances :

Figure 12 : Sémantique de la peur (D'après Merloo, cité par Haynal) [26]

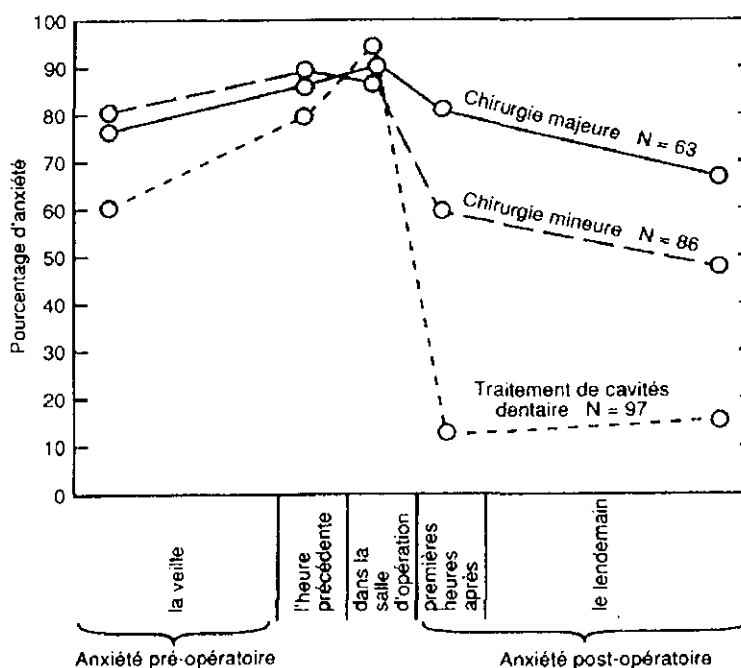
Sens	Anglais	Français	Allemand
Reconnaissance inconsciente du danger ; malaise ; irritabilité	Stress reaction Preverbal anxiety micropanic		
Défense biologique Proto-peur ; prédisposition à l'angoisse	Acute shock Pain Fright Scare Startle reaction Automatic anxiety	Frayeur	Schrecken Schreckliche Angst
Sentiment d'être désarmé ; d'être paralysé ; trop faible pour faire face au danger ; s'en remettre au destin	Fear Fright Dread Horror and perplexity	Peur	Angst Furch
Danger imminent	Dread Free floating anxiety	Peur intense	Frei flottierende Angst, innere Unruhe
Attente d'un danger inconnu, Attente apeurée, esprit tourmenté	Perpetual restlessness insecurity ; Phobia ; latent panic ; signal anxiety	Anxiété	Mir ist bange
Provoquant la crainte ou le choc ; l'échapper belle	Panic ; anguish ; pang ; agony ; pavor nocturne	Angoisse	Todesangst Beklemmende Angst
Reconnaissance du danger, mais on est courageux ; la peur stimule la vie	Being scared, fear ; stress ; adaptational conflict	Crainte	Furcht oder Angst Befürchtung Scheu
Avoir conscience d'une puissance supérieure ; insignifiance de la présence de mystères	Awe ; dizziness of freedom Shck of growth	Respect révérentiel	Ehrfurcht (frommer Schauer) Gottesfurcht
Confrontation avec l'inconnu	Being lost remorse	Repentir	Reue Schmerz
Perte des normes et des évaluations	Pain ; unlust Cultural anxiety	douleur	

L'angoisse ne devient problématique que lorsqu'elle devient souffrance ou qu'elle perturbe les relations sociales. Dans notre cas, elle va empêcher le patient de consulter ou va entraver le travail du praticien.

La peur du chirurgien dentiste est étroitement liée à la *douleur*. L'angoisse abaisse le seuil de la douleur, joue souvent un rôle important dans la longévité de certaines d'entre-elles et entraîne même le patient au non-respect des prescriptions médicamenteuses.

Des études effectuées par Janis (cité par Haynal) ont montré que la peur précédant de simples traitements de cavités dentaires est aussi importante que celle qui précède une intervention chirurgicale majeure. Par contre, une fois l'intervention terminée, en ce qui concerne notre spécialité, la peur est devenue presque nulle. Nous sommes donc confrontés à la peur du traitement plutôt qu'à la peur de la maladie. (Voir figure 13)

Figure 13 : Evolution de l'anxiété dans le temps chez différents groupes de patients en chirurgie (D'après Janis, cité par Deldime et Vermeulen) [13]



2.2.2. Les différentes manifestations de la peur

Chaque individu réagit à sa façon face à la peur. Ajuriaguerra, cité par Roussel [38] a édifié la classification suivante :

➤ Angoisse et anxiété : Lorsque l'enfant est petit, la manifestation de la peur sera somatique (vomissement, eczéma, fièvre...), puis elle deviendra marquée par le passage à l'acte (crise de colère, fuite...).

➤ Peur et phobie : A partir de huit ans, l'enfant peut manifester des peurs systématiques et ciblées que sont les phobies. C'est une peur spécifique intense dont le stimulus est projeté de l'extérieur pour adoucir l'angoisse. Dans la phobie, il y a reproduction systématique de la peur en présence d'objets, situations ou actes, qui sont toujours les mêmes, et qui ne justifient pas une telle émotion. Freud distingue deux types de peurs :

- Les peurs archaïques : il s'agit de la peur du noir, de la solitude, des étrangers, celles qui surgissent à la vue d'objets nouveaux, de situations

insolites...Ey les considère «non pas comme une réaction véritablement pathologique mais comme une réponse normale à une expérience non surmontable». [38]

- Les peurs vraies : elles apparaissent plus tard, les peurs archaïques étant très précoces, dès huit mois, et sont liées à des objets précis (animaux, personnes)

Les phobies peuvent être banales dans leur intensité, tant qu'elles ne perturbent pas les activités et la vie sociale de l'enfant. D'autre part, plus l'enfant est capable d'extérioriser ses phobies, d'en parler, plus elles s'estomperont rapidement. D.W. Winnicott considère même l'absence de peur entre deux et six ans comme significative d'une pathologie. [26]

On rencontre aussi des peurs et des phobies pathologiques qui sont la preuve d'une angoisse malade et d'un désordre psychologique.

«L'enfant doit être capable d'avoir peur afin d'être soulagé de ce qui l'effraie en lui» insiste M.A. BelAir. [7]

Le surgissement d'une phobie est donc un recours contre l'angoisse, et témoigne, chez l'enfant, d'une tentative de structuration de son identité.

Par contre l'anxiété pathologique, la phobie obsessionnelle et non exprimée paralysent l'action et le développement de l'individu.

Elle peut aller jusqu'à entraver les capacités d'adaptation et d'évolution de l'enfant.

► Conduite obsessionnelle : On observe l'apparition de rituels, mais qui peuvent exister sans engendrer l'angoisse. Il en résulte une difficulté de diagnostic.

► Comportements hystériques : Ils peuvent se manifester chez l'adolescent à travers la cécité, l'aphonie ou le mutisme.

► L'inhibition : Différents degrés sont possibles, allant du calme à la soumission. Le plus souvent, l'enfant parvient à maintenir d'assez bons contacts sociaux, mais certains se laisse glisser vers l'isolement.

► La dépression : Elle se manifeste de différentes manières, telles que le désintérêt envers les autres, le dénigrement de soi-même ou des signes physiques comme l'anorexie.

Au-delà des réactions de peurs et de phobies banales, la prise en charge des enfants relève des pédopsychiatres.

2.2.3. Facteurs engendrant l'anxiété

D'une façon générale, on peut affirmer que les peurs et phobies proviennent toutes d'expériences antérieures, vécues pendant l'enfance. La peur du chirurgien dentiste est d'abord engendrée par son *environnement*. [43] Le comportement de l'enfant varie en fonction de ce qu'il a pu entendre au cours de conversation en famille ou à l'école. C'est la manière dont les membres de la famille vivent la douleur dentaire qui a une grande importance. On a souvent l'impression que les enfants ne saisissent pas certaines situations ou commentaires familiaux. Pourtant, ils sont capables d'évoquer certaines ambiances familiales avec une surprenante pertinence. Un seul mot suffit parfois à attirer leur attention et à marquer leur mémoire. [14]

Le premier motif de cette crainte est bien sûr *la peur de souffrir*. De plus la douleur est porteuse de nombreuses significations : elle est étroitement liée à la peur de la mort. Cependant elle n'existe que chez les enfants qui ont été éduqués ou confrontés avec l'idée de mort.

La douleur est également associée à un sentiment de culpabilité : on a un rhume parce qu'on ne s'est pas assez couvert et on a des caries parce qu'on a mangé trop de friandises.

L'interprétation du phénomène douloureux doit tenir compte de l'environnement : l'intensité et la perception de la douleur sont exacerbées par la présence du milieu médical. L'enfant se tient bien plus en éveil, il est très vigilant vis à vis des sensations qu'il éprouve, le seuil de la douleur est donc abaissé.

La peur du dentiste est également due aux souvenirs que fait resurgir la blouse blanche : l'enfant se souvient d'éventuelles expériences désagréables, comme les vaccinations ou un *séjour à l'hôpital*. La visite chez le dentiste y est d'autant plus associée que l'enfant est souvent séparé de ses parents, comme à l'hôpital.

Enfin, le *sentiment d'impuissance* éprouvé sur le fauteuil du dentiste ne fait qu'augmenter la peur éprouvée. Le patient se sent diminué car il a du mal à maîtriser ce qui lui arrive.

L'enfant réagira différemment selon sa maturité et sa *personnalité*. Un enfant émotif est fragile. Ses sentiments vis à vis des traitements dentaires sont exprimés nettement : l'enfant pleurera, gémira et tremblera. Au contraire, un enfant agressif peut réagir de façon violente : il griffera, mordra et hurlera. L'enfant étant en constante évolution, il est fragilisé car il doit en permanence s'adapter à la condition du moment. Le dentiste doit donc tenir compte des caractéristiques et des limites propres à chaque groupe d'âge. Son *âge*, son degré de maturité, son *sexe* et son caractère vont contribuer à faire varier le degré de la peur et sa capacité à faire face. [30]

Une étude menée par Fucks et coll. en 1993 a comparé l'influence de *l'origine ethnique et du niveau socioculturel* sur la peur des soins dentaires. L'origine ethnique a une influence, mais uniquement sur les garçons. En revanche, le niveau social n'aurait, lui, aucune influence.

Pourtant, les personnes provenant d'un milieu défavorisé sont souvent peu enclines à recevoir des soins, premièrement à cause de leur coût et deuxièmement parce qu'elles sont moins sensibilisées à l'importance d'un suivi médical régulier. Elles ne consultent donc que lorsque la douleur devient très vive, et de ce fait sont confrontés à des traitements plus intensifs, infligeant de plus grandes douleurs au patient. D'où l'établissement d'un cercle vicieux : la peur de la douleur les empêche de poursuivre les soins, et leur état dentaire continue d'empirer. [9]

Toutefois, on observe aujourd'hui, grâce à la multiplication des aides sociales, telles que la carte santé ou l'établissement des tiers payant par les mutuelles, une augmentation de la fréquence des soins dentaires dans cette tranche sociale.

Les expériences médicales antérieures font bien sûr partie des facteurs déclenchant. Un enfant qui a vécu une expérience difficile chez son pédiatre aurait tendance à être moins coopératif à sa première visite chez le dentiste. Cette tendance tient moins au nombre de ces expériences qu'au climat dans lequel elles se sont déroulées.

L'anxiété dentaire est également étroitement liée à l'*irrégularité des visites* chez le dentiste. Elle est également liée au type de traitement reçu. Au cours d'une étude effectuée en 1989, Murray et coll. ont montré que les enfants n'ayant jamais reçu de traitements invasifs étaient plus anxieux que les autres, probablement parce qu'ils restent face à l'inconnu. D'autre part, l'anxiété des enfants ayant eu des soins dentaires de façon irrégulière, et qui ont reçu des traitements invasifs, n'a pas varié. La régularité des visites a un effet salutaire sur l'anxiété de l'enfant. [33]

On remarque également des associations significatives entre l'anxiété dentaire et la présence de problèmes nutritionnels (boulimie, anorexie...), de comportements insomniaques, d'anomalies comportementales comme une dépendance excessive vis à vis de la mère ou des phobies... [10]

Plusieurs recherches expérimentales, dont celle de Corkey et Freeman en 1994, ont établi une très forte corrélation entre l'*anxiété de la mère* face aux soins dentaires et celle de son enfant, qui s'accompagne d'un comportement de non-coopération et ce, dès la première visite. Il s'agit d'un pré conditionnement négatif. L'angoisse d'un parent peut majorer celle de l'enfant. [11]

Si l'enfant a moins de sept ans il n'aura qu'une saisie émotionnelle de la situation susceptible de déclencher une réaction d'angoisse globale. Cette réponse anxieuse peut être estompée grâce à une ambiance calme et apaisante,

des adultes rassurants et communicatifs. Au-delà de sept ans, il accède à la pensée logique et devient plus réceptif aux explications du dentiste. La présence de la mère va engendrer différentes réactions, en fonction des rapports profonds qui existent entre l'enfant et sa mère. Celui-ci peut être aidé par la présence de sa mère, mais cette relation triadique (enfant-praticien-mère) peut réactiver la période œdipienne et entraîner alors un refus de soins catégorique.

L'enfant seul avec le dentiste peut assumer la situation, s'il possède la maturité nécessaire : il se sent alors responsable et indépendant. Si l'enfant est très jeune, le priver de sa mère engendre presque systématiquement une crise d'angoisse.

Il revient donc au praticien de juger quelle sera la meilleure configuration afin d'obtenir la coopération de l'enfant, le besoin des parents de voir ce qui se passe pendant la visite étant la raison la plus évidente d'accepter leur présence, du moment qu'elle ne perturbe pas le comportement de l'enfant.

[17]

2.3. LA DOULEUR

La douleur, symptôme très fréquemment rencontré en art dentaire, est devenue pour le praticien l'une des préoccupations essentielles. Elle a pourtant été trop longtemps sous-évaluée : la majorité des études définissait l'enfant comme « un être immature ne ressentant pas ou peu la douleur ». [37]

Les fausses croyances sur la douleur de l'enfant sont nombreuses : [18]

► « A pathologie égale, l'enfant souffre moins que l'adulte ». De nombreuses études réalisées au sein de services pédiatriques ont montré que le seuil de la douleur perçu par l'enfant rejoint celui de l'adulte dans la grande enfance.

► « Les enfants se remettent vite et surtout, ils oublient vite. » Or la mémorisation de l'expérience douloureuse entre en jeu dans la persistance des modifications du comportement du bébé dans les jours suivant l'opération. Par

exemple, le personnel soignant a remarqué une modification du comportement chez le bébé lors des manipulations précédant une prise de sang.

En odontologie pédiatrique, les a priori sont nombreux : les dents de lait sont indolores, il est inutile de les soigner puisqu'elles vont être remplacées...

Depuis quelques années, les études et travaux sur la douleur infantile se multiplient. Le premier obstacle sera de passer outre les références habituelles établies par le monde adulte. Il faut créer un mode d'évaluation de la douleur, qui soit propre à l'enfant, et intelligible par l'adulte. Il s'agit d'un phénomène subjectif, difficile à analyser.

2.3.1. Définition

La douleur est définie par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou virtuel ou décrit en termes d'un tel dommage. » [21]

Perception sensorielle qui protège l'intégrité corporelle, la douleur a de nombreuses conséquences sur le comportement et l'affectivité.

On définit deux types de douleur :

► La douleur aiguë est le signal d'alarme, douleur symptôme. Intense, elle diminue et disparaît dès que la guérison est amorcée.

► La douleur est appelée chronique, lorsque sa présence dépasse trois mois, elle devient alors douleur maladie.

2.3.2. Facteurs modifiant l'expérience de la douleur

Nous avons vu précédemment que l'anxiété était nettement influencée et modifiée par de nombreux éléments extérieurs à la source d'angoisse. Dans la même logique, la perception de la douleur varie selon certains facteurs, dont la plupart sont les mêmes que pour l'anxiété.

Le lien entre l'anxiété et la douleur a déjà été démontré. L'instabilité émotionnelle, ainsi que la peur diminue le seuil de réponse à la douleur.

L'environnement joue là aussi un rôle fondamental. Une douleur tolérée à la maison paraîtra insoutenable à l'hôpital.

La présence des parents pendant les soins reste déterminant pour l'enfant : l'étude réalisée par Gauvain en 1989 montre que 99,2 % des enfants de 5 à 12 ans sont aidés par la présence de leurs parents. Pourtant dans la majorité des cas, la présence des parents n'est pas souhaitable. En effet, l'état d'anxiété et de vulnérabilité dans laquelle se trouve leur enfant va immédiatement faire ressurgir chez les parents leur propre angoisse des soins dentaires. L'enfant va reconnaître la crainte de ses parents et va ressentir l'imminence d'un danger : son seuil de la douleur va donc diminuer. Bérard résume le problème ainsi : « Cette présence des parents vient renforcer le sentiment d'insécurité des enfants. Les parents participent de trop près à l'angoisse de leur enfant et y ajoutent la leur. »[8]

Bien sûr, *l'origine socioculturelle* et *l'éducation* reçue par l'enfant vont intervenir dans le type de réponse à la douleur : l'enfant va réagir comme on le lui a enseigné, selon les valeurs qui lui ont été inculquées.

Ensuite, interviennent les facteurs dits « personnels ».

L'état de santé (bien qu'aucune étude n'aie été menée à ce sujet) est considéré par extrapolation faite à partir de l'adulte comme un facteur modifiant la manifestation de la douleur, et non son intensité. Une personne gravement atteinte réagira de façon plus modérée face à une douleur qui paraîtra insupportable à une personne bien portante. Il s'agirait en quelque sorte de « relativiser » telle douleur par rapport à une autre.

L'âge de l'enfant va évidemment avoir des conséquences énormes sur sa position par rapport à la douleur. Jusqu'à cinq ans, la douleur est difficile à apprécier, car l'inexpérience relative de l'enfant et son vocabulaire encore restreint l'empêchent de fournir des informations précises.

Entre cinq et dix-huit ans, le seuil de perception nociceptive s'élève et la composante psychologique prend une place importante. L'enfant est capable de décrire sa douleur, il est alors plus facile pour le praticien d'établir un diagnostic et de choisir une thérapeutique adaptée.

La conceptualisation de la douleur évolue en trois phases :

- Stade pré-opérationnel (5 à 7 ans) où la douleur est perçue comme la juxtaposition de phénomènes élémentaires concrets non liés, et dont la signification est nulle pour l'enfant.
- Stade opérationnel concret (8 à 10 ans) où l'enfant est capable de décrire sa perception en utilisant des comparaisons. A ce stade, la douleur retentit nettement sur l'humeur.
- Stade opérationnel formel débutant (11 à 14 ans) où les capacités d'introspection se développent. L'enfant peut décrire la douleur de manière abstraite.

La connaissance de ces stades permet une meilleure compréhension des explications de l'enfant mais il faut toujours garder en tête que l'anxiété peut entraîner une régression vers un mode de pensée plus infantile. Le praticien doit aborder un enfant de façon neutre et le situer dans un stade d'évolution psychologique. C'est de cette façon que s'établira la meilleure communication entre l'enfant et son dentiste.

Minguet et Lafforgue, en résumant l'article de Guillou-Moreau, insistent sur le fait que toute sensation douloureuse est accompagnée d'émotion et que si « le trac renforce la douleur, le calme l'atténue. » Le calme doit donc absolument régner au cabinet dentaire, le praticien doit donner des explications à l'enfant et toujours rester très patient. [32]

2.4 LA RELATION ENFANT-PRATICIEN

Le rapport classique Patient-Praticien devient en odontologie pédiatrique une relation triadique : les parents, l'enfant et le praticien forment un ensemble d'éléments interdépendants et indissociables. Le juste équilibre de cette triade est une des clés de la réussite du traitement. Les parents ne doivent en aucun cas être exclus des décisions prises. Ils doivent se sentir concernés : c'est par eux que le praticien va obtenir les renseignements utiles tels que les antécédents médicaux et dentaires, les caractéristiques importantes de la personnalité de l'enfant et leur propre attitude à l'égard des soins dentaires.

Les parents ont également besoin d'être rassurés quant à la compétence du dentiste, notamment au niveau des notions psychologiques nécessaires à l'établissement d'une bonne relation, ainsi qu'à l'attention portée à leur enfant. La charge la plus délicate infligée au praticien, est de mettre en évidence l'influence néfaste que peuvent avoir les remarques et l'anxiété des parents sur le comportement de leur enfant. Le praticien doit clairement leur expliquer comment et dans quelles mesures l'attitude parentale peut se répercuter sur celle de l'enfant, et pourquoi, souvent, les parents n'assistent pas aux déroulements des soins. Ainsi, ils saisissent mieux leur rôle de préparation à recevoir des soins, travail d'éducation et de prévention qu'eux seuls peuvent assurer. C'est à eux de tout mettre en œuvre pour éviter ce «pré conditionnement négatif», afin de laisser à l'enfant l'occasion de former ses propres impressions, expériences et sensations.

Le dentiste a pour but d'éveiller et de développer le sens de coopération de l'enfant. Pour cela, l'établissement d'une relation de confiance est nécessaire et indispensable.

La confiance doit s'établir dès le premier contact, si l'on désire obtenir une interaction de type coopératif. Une erreur de parcours au début de la relation thérapeutique peut s'avérer très difficile à corriger.

L'enfant doit évidemment se sentir directement concerné, puisque (il ne faut jamais l'oublier) c'est lui qui est au centre des préoccupations.

Il doit se sentir reconnu comme un être à part entière. Pour cela, le praticien doit établir un contact visuel intense, c'est à dire qu'il faut regarder l'enfant dans les yeux. Ce langage non verbal dit : « je te regarde, tu existes, je te reconnais », écrivent Anastasio et coll.. Le sourire est aussi un facteur primordial des relations d'être à être : s'il est sincère et naturel, il prouve à l'enfant notre joie à son contact.

Anastasio et coll. évoquent la disponibilité psychologique et intellectuelle du praticien : celui-ci doit laisser de côté ses préoccupations et entamer cette rencontre de façon sereine et sans agressivité. L'enfant est doué d'un instinct qui ne le trompe pas : il sent nos tensions et s'en protège par un refus catégorique de toute relation. [6]

Après cette première approche de l'enfant par un langage non verbal (regard, sourire), le praticien va entreprendre de communiquer. Pour cela, il existe plusieurs méthodes. Le *langage verbal*, c'est à dire l'utilisation des mots, comprend de très nombreux pièges. L'enfant va certes se sentir considéré comme un « grand », mais il va pouvoir détecter le mensonge, le doute ou l'hésitation. Le langage doit donc être « simple et sincère, c'est à dire qu'il doit être éprouvé et dit d'une manière franche, authentique et vraie. ». [6]

« Mettre des mots, mettre en mots ce que nous sentons, ce que nous croyons que l'enfant ressent, c'est se relier à lui, c'est le relier au monde. » écrit J. Salomé, cité par Anastasio et coll. [6]

Anastasio et coll. conseillent l'utilisation du « Je » afin de s'investir dans la conversation. Au lieu de dire « Tu dois te faire soigner les dents, tu n'as pas le choix », préférer « Je veux que tu te soignes les dents car je pense que c'est très important pour toi. »

Cette formulation présente de nombreux points positifs :

- Elle met en valeur l'existence de la relation par l'utilisation du couple « Je/Tu »
- Le praticien confirme son autorité sans agressivité mais avec assurance par les expressions « je veux » et « je pense ».
- En lui montrant que l'on porte réellement de l'intérêt à sa santé, l'enfant se sent reconnu, et écouté. De plus, à aucun moment, le praticien ne fait peser sur lui une accusation ou un reproche.

La communication peut également être établie avec des gestes. Ainsi, des gestes simples comme prendre la main de l'enfant en lui parlant ou poser la main sur son ventre afin de sentir sa respiration peuvent détruire les barrières de l'incompréhension mutuelle. Un enfant est très sensible au contact physique mais, une fois encore, ces gestes doivent être spontanés et sincères.

D'autre part, il faut « apprivoiser » notre patient et l'initier à la dentisterie. Le premier rendez-vous doit être explicatif, destiné à familiariser l'enfant à la personnalité du dentiste, aux instruments et à la configuration du cabinet. On évitera les actes pouvant déclencher des réactions de refus comme une avulsion ou un soin long et pénible. Le plan de traitement doit être mûrement réfléchi car, une fois le soin commencé, le dentiste se doit d'aller jusqu'au bout. Interrompre le traitement équivaldrait à un déclin de notre volonté et à une preuve d'incohérence qui entraînerait par la suite un manque de crédibilité. Mieux vaut donc progresser lentement dans notre démarche au fur et à mesure des rendez-vous.

**DEUXIEME PARTIE :
METHODES D'EVALUATION DE
L'ANXIETE**

L'anxiété et la peur du traitement dentaire ont été reconnues comme étant à l'origine de sérieux problèmes de santé. De plus, leurs effets persistent à l'adolescence et peuvent engendrer des comportements de refus et qui perturbent les soins.

Afin de prévenir cet état de fait par l'utilisation de techniques appropriées, il est indispensable d'identifier l'anxiété dentaire chez l'enfant le plus tôt possible. Pour l'évaluer, plusieurs méthodes ont été proposées. Parmi elles, on retrouve le dessin, l'observation du comportement et les échelles de mesure. Bien que certaines de ces techniques soient très fiables chez l'adulte, elles se révèlent être plus problématiques à utiliser chez l'enfant. En effet, l'anxiété est un phénomène subjectif : établir une technique d'évaluation fiable relève du défi. La seconde difficulté est liée au fait que l'enfant possède un langage restreint et que son expérience est, pour ainsi dire, nulle.

Il existe deux types de méthodes d'évaluation :

- l'auto-évaluation
- l'hétéro-évaluation

L'hétéro-évaluation est pratiquée par un tiers, appelé observateur, dont le rôle est d'étudier et de noter les signes d'anxiété.

L'observateur se base sur des mesures physiologiques (rythme cardiaque, par exemple), sur un examen clinique (sueur, pâleur, mouvements des yeux) ou sur une étude comportementale (pleurs, coopération, appréhension, éveil).

L'hétéro-évaluation est particulièrement employée pour des enfants de moins de six ans encore trop jeunes pour pouvoir répondre aux questions ou pour des enfants plus âgés, en complément d'une méthode d'auto-évaluation.

Les inconvénients de ces méthodes reposent principalement sur le fait que l'observateur doit être entraîné, rigoureux et formé.

Dans les méthodes d'auto-évaluation, l'anxiété est rapportée par l'enfant lui-même.

Elles se présentent sous forme de questionnaires ou de simples dialogues. Mais l'enfant peut aussi être sollicité pour s'exprimer à travers le dessin. Avec

ces méthodes, il n'existe pas de distorsion due à l'influence d'un intermédiaire. De plus, elles poussent l'enfant à faire une introspection : celui-ci doit s'intéresser à ses émotions et reconnaître l'existence ou non d'un certain affolement à recevoir des soins dentaires. L'enfant effectue déjà, par cette évaluation, un pas vers le problème et sa participation directe entame l'établissement d'une relation avec son pédodontiste.

Bien sûr, ces questionnaires doivent être adaptés à l'âge du patient : les termes employés doivent être intelligibles et clairs.

Figure 14 : Les méthodes d'évaluation de l'anxiété par tranches d'âge d'après Roumegoux K., cité par Rolland [37]

TRANCHE D'AGE	Méthodes d'auto-évaluation	Etudes comportementales	Mesures physiologiques
0 à 3 ans	Inutilisables	Essentielles	Secondaires
3 à 6 ans	Adaptées à l'âge suiv la coopération, la maturité	Essentielles si l'auto-évaluation est impossib	Secondaires
+ 6 ans	Essentielles	Secondaires	Négligeables

Nous développerons ici les techniques d'auto-évaluation, qui sont celles qui paraissent le mieux adaptées à la tranche d'âge retenue pour notre étude, puisqu'il s'agit d'enfants âgés de plus de 6 ans.

1. LES QUESTIONNAIRES D'AUTO-EVALUATION

1.1. Corah's Dental Anxiety Scale (CDAS)

A l'origine, le CDAS a été développé pour mesurer l'anxiété dentaire de l'adulte. Le questionnaire consiste en quatre items avec, pour chacun, cinq réponses possibles. Chaque item est noté de 1 à 5, on obtient ainsi un score total compris entre 4 (pas anxieux) à 20 (très anxieux). [10]

Figure 15 : Corah's Dental Anxiety Scale (CDAS), d'après Corah, 1969

[10]

- 1/ Si vous deviez aller chez le dentiste aujourd'hui, comment vous sentiriez-vous ?**
- a) Je l'envisagerais comme une expérience relativement plaisante.
 - b) J'y serais complètement indifférent(e)
 - c) Je serais un petit peu préoccupé(e)
 - d) J'aurais peur que ce soit désagréable ou douloureux
 - e) Je serais très angoissé(e) par le traitement éventuel
- 2/ Quand vous attendez votre tour dans la salle d'attente, comment vous sentez-vous ?**
- a) Détendu(e)
 - b) Un petit peu préoccupé(e)
 - c) Tendue(e)
 - d) Anxieux(se)
 - e) Tellement anxieux(se) que je me sens mal
- 3/ Quand vous attendez sur le fauteuil du dentiste pendant qu'il prépare ses instruments pour fraiser vos dents, comment vous sentez-vous ?**
- a) Détendu(e)
 - b) Un petit peu préoccupé(e)
 - c) Tendue(e)
 - d) Anxieux(se)
 - e) Tellement anxieux(se) que je me sens mal
- 4/ Vous êtes sur le fauteuil et le dentiste va vous faire un détartrage. Comment vous sentez-vous pendant qu'il prépare ses instruments ?**
- a) Détendu(e)
 - b) Un petit peu préoccupé(e)
 - c) Tendue(e)
 - d) Anxieux(se)
 - e) Tellement anxieux(se) que je me sens mal

On attribue 1 point pour chaque réponse a), 2 pour une réponse b) et ainsi de suite.

Le CDAS s'est révélé être inutilisable chez l'enfant, qui ne saisit pas les différentes nuances des réponses.

1.2. CHILD'S DENTAL ANXIETY SCALE

Parkin [35] a donc adapté le CDAS de Corah aux enfants : il remplace le choix de réponses verbales par « l'échelle visuelle analogue », déjà utilisée pour évaluer la douleur. Il s'agit d'une droite horizontale graduée de 100 millimètres de long, dont l'extrémité gauche est notée « basse anxiété » et celle de droite « haute anxiété ».

Figure 16 : Child'Dental Anxiety Scale de Parkin [35]

1/ Quand les garçons et les filles de ton âge vont chez le dentiste, souvent ils ont peur. C'est normal pour une raison ou une autre. Et toi, quelle est ta propre raison d'avoir peur ?		
a)	J'ai peur d'avoir mal	
b)	J'ai peur de quelque chose dont m'ont parlé mes parents	
c)	J'ai peur parce que je ne connais personne	
d)	J'ai peur mais je ne sais pas pourquoi	
e)	J'ai peur à cause de ce que racontent mes camarades de classe	
f)	Je n'ai pas peur	
2/ Comment te sens-tu quand tu te réveilles le matin et que tu te souviens que tu as rendez-vous chez le dentiste aujourd'hui ?		
Je ne suis pas inquiet		Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur	_____ ligne de 100 mm _____	ou j'ai peur
3/ Comment te sens-tu quand tu attends dans la salle d'attente ?		
Je ne suis pas inquiet		Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur	_____ ligne de 100 mm _____	ou j'ai peur
4/ Quand tu es assis dans le fauteuil du dentiste et qu'il prend ses instruments pour regarder tes dents, comment te sens-tu ?		
Je ne suis pas inquiet		Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur	_____ ligne de 100 mm _____	ou j'ai peur
5/ Quand tu es assis dans le fauteuil et que le dentiste va soigner tes dents, comment te sens-tu ?		
Je ne suis pas inquiet		Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur	_____ ligne de 100 mm _____	ou j'ai peur

Parkin ajoute le premier item au questionnaire de Corah afin de préciser les origines de la peur. Les réponses données ne sont pas prises en considération pour le calcul du score, mais sont utilisées pour établir des statistiques sur l'origine de la peur.

On obtient un score de 0 à 400.

Une étude récente effectuée par Aartman et coll. en août 1998 conclut à une corrélation significative entre le CDAS de Parkin et l'échelle de Frankle modifiée, qui reste pour l'instant la méthode de référence en matière de fiabilité, ainsi qu'avec plusieurs autres questionnaires. Le CDAS de Parkin possède donc une validité correcte et c'est pour cette raison que nous l'avons retenu pour cette étude. [1]

1.3. STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY FOR CHILDREN (STAI)

L'auto-questionnaire STAI est principalement utilisé en psychiatrie infantile, mais il est souvent appliqué au cours des études d'évaluation de l'anxiété dans les cabinets dentaires, après avoir été adapté à la situation.

Initialement il a été décrit par Spielberger, cité par Rolland [37] en 1991. Il est constitué de deux questionnaires indépendants : le premier, le questionnaire d'anxiété-trait, a pour but de quantifier l'intensité de l'anxiété ressentie par l'enfant au cours de la vie de tous les jours. Il met en évidence la personnalité de l'enfant et sa tendance ou non à l'anxiété. Le second évalue l'anxiété à un moment donné, dans notre cas au cours de la visite dentaire : c'est le questionnaire d'anxiété-état.

Chaque questionnaire est composé de 20 items. Pour y répondre, l'enfant dispose de quatre possibilités, notées de 0 à 3 points : non, plutôt non, plutôt oui, oui.

Il s'adresse principalement aux enfants de 9 à 12 ans, puisque sa compréhension nécessite une parfaite maîtrise de la lecture, il peut donc être utilisé avec des enfants plus jeunes, mais qui lisent parfaitement.

Les instructions données sont les suivantes : « Voici un certain nombre de phrases que les garçons et les filles peuvent employer pour se décrire. Lis chacune d'elles et indique si elle s'applique à toi, presque jamais, quelquefois ou souvent, en mettant une croix dans la case correspondante. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne passe pas trop de temps pour chaque phrase. Choisis la réponse qui décrit le mieux ton caractère. »

Figure 17 : Inventaire d'anxiété trait-état de Spielberger (STAI)
Questionnaire d'auto-évaluation pour l'anxiété-état
D'après Brasseur, cité par Rolland. [37]

Nom..... Prénom.....

Sexe Age Date.....

Consignes:

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les quatre cases à droite celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à l'instant, juste en ce moment. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

		non	Plutôt non	plutôt oui	oui
1	Je me sens calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je me sens en sécurité, sans inquiétude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je suis tendu(e), crispé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Je me sens surmené(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Je me sens tranquille, bien dans ma peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Je me sens ému(c), bouleversé(e), contrarié(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Je me sens content(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Je me sens effrayé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Je me sens à mon aise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Je sens que j'ai confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Je me sens nerveux(se), irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Je me sens indécis(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Je suis décontracté(c), détendu(c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Je suis satisfait(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Je suis inquiet(c), soucieux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Je me sens solide, posé(e), pondéré(c), réfléchi(c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Je me sens de bonne humeur, aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Figure 18 : Inventaire d'anxiété trait-état de Spielberger (STAI)
Questionnaire d'auto-évaluation pour l'anxiété -trait
D'après BRASSEUR, cité par Rolland. [37]**

Nom..... Prénom.....

SexeAgeDate.....

Consignes:

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les quatre cases à droite celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à l'instant, juste en ce moment. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

		Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21	Je me sens de bonne humeur, aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Je me sens nerveux et agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Je me sens content(e) de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Je voudrais être aussi heureux(sc) que les autres semblent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	J'ai un sentiment d'échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Je me sens reposé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	J'ai tout mon sang-froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Je m'inquiète à propos de choses sans importance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Je suis heureux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	J'ai des pensées qui me perturbent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Je manque de confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Je prends facilement des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Je suis satisfait(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Des idées sans importance trottant dans ma tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Je suis une personne posée, solide, stable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.4. Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale (CFSS-DS)

Le CFSS-DS est une adaptation du Fear Survey Schedule for Children (FSS-FC), dans lequel on a inclus des items spécifiques à la peur du traitement dentaire, en tant que sous-divisions du questionnaire.[1]

Le CFSS-DS consiste en 15 items, dont chacun couvre un des différents aspects de la situation dentaire. Les enfants évaluent eux-mêmes leur niveau d'anxiété et cochent la réponse qui leur semble le mieux adaptée parmi les cinq réponses proposées. On note 1 point pour «pas effrayé» et 5 points pour «très effrayé». Les scores totaux vont donc de 15 à 75.

Figure 19 : Children's Fear Survey Schedule- Dental Subscale d'après

Aartmann et coll. [1]

	Pas effrayé du tout	Un petit peu effrayé	Assez effrayé	effrayé	Très effrayé
Dentiste					
Médecin					
Piqûres					
Quelqu'un qui regarde dans ta bouche					
Devoir ouvrir la bouche					
Un étranger qui te touche					
Quelqu'un qui te regarde					
Le dentiste qui fraise					
Voir le dentiste fraiser					
Le bruit de la fraise					
Avoir des instruments dans la bouche					
S'étouffer					
Aller à l'hôpital					
Les gens en blouse blanche					
La nourrice qui brosse tes dents					

La validité du CFSS-DS est difficile à vérifier car ce test a été utilisé dans des conditions à chaque fois différentes avec des enfants d'âge variable, et à qui on n'a pas proposé l'ensemble des items.

Les résultats deviennent erronés, si les questionnaires ne sont pas utilisés exactement dans les conditions pour lesquels ils ont été établis : l'enfant doit être coopérant, doit parfaitement comprendre les termes employés, doit savoir lire et doit être capable de se prononcer sur l'intensité ou la fréquence de ses symptômes anxieux.

Les auto-questionnaires sont très controversés parce qu'ils ne tiennent compte que de ce que l'enfant veut ou peut reconnaître. C'est pourquoi ils sont souvent couplés à d'autres méthodes d'évaluation, tels que les méthodes projectives, qui permettent, elles, un accès à l'inconscient et aux non-dits.

2. LES TECHNIQUES PROJECTIVES

Les techniques projectives présentent de nombreux avantages : elles permettent à des enfants assez jeunes qui ont un vocabulaire limité de s'exprimer. D'autre part, cette voie de communication autorise un échange libre et immédiat entre les enfants et les étrangers que nous sommes.

Les enfants sont souvent réticents à reconnaître et à admettre leur anxiété. Par ces méthodes, on parvient à pénétrer l'inconscient de l'enfant, ainsi la communication s'établit entre l'enfant et le dentiste.

Ces techniques passent toujours par l'intermédiaire de l'image : pour certaines, des cartes illustrées sont présentées à l'enfant, pour les autres l'enfant s'exprime par le dessin.

2.1. Venham Picture Test (VPT)

Pour mesurer l'anxiété de l'enfant selon la situation, Venham, cité par Aartman et coll. a établi un test de huit questions. Les réponses à ces questions sont formulées sous forme d'images. [1]

A chaque question, on présente un carton où figurent deux dessins, dont chacun représente un enfant adoptant une attitude particulière. Il doit choisir l'image qui représente le mieux ses propres émotions. On note un point chaque fois que l'enfant choisi le dessin représentant l'enfant le plus anxieux. Les scores s'étendent donc de 0 à 8.

Ce VPT est très simple à mettre en place, très rapide (il ne dure que quelques minutes). Par ailleurs, il est particulièrement adapté aux très jeunes enfants, ne sachant pas encore lire.

Une seule étude a tenté d'évaluer sa fiabilité et ne permet aucune conclusion. D'autres recherches sont nécessaires afin d'évaluer la validité du VPT. [1]

Figure 20 : Le Venham Picture test d'après Aartman et coll. [1]



2.2. Le Test du Bonhomme

Le dessin du bonhomme est utilisé en psychologie pour mesurer les degrés de développement chez les jeunes enfants, incluant le développement de la personnalité, les capacités motrices, le développement cognitif, la maturité et les émotions. Le dessin du bonhomme effectué lors de situations stressantes comme les soins dentaires, subit des modifications évidentes.

Goodenough, cité par Eichenbaum et coll. [15] est le premier à avoir établi le Test du Bonhomme en 1926. Hammer a dit : « Le dessin a été inventé pour accroître la projection des plus profonds fantasmes, des espoirs et des peurs à un niveau conscient et inconscient. L'inconscient est basé sur le langage de symboles graphiques. A travers le dessin, la personne apporte souvent à la lumière ce que n'osent pas dire les mots. »[15]

Plusieurs études ont pu démontrer les conséquences de l'anxiété sur le dessin.

Par exemple, Machover remarque que l'enfant anxieux omet souvent les mains ou les doigts. Handler et Reyher démontrent que des omissions, des absences de détails ou des simplifications exagérées de la tête ou du corps sont autant d'indices d'anxiété. [42]

Dileo, cité par Sonnenberg et coll., étudie l'occupation de l'espace et note qu'un enfant qui n'utilise pas entièrement l'espace mis à sa disposition, mais au contraire, gribouille dans un coin, est un enfant très timide ou anxieux. [42]

Une grille de cotation très précise de dessin de bonhomme a été mise en place par Patricia Engle, citée par Sonnenberg et Venham. [42] On a établi depuis une importante corrélation entre les scores du test du bonhomme et les autres mesures de l'anxiété.

**Figure 21 : Grille de cotation Engle, d'après
Sonnenberg et Venham, 1977. [42]**

<p><u>I/ Simplification du corps</u></p> <p>score 0 :: si le dessin a toutes les caractéristiques suivantes,</p> <ul style="list-style-type: none">- épaules nettement indiquées- taille différenciée- proportions humaines respectées- détails cohérents <p>score 3: si le dessin n'est pas sophistiqué, mais pas trop primitif.</p> <p>Par exemple, épaules indiquées, absence de taille marquée et membres simplifiés en bâtons.</p> <p>score 4 :</p> <ul style="list-style-type: none">- corps triangulaire ou rectangulaire avec membres en brindilles- chevauchement des membres et du corps <p>score 5 :</p> <ul style="list-style-type: none">- corps rond ou ovale- bras, jambes, oreilles, doigts nettement inégaux en longueur
--

- parties du corps mal placées ou placées au hasard

score 6 : pas de corps.

2/ Simplification de la tête

- contours de tête simplifié, pas de contours du cou, du front et du menton
- traits du visage simplifiés par un rond, un ovale ou des points
- simplification du cou sans distinction des épaules et du menton

On note 0 point s'il n'y a pas de simplification, 2 s'il y en a une, 4 si on en compte deux ou plus.

3/ Oubli des bras

- score 0 si les bras et les mains sont présents
- score 3 si les bras et les mains sont partiellement absents
- score 6 si les bras et les mains sont absents

4/ Oubli des jambes

- score 0 si les jambes sont présentes
- score 2 si les jambes sont partiellement absentes
- score 4 si les jambes sont absentes

5/ Détails du visage

On relève chaque élément comme les yeux, le nez, la moustache, les fossettes, sans y inclure les oreilles.

On note 9 si on trouve moins de 9 détails et 0 si le dessin en comprend plus de 9.

6/ Oreilles

- score 0 si chaque oreille est présente
- score 3 s'il en manque une
- score 6 si aucune des deux n'est visible

7/ Distorsions

- corps trop petit par rapport à la longueur du personnage
- le haut du corps est trop gros par rapport au bas
- cou trop long
- les mains et les pieds sont trop petits ou trop grands
- taille trop basse (mesurer uniquement la longueur des bras, s'ils sont plus courts que le niveau de la taille ou plus long que la moitié des jambes)

On note 1 point pour chaque distorsion présente.

8/ Sourire

On admet la présence du sourire si la ligne principale est ascendante. Si la bouche est faite de deux lignes, la ligne inférieure doit être concave vers le haut et la ligne supérieure doit être concave ou droite.

- score 0 si le sourire est présent

- score 2 si le sourire est absent
- score 4 s'il n'y a pas de bouche

9/ Centrage

Diviser une feuille transparente de format A4 (21x29,7) en 4 parties horizontalement et en 3 parties verticalement.

Placer sur le dessin et noter :

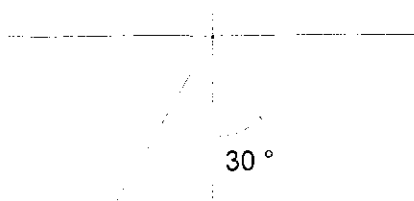
- 0 si le pied est en dessous de la ligne médiane horizontale
2 s'il est au-dessus de cette médiane
4 s'il est au-dessus de la première ligne
- 0 si plus de la moitié du corps est situé dans la portion centrale verticale
2 si elle se situe dans la partie droite
4 si elle se situe dans la partie gauche
- pour le score final, additionnez a) et b).

10/ Présence des dents

- score 0 si elles sont absentes
- score 4 si elles sont présentes

11/ Bras soulevés

Utilisez une feuille transparente que vous divisez en quatre. Dans les deux parties inférieures, tracez une ligne partant du centre et oblique de 60° par rapport à l'horizontale.

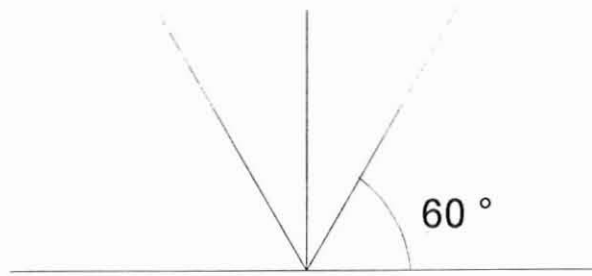


Placer le centre à la base du cou. Quand le dessus des bras est au-dessus de la ligne oblique, les bras sont soulevés, sauf si les mains sont posées sur les hanches.

- score 0 quand aucun bras est soulevé
- score 2 quand un bras est soulevé
- score 4 quand les deux bras sont soulevés

12/ Equilibre

Utilisez une feuille transparente avec un axe horizontal et un axe vertical et tracez deux droites formant un angle de 30° par rapport à la verticale.



Placez l'origine au niveau des pieds.

- Score 0 si le dessin se situe à l'intérieur des deux obliques.
- Score 2 s'il est en dehors.

13/ Taille du dessin

Mesurez la taille du dessin et arrondissez à 0.25 inches près. (1 inch = 2,54 cm)

Il faut inclure les chapeaux et les hauts talons, et ne pas mesurer de dessins incomplets.

Le score est de 4.5 – taille en inches.

14/ Proportion tête/ corps

- score 0 si la hauteur de la tête est inférieure au cinquième du dessin entier ou supérieure au huitième du dessin
- score 2 si la hauteur de la tête est supérieure au tiers de la hauteur.
- score 4 si la hauteur de la tête est inférieure au huitième de la hauteur.

15/ Traits discontinus

- score 0 si les traits sont en majorité continus et réguliers
- score 2 si moins de la moitié des zones de liaisons sont discontinues
- score 4 si plus de la moitié sont discontinues

16/ Coloriage des cheveux

- score 0 si les cheveux sont matérialisés par des traits individualisés ou si la chevelure est délimitée.
- Score 2 si les cheveux sont dessinés comme une zone sombre ou si un chapeau couvre la chevelure
- Score 4 s'il n'y a pas de cheveux

17/ Coloriage du corps

On entend par coloriage le remplissage des surfaces et non la présence de boutons, motifs et autres bijoux.

- score 0 s'il n'y a pas de coloriage
- score 2 si les vêtements sont coloriés
- score 4 si la peau est coloriée

18/ Surlignage

- score 0 si moins d'une partie du corps est surlignée (ex : une main)
- score 2 si un membre est surligné une fois (un bras)
- score 4 si une partie est surlignée plus d'une fois ou si plusieurs parties sont surlignées

19/ Humour, thème et mouvement

- score 0 : 1 des 3
- score 2 aucun des 3

20/ Taille

Mesurez la distance entre le bas et le haut de la figure (arrondir à 0.25 inches)

- score 0 si la hauteur est inférieure à 4.5 inches (=11.43 cm)
- score 1 si $h > 4.5$ inches
- score 2 si la largeur est supérieure à 4.5 inches.

Sonnenberg et Venham ont utilisé ce test HFD avec un groupe de 64 enfants à l'université dentaire du Connecticut. [42] On demandait à l'enfant de dessiner un bonhomme avant que le dentiste n'apparaisse et entreprenne les soins. Parallèlement, on procédait à l'enregistrement du rythme cardiaque, on observait la couleur de la peau et on remplissait des échelles d'hétéro évaluation de l'anxiété. Sonnenberg et Venham ont ainsi pu vérifier la fiabilité du HFD. Celui-ci possède une valeur limitée en tant que test d'anxiété, mais il est intéressant s'il est inclus dans une série de test. [1]

2.3. Etude d'Eichenbaum et Dunn

Eichenbaum et Dunn, eux aussi se sont intéressés aux dessins d'enfants. [15] Ils ont demandé à des enfants devant subir plusieurs séances de soins successives de dessiner. Chaque nouvel enfant était introduit dans une petite pièce. Une fois assis, on lui fournissait un crayon et une feuille blanche, et on lui demandait de se dessiner en compagnie du dentiste. Celui-ci ne rencontrait l'enfant qu'une fois le dessin terminé. Il procédait alors à un examen dentaire et à un enseignement au brossage. Après le départ du dentiste, on demandait à

nouveau un dessin sur le même thème, en prenant bien soin de cacher le premier. Le comportement du patient et son anxiété apparente étaient notés.

Au second rendez-vous, l'enfant dessinait à nouveau avant et après le soin.

Voici l'exemple de cette petite fille de 5 ans. C'est sa première visite chez le dentiste car les parents avaient « peur de l'amener ». Le dessin a été obtenu avant toute tentative de traitement. C'est une enfant gâtée, irascible et obèse qui donne des coups de poing à sa mère et lance au dentiste : « Je te déteste ! » en guise de présentation.

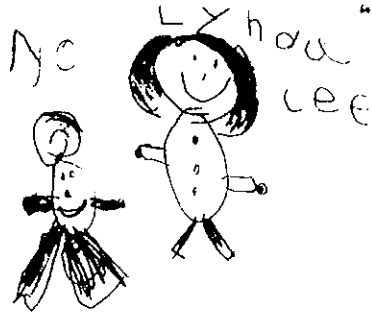
Larmes, coups et bien d'autres formes de résistance ont eu lieu pendant le rendez-vous. Observez le dentiste souriant et la bouche triste de la petite fille sur le premier dessin :

Figure 22 [15]



Après de longs moments, l'enfant a fini par coopérer. Sur le point de partir, elle a dit : « Je te hais toujours, mais je me sens mieux à l'intérieur. » et a dessiné cette image stupéfiante, une exacte reproduction de la première, avec un détail supplémentaire : elle a dessiné un visage souriant sur son ventre : « Je me sens mieux à l'intérieur »...

Figure 23 [15]



Dans de nombreux cas, les enfants refusent de dessiner, et certains sont devenus agités à l'écoute de cette demande. Après plusieurs visites, ces enfants, dont l'anxiété et la nervosité avaient diminué, ont expliqué pourquoi ils ne voulaient pas participer :

- J'étais trop effrayé pour dessiner.
- Je ne t'aime pas parce que tu fais mal
- Tous les docteurs ont des piqûres.
- Je ne sais pas comment faire.

Cette étude a permis d'établir la liste des principales phobies :

- peur de la piqûre
- peur de l'abandon
- peur de la douleur

Les auteurs concluent en précisant que le but de cette étude était de mettre au point une méthode efficace pour permettre aux enfants de « nous parler et peut-être nous autoriser à entrer dans leur esprit, à les prendre par la main et à les aider à passer outre cette peur irraisonnée. »

2.4. La théorie de l'étirement de Goldberg [24]

Après avoir étudié la symbolique de la bouche et des dents, Goldberg a cherché à saisir les manifestations de la profonde angoisse liée aux soins dentaires, et ce, par l'intermédiaire du dessin.

Des enfants âgés de 4 à 12 ans, disposaient de 10 minutes afin de réaliser un dessin, avant le soin dentaire. Aucun thème n'était imposé aux enfants.

Cette étude a permis de dégager que l'expression graphique de l'anxiété consiste en des déformations par étirement.

Goldberg commente une brève série de trois dessins réalisés par Thierry alors âgé de cinq ans.

Le premier dessin contribue à détendre un petit peu l'enfant, mais celui-ci reste sur ses gardes.

Figure 24 [23]



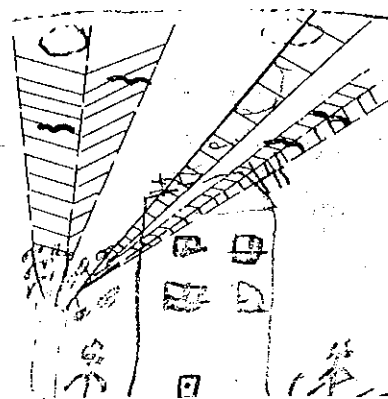
Ce premier essai semble banal, mais on peut déjà y pressentir l'angoisse latente de l'enfant. Une symétrie évidente apparaît autour d'un axe médian figuré par la maison et la fumée.

Oiseaux, fenêtres, nuages, antennes de télévision et fleurs sont réparties équitablement, seul l'arbre échappe à cette symétrie. Un trait continu situe le ciel et ferme l'espace. Les oiseaux, dont « l'inflexion des ailes est significative d'un lourd pessimisme » rendent le ciel oppressant. « L'ensemble traduit la menace qui pèse sur notre jeune patient. »

Vient ensuite la maison, souvent très riche de sens. Celle-ci possède des portes et des fenêtres fermées. De la cheminée s'échappe de la fumée qui symbolise ici l'âtre et par extension le foyer familial. L'enfant dessine son refuge, abri d'autant plus efficace qu'il se hérissé d'antennes agressives. L'arbre est représenté par un épais tronc dont jaillissent trois branches peu feuillues mais ornées de fleurs.

Ce dessin a été envisagé sous l'angle de la symétrie, mais si l'on prolonge chaque branche, on s'aperçoit que les droites relient les éléments importants et angoissants. (Nuages, oiseaux, antennes) Goldberg conclut donc en seconde analyse à « une construction géométrique triangulaire qui fait de cet arbre l'épicentre occulte du dessin.» et que l'on peut interpréter comme le portrait symbolique de l'enfant. « Dépouillé de tout feuillage protecteur, hérissé, ainsi s'est-il senti. »

Figure 25 [23]



La séance de soins se déroule sans problème majeur, le praticien préférant rassurer Thierry et gagner sa confiance. Pourtant, celui-ci se présente au second rendez-vous dans un état proche de la panique.

Dans l'ensemble, il s'agit de la même figuration : une maison et un arbre, mais deux changements importants se sont opérés. Alors que le premier dessin était relativement ordonné, le second est gagné par la confusion. D'autre part, les tons vifs du premier ont été remplacés par des tons gris, marrons, mis à part la fleur de gauche qui reste colorée. Ce choix de teinte n'est pas un hasard, mais vient renforcer la dramatisation de la scène, également appuyée par le désordre et l'absence de symétrie. Le trait bleu qui soulignait le ciel est à présent marron et épaissi par une traînée violette. Des nuages envahissants, des oiseaux noirs, devenus énormes et aux ailes incurvées sont autant « d'éléments signant les menaces qui se sont rapprochées, comme vues à la loupe ».

Figure 26 [23]



De plus, les oiseaux ne volent plus par paires. Trois d'entre eux évoluent en un raid sinistre, au-dessus de la maison.

Nous retrouvons la maison, mais elle s'est étendue jusqu'à devenir une tour inhabitable, sans cheminée, ni antenne de télévision et dont l'encoche de droite souligne sa fragilité.

L'arbre aussi a démesurément grandi et dépasse la maison. Ses branches portent des feuilles jaunies, seule la branche centrale (autrefois tendue vers la cheminée) demeure verte. Il demeure l'objet central et signe l'ampleur de la détresse de l'enfant.

Guidé par les nouveaux personnages, Goldberg propose « un mode de lecture s'apparentant aux bandes dessinées, où sur une même image peuvent être suivies les aventures du héros. »

Voici la conclusion de Goldberg :

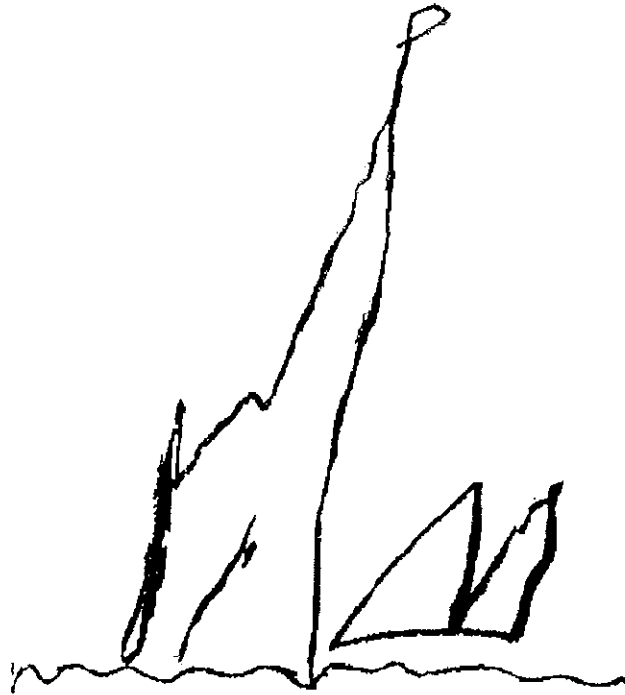
« Dans le premier dessin, l'enfant nous disait ses craintes mais désignait le refuge. Malgré la présence de la maison protectrice, il a subi des soins dentaires.

Dans le second dessin, la menace est d'autant réelle qu'il sait maintenant que la présence de son père ne lui sera d'aucun secours. La maison est devenue inhabitable : simple constat qui pousse l'enfant dans son souci de détails à faire mourir la fleur de droite, dessinée en noir et blanc. Il s'en va donc. Il abandonne la maison. Il se trouve en butte aux attaques d'un animal cornu et griffu. Bec et pinces nous incitent fortement à penser que nous sommes en face de notre propre portrait, revu et sublimé. Au-delà de l'arbre, expression de la détresse, il retrouve la vie : la fleur aux couleurs vives. De ce côté, l'angoisse est moins forte quoique subsistante en la présence de ce grand oiseau qui plane au-dessus de sa tête.

Si l'on examine avec attention cette série de dessins, on voit que les distorsions dues à l'angoisse se traduisent par l'étirement de l'objet symbolique.

Le dernier dessin de Thierry en est l'illustration parfaite.

Figure 27 [23]



«La verticalisation» serait donc le mode d'expression préférentiel de ce trouble. C'est pourquoi Goldberg nous ramène aux quatre piétas de Michel-Ange, à cette progression dramatique qui va en s'étirant ou encore aux personnages déformés de Giacometti...

2.5. Le Children's Dental Fear Picture Test (CDFP)

Nelson et Cholera, cité par Klinkberg et Hwang [28], ont été les « pionniers » de cette étude. En 1986, ils ont tenté de mettre en place un test projectif d'auto-évaluation dans un groupe de 23 adolescents. Ils utilisent un jeu de 5 images décrivant une personne pendant une consultation dentaire et l'enfant testé doit imaginer les sensations du patient. Les résultats ont été comparés à de nombreux autres tests projectifs ainsi qu'à plusieurs études comportementales et sa corrélation était correcte. Malheureusement, les dates ne figuraient pas et aucune validation n'a été donnée. Klinkberg a repris et étoffé cette première étude et a tenu à en obtenir la validation.

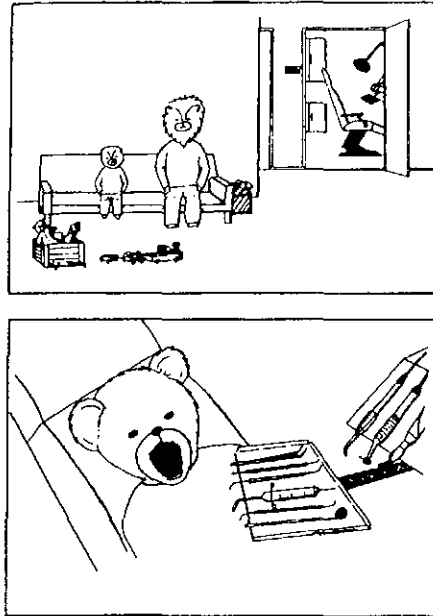
200 enfants ont été sélectionnés dans une population de 3204 enfants, âgés de 5 à 7 ans et de 10 à 12 ans. Il fallait distinguer 100 enfants peureux et 100 non peureux. Ils ont donc déjà effectué le CFSS-DS, le CFSS-SF et bien d'autres tests. On pourra alors plus facilement établir la corrélation et la validité du CDFP. [28]

Le CDFP est constitué de trois sous-parties :

- The Dental Setting Pictures
- The Pointing Pictures
- A Sentence Completion Task

➤ **Le set d'image** contient une série de 10 images représentant des animaux dans des situations vécues chez le dentiste et présentées de la moins stressante à la plus stressante. On montre les images aux enfants et on leur demande de raconter une histoire à propos du dessin.

Figure 28 : Exemples de deux (parmi les 10) cartes comprises dans le Dental Setting Pictures. [28]



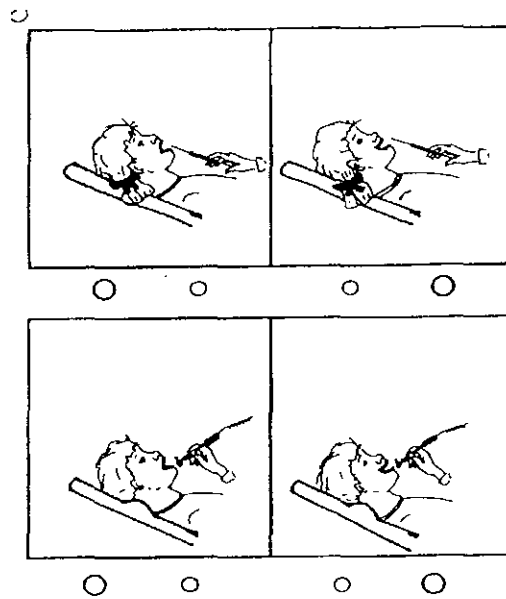
Trois groupes ont été définis : peureux, non peureux et incertain. L'observateur classe chaque dessin, puis établit un classement final des 10 dessins.

- **Peureux** : l'enfant hésite à raconter une histoire, il donne peu de détails, fait preuve de peu d'imagination et le récit est marqué par de longs silences. Les animaux sont décrits comme seuls, apeurés, se sentant mal.
- **Non peureux** : l'enfant est amusé de raconter une histoire, qu'il étaié d'une multitude de détails, il énumère les objets, parle avec entrain et rapidement. Il parle d'animaux qui s'amuse, qui sont au centre de l'attention et sont des personnages importants de l'histoire.
- **Incertain** : l'enfant manque de concentration, est incapable de répondre à notre requête, il refuse de commenter certaines images, parle d'autre chose...

► Le Pointing Pictures contient 5 dessins montrant un enfant lors de 5 situations relatives aux soins dentaires. A chaque acte, on demande à l'enfant comment se sent la personne sur le dessin :

- très content
- bien et assez détendu
- un peu effrayé
- très effrayé

Figure 29 : Exemple de deux des 5 cartes du Pointing Pictures. Il existe une version pour les filles et une pour les garçons [28]



On note de un à quatre points en fonction de la réponse donnée.

- Peureux : si le total est >12 points pour les 5 images, dont 3 images notée 3 ou 4. D'autre part si l'enfant refuse de continuer le test parce qu'une image l'a trop effrayé, il est également considéré comme peureux.
- Non peureux : si le total est < 12 points.
- Incertain : lorsque le comportement est tel que le classement en devient impossible.

► **La sentence Completion** est composée de 15 phrases incomplètes que l'enfant doit terminer à l'aide des premiers mots qui lui viennent à l'esprit :

1. La meilleure chose que je connaisse, c'est ...
2. Aller chez le dentiste, c'est...
3. Je trouve ennuyeux de...
4. Avoir une dent attachée, ça fait...
5. Ce que je préfère, c'est...
6. Pour avoir de bonnes et belles dents, il faut...
7. La pire chose que je connaisse, c'est...
8. Quand j'ouvre la bouche chez le dentiste, c'est...
9. Je pense que mes amis sont...
10. Se laver les dents, c'est...
11. Je pense que mon dentiste est...
12. Selon moi, ce qui a le meilleur goût, c'est...
13. Quand le dentiste endort mes dents, c'est...
14. Le bruit de la fraise, ça me fait...
15. Quand quelqu'un va chez le docteur, il se sent...

Le classement se fait d'après l'impression générale donnée par les réponses de l'enfant.

- négatif : sentiments étranges, n'aime rien... ➡ Peureux
- positif : plaisir, amusement... ➡ Non peureux
- enfant peu coopératif, réponses contradictoires... ➡ Incertain

Le CDFP possède une haute corrélation entre chacune des parties qui constituent l'ensemble du test. Il existe également une forte corrélation entre le CDFP et le CFSS-Ds, aussi bien qu'entre le CDFP et les critères de sélections (peureux, non-peureux).

Le CFDP est donc reconnu comme un instrument valide pour identifier la peur du traitement dentaire chez des enfants de 5 à 12 ans. [29]

2.6. Etude de Ruel-Kellermann [39]

Il s'agit d'une étude projective basée sur le dessin, dont la particularité est qu'elle a été effectuée au sein de l'école et par conséquent, en dehors du contexte dentaire. Cette enquête avait pour but de faire une mise au point sur le vécu dentaire des enfants en 1992, et peut-être de répondre à une question que nous avons tous aux lèvres : qu'est ce qui fait le plus mal, la dent ou le dentiste ?

Pour les enfants âgés de 7 à 11, les instituteurs demandaient deux dessins. Le premier, relatif au départ pour la visite chez le dentiste, le second intitulé « chez le dentiste ».

Les jeunes âgés de 12 à 15 ans devaient répondre à un questionnaire.

Enfin, les adolescents, étudiants en seconde arts plastiques, âgés de 15 à 17 ans remplissaient le même questionnaire et étaient invités, s'ils le désiraient, à y joindre un dessin.

Voici le questionnaire :

- Que représente pour vous le projet d'aller chez le dentiste ?
- Racontez comment s'est passée une séance qui vous a profondément marquée.
- Quels étaient vos sentiments en sortant de chez le dentiste dans les heures qui ont suivi ? ou si vous n'êtes pas allé chez le dentiste, qu'en avez entendu dire ?
- Que représente pour vous l'expression douleur dentaire ou avoir mal aux dents ?

Les dessins ont surtout de l'intérêt pour leur valeur communicative émotionnelle. On y découvre l'anxiété déguisée, la peur affirmée, les larmes, les cris avant ou pendant la séance. Quelques dessins reflètent un aspect plutôt positif, notamment lorsque la dentiste est blonde ou qu'elle est la copine de maman.

On remarque également l'importance de la salle d'attente. Elle est souvent perçue comme un lieu désagréable, sauf s'il y a des bandes dessinées, et plus on y attend, plus l'angoisse augmente.

Dans la première question de l'enquête, 75 % des enfants évoquent instantanément la peur, l'angoisse, « l'horreur », « la galère » que représente la visite chez le dentiste, bien qu'ils reconnaissent l'importance de cette consultation.

Lorsqu'ils se rappellent leur première expérience au cabinet dentaire, en général vers 8-10 ans, 3 enfants sur quatre en ont un souvenir négatif : ils parlent d'anesthésies inefficaces, d'extractions, certains ont été maintenus de force, ont eu très peur et très mal, ils ont pleuré et crié. Certes, les descriptions, de même que les dessins, sont caricaturaux. Les enfants reconnaissent le manque de confiance, voire la méfiance ressentie à l'encontre du dentiste, la peur de s'abandonner aux mains d'un inconnu.

Figure 30 [39] : exemple de dessin rassemblé au cours de l'étude de Ruel-Kellermann

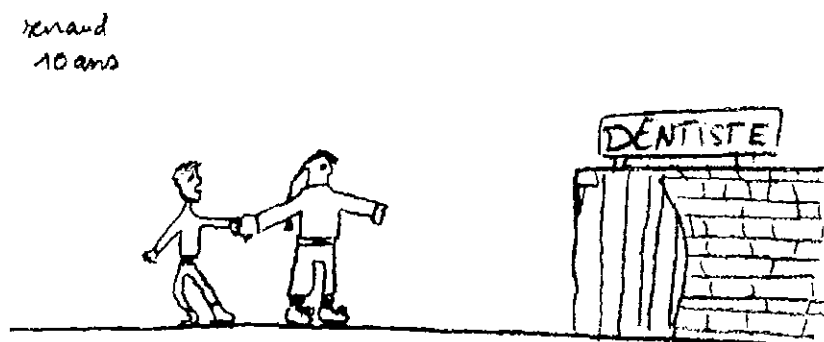


Après la séance, 2 enfants sur 3 sont soulagés, mais les autres sont agressifs ; rancuniers, ils avouent avoir eu des envies de vengeance.

Leur définition de la douleur reste très proche de celle d'Ambroise Paré : « La douleur la plus cruelle de toutes les douleurs sans mort est la douleur dentaire. » Un enfant de 12 ans va même jusqu'à écrire « avoir mal aux dents représente pour moi mourir. ». Les autres la décrivent comme « un mal insupportable, le pire que l'on puisse avoir », « l'impression de ne plus être moi », « elle torture nos mâchoires, nous crève les yeux et nous perfore le cerveau, tout cela dans une technique de guerre implacable à laquelle nous ne pouvons rien » ou encore en notant que « c'est le seul moment où je sens que j'ai des dents » Pour quelques-uns seulement, il s'agit de revoir le dentiste, si gentil et sympathique.

Cette étude a permis de montrer que, contrairement à ce que certains pensent, l'image et la perception des soins dentaires pour les enfants n'ont pas évolué. Le dentiste et son environnement sont toujours autant d'éléments déclencheurs d'une peur insidieuse et d'un mal-être certain. Mais on a tout de même de la peine à croire à tant de violence, d'indifférence et de manque d'empathie de la part du corps soignant. Cette volonté de caricature permet de mettre à distance l'angoisse que toute évocation de dent ou de dentiste déclenche, ceci explique peut-être une partie des clichés exagérés que nous présentent les enfants.

Figure 31 : exemple de dessin rassemblé au cours de l'étude de Ruel-Kellermann [41]



Ruel-Kellermann conclut en indiquant que « la douleur HORRIBLE se renforce de la peur de toute intervention dentaire et que, en l'absence même de toute douleur (visite préventive) la peur fonctionne en créant ou du moins en amplifiant, la moindre perception à la plus petite tentative d'exploration. » [39]

La peur de la douleur deviendrait presque la douleur de la peur.

3. UNE TECHNIQUE MIXTE : ETUDE D'ALWIN ET COLL. [33]

Pour évaluer l'anxiété des enfants, les membres de cette équipe britannique associent des tests d'auto-évaluation (sous forme de questionnaires et de techniques projectives) à des tests d'hétéro évaluation.

65 enfants âgés de 6 à 18 ans ont été sélectionnés sur le signalement d'un dentiste après une ou deux séances difficiles.

42 enfants d'âge similaire, soignés par le même dentiste, ont constitué le groupe témoin. L'évaluation de l'anxiété a été faite parallèlement par un psychologue qui a utilisé de nombreuses références, dont le Child Manifest Anxiety Scale (CMAS), le Melamed's Child Behaviour Rating Scale et le Venham Picture Scale.

51 enfants ont subi une anesthésie générale pour soins dentaires et 5 dans le groupe témoin.

Le CMAS, questionnaire de peur générale ne met en évidence aucune différence significative entre les deux groupes d'enfants, mais les mesures d'anxiété et de coopération prises par les parents et le dentiste pendant les soins ont montré une différence significative entre les deux groupes, au même titre que le VPS.

Les enfants rencontraient le dentiste, puis le psychologue s'entretenait avec eux et remplissait un questionnaire avec les parents (facteurs médicaux, dentaires, individuels et environnementaux). A cet instant, les parents remplissaient le CDAS, afin d'évaluer l'anxiété des parents vis à vis des soins dentaires. Le dentiste pratiquait alors un examen buccal sous l'œil attentif du psychologue, à l'aide d'un système de vidéosurveillance. A la fin de la consultation, le praticien expliquait à l'enfant quel était le traitement nécessaire et celui-ci répondait au Venham Picture Scale, assis dans le fauteuil dentaire. Le dentiste procédait alors à une approche lente (prophylaxie, sealants...) avant d'entreprendre les soins qui nécessitent une anesthésie locale. On demandait aux parents d'établir le niveau d'anxiété et de coopération qu'avait, selon eux, adopté leur enfant. Le praticien, lui aussi répondait à ces questions.

Une différence significative a été mise en évidence entre les deux groupes. La corrélation entre l'évaluation de l'anxiété des enfants par les parents et l'évaluation du dentiste est importante ; l'opinion des parents à ce sujet peut donc être un bon indice sur l'anxiété de l'enfant.

Dans l'ensemble des études présentées dans cette revue, plusieurs méthodes d'évaluation de l'anxiété vis à vis des soins dentaires sont employées. La plupart du temps, les tests comportementaux (d'hétéro ou d'auto-évaluation) sont combinés afin d'obtenir le résultat le plus fiable possible. Il faut toujours se souvenir que l'anxiété est un phénomène multifactoriel, constitué d'une dimension comportementale, cognitive et physiologique.

TROISIEME PARTIE :
INTERPRETATION DES DESSINS

Le dessin est un compromis entre les paroles et les actes. C'est une écriture « naturelle » qui vient du fond des âges et qui ne nécessite pas d'apprentissage spécial. Chacun compose son langage graphique en fonction de ce qu'il a à dire.

Notre travail se concentrera sur l'étude de cinq dessins, sélectionnés parmi 28 dessins, effectués au cabinet dentaire par des enfants de 6 à 12 ans.

Le but de cette étude est de voir dans quelle mesure l'anxiété des enfants apparaît dans leur dessin, et de comparer cette analyse à un questionnaire d'auto-évaluation rempli par les enfants. Enfin, il sera intéressant de voir si l'impression laissée au praticien est en corrélation avec ce que l'enfant a exprimé par le dessin.

1. BUT DE L'INTERPRETATION

Le dessin a une valeur informative : il ne nous apprend rien, seule nous touche sa valeur de communication personnelle. Outre ses aptitudes motrices, l'enfant révèle, par le dessin, sa personnalité.

Interpréter les dessins d'enfants, c'est d'abord apprendre à mieux les connaître, à comprendre leur évolution et leur caractère.

Wildöcher différencie « quatre plans différents de l'expression des sentiments et du caractère par le dessin. »[45] :

► Valeur expressive

Elle est exprimée par le choix des formes et des couleurs, par la manière dont l'enfant traite la surface blanche.

Ainsi, le dessin enregistre l'état émotionnel, et on note par exemple le trait rageur et agressif qui peut entraîner la déchirure du papier ou le trait hésitant à peine imprimé.

En ce sens, l'étude du dessin est comparable à la graphologie.

► Valeur projective

Le style général de la figuration révèle certaines dispositions fondamentales de la vision du monde de l'enfant et constitue sa valeur projective proprement dite. Il s'agit là d'aborder le dessin dans son ensemble, et non d'interpréter chaque détail. Alors, nous pouvons dire qu'il reflète sa personnalité.

► Valeur narrative

En nous livrant les produits de son imagination, il nous révèle aussi ses centres d'intérêt, ses soucis, ses goûts. C'est la valeur narrative du dessin. Celle-ci a surtout une signification symbolique. Elle nous montre la manière dont l'enfant, à travers les choses, vit les significations symboliques qu'il leur prête. C'est l'ensemble de son monde imaginaire qui se reflète dans le dessin. Ce qu'il ne peut pas dire, il nous l'indique par le dessin. Il ne suffit pas

d'observer ce qui est signifié, mais d'étudier avec soin les particularités formelles : taille et forme des personnages ont une valeur narrative.

Ces différents temps qui marquent la lecture du dessin contribuent donc à nous donner une connaissance de l'enfant qui dépasse celle de ses aptitudes graphiques à figurer la réalité par l'image. « Elle porte sur ses relations affectives au monde qui l'entoure, ses mouvements d'approche ou de retrait, d'appétence ou de crainte, qui marquent son rapport aux êtres et aux choses. » écrit Wildöcher. [45]

Sophie Morgensten, citée par Wildöcher [45] insiste sur les analogies entre les dessins, le jeu et les rêves : ils ont chez l'enfant une valeur expressive qui dépasse celle du langage.

Ce que l'interprétation symbolique des rêves permet pour l'inconscient de l'adulte, le déchiffrement du jeu, des dessins et des récits imaginaires le permettrait chez l'enfant. Car chez lui, dans ses activités conscientes, les fantaisies inconscientes s'expriment en toute liberté.

L'analyse d'un dessin va consister à rechercher tous les « signes » susceptibles d'avoir une signification psychologique et à déterminer laquelle... Ceci s'effectuera à travers un « dépouillement » systématique des aspects du dessin, de ses détails, avec leurs particularités de forme, de dimension, de disposition, d'agencement, de couleurs, révélatrices d'impression et de sentiments aux nuances très personnalisées.

Le principe de cette « traduction » repose sur le symbolisme déjà repéré par les philosophes, confirmés à maintes reprises par les statistiques des psychologues à propos des tests projectifs.

2. DESCRIPTION DU PROTOCOLE

C'est au cours d'un remplacement dans un cabinet dentaire jurassien que l'ensemble des dessins a été réuni. Les enfants, âgés de 6 à 12 ans étaient invités, juste avant la consultation, à entrer dans la salle de repos. Après s'être présenté à l'enfant, le praticien montrait le matériel mis à disposition pour le dessin :

- un cahier à dessin, constitué de feuilles de format A4. Le cahier était ouvert au milieu, l'enfant disposait alors de deux feuilles distinctes, que l'on enlevait ensuite pour que l'enfant suivant n'aperçoive pas le dessin précédent.
- une boîte de 24 crayons de couleur
- une boîte de 24 feutres de couleur
- un taille crayon

Figure 32 : Matériel mis à disposition

Les enfants n'étaient autorisés à utiliser ni gomme, ni règle pour éviter un quelconque aspect scolaire. En cas d'erreur, les enfants pouvaient corriger ou rayer.

L'opérateur leur proposait alors de dessiner, sur la page de gauche et dans le sens (horizontal ou vertical) qu'ils préféraient, « leur visite chez le dentiste ».

Laissant l'enfant à son dessin, l'opérateur se rendait alors en salle d'attente, afin de remplir le questionnaire destiné aux parents (données administratives, âge, antécédents : voir figure 33)

Après une dizaine de minutes, le questionnaire d'auto-évaluation de l'anxiété de Parkin était remis à l'enfant. (voir figure 34)

Figure 33 : Questionnaire destiné aux parents

<u>QUESTIONNAIRE</u>	
Prénom :	
Date de naissance :	
Classe :	
Situation parentale :	
Profession du père :	
Profession de la mère :	
Attitude des parents vis à vis des soins dentaires :	
Age de l'enfant pour sa première visite au cabinet dentaire :	
Motif:	
Antécédents médicaux de l'enfant :	
Antécédents d'hospitalisation :	Motif:

Figure 34 : Questionnaire destiné à l'enfant

Est ce que tu aimes bien aller chez le dentiste ?

Ton dentiste :

- a seulement regardé tes dents.
- t'as déjà soigné tes dents.
- t'as déjà endormi une dent.
- t'as enlevé une dent.
- c'est la première fois.

ECHELLE D'ANXIETE DE PARKIN:

1/ Quand les garçons et les filles de ton âge vont chez le dentiste, souvent ils ont peur. C'est normal pour une raison ou une autre. Et toi, quelle est ta propre raison d'avoir peur ?

- a) J'ai peur d'avoir mal
- b) J'ai peur de quelque chose dont m'ont parlé mes parents
- c) J'ai peur parce que je ne connais personne
- d) J'ai peur mais je ne sais pas pourquoi
- e) J'ai peur à cause de ce que racontent mes camarades de classe
- f) Je n'ai pas peur

2/ Comment te sens-tu quand tu te réveilles le matin et que tu te souviens que tu as rendez-vous chez le dentiste aujourd'hui ?

Je ne suis pas inquiet _____ Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur _____ ligne de 100 mm _____ ou j'ai peur

3/ Comment te sens-tu quand tu attends dans la salle d'attente ?

Je ne suis pas inquiet _____ Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur _____ ligne de 100 mm _____ ou j'ai peur

4/ Quand tu es assis dans le fauteuil du dentiste et qu'il prend ses instruments pour regarder tes dents, comment te sens-tu ?

Je ne suis pas inquiet _____ Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur _____ ligne de 100 mm _____ ou j'ai peur

5/ Quand tu es assis dans le fauteuil et que le dentiste va soigner tes dents, comment te sens-tu ?

Je ne suis pas inquiet _____ Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur _____ ligne de 100 mm _____ ou j'ai peur

Une fois le questionnaire complété, le praticien procédait à la consultation ou aux soins éventuels. On demandait alors à l'enfant de dessiner, toujours dans la salle de repos, un second dessin dont l'intitulé était « Imagine ce qui pourrait se passer dans la salle de soin, si on était dans un conte, dans une bande-dessinée ou même dans un jeu vidéo et dessine le sur la feuille de droite. » L'enfant disposait d'une dizaine de minutes.

Une fois le dessin terminé, l'opérateur demandait à l'enfant de raconter ce qu'il avait représenté et notait avec exactitude les commentaires de l'enfant.

Si un ou deux détails échappaient à la compréhension, l'opérateur demandait des explications ou des précisions sur ces points.

Le lieu, ainsi que l'opérateur ont été strictement identiques pendant toute la durée de l'étude.

3. ANALYSE DES CINQ DESSINS

Il n'y a pas de consultation dentaire sans appréhension. Cependant il existe différentes manières de réagir vis à vis de la peur ressentie au cours de tels soins. C'est la raison pour laquelle nous avons demandé deux dessins à l'enfant. Dans un premier temps, le dessin réalisé permet de déceler et de « quantifier » l'anxiété ressentie par l'enfant. La seconde demande a pour but de « qualifier » cette anxiété, c'est à dire de comprendre par quels moyens l'enfant la combat, la refoule ou s'en libère.

L'anxiété « normale » est justifiée, c'est une adaptation à la réalité, elle est principalement due à l'intervention d'un tiers sur le corps. Elle se manifeste par de l'appréhension, une inquiétude avant le rendez-vous. A la fin du traitement, l'anxiété disparaît et c'est la satisfaction d'avoir « avancé » qui se manifeste.

L'angoisse « pathologique » explique Mme Emond-Lecomte, est « un malaise du corps et de l'esprit qui est suscité par une situation qui devrait engendrer de l'anxiété, et non de l'angoisse. Cet excès de réactivité s'explique par le fait que la situation dentaire réveille quelque chose de plus profond. »

Les réactions à cette angoisse sont multiples. Au cours de l'analyse des dessins, nous avons mis en évidence 3 types de réponse :

- la culpabilité
- la passivité
- l'agressivité

En ce qui concerne ce dernier point, une nuance supplémentaire a été faite : Certains enfants tentent de se libérer par une réaction agressive, mais ne parviennent pas à s'échapper, ils restent au sein de l'action qu'est le soin dentaire. Leur agressivité, même dans le dessin, n'est qu'un pur fantasme et n'a cours que lors de la séance, l'enfant perdant toute agressivité dès qu'il quitte le cabinet dentaire.

D'autres réagissent par une agressivité, nourrie de vengeance à l'égard du dentiste ; ceux-là représentent une action située après le soin. Leur agressivité perdure, même lorsqu'ils ont quitté le cabinet dentaire.

Les dessins sélectionnés sont ceux qui illustrent au mieux chaque type de réaction rencontré face à l'anxiété.

3.1. MARIE : L'ANXIETE JUSTIFIEE

Marie a 7 ans et demi, elle n'a jamais été hospitalisée et a subi une extraction d'une dent de lait au cours de sa toute première visite deux ans auparavant. Depuis, sa maman la conduit régulièrement chez le dentiste.

A première vue, le dessin ne dégage pas une impression d'anxiété, malgré la présence de la bulle qui permet à l'enfant d'exprimer sa peur.

Les sentiments de la petite fille sont équilibrés : la peur existe, elle est reconnue mais n'est pas dramatisée.

3.1.1. Analyse de la mise en page

Marie a choisi de dessiner à l'aide des feutres et elle a utilisé 6 couleurs. Elle a disposé la feuille verticalement, ceci dénote d'une certaine volonté d'être avare de détails : le peu de place dont elle dispose lui permet de ne pas dessiner tous les éléments du cabinet dentaire. On peut supposer que Marie évite de dessiner des objets qu'elle ne « sait » pas dessiner. D'autre part, « Elle a choisi la verticalité pour donner plus d'importance à sa propre affirmation d'identité qu'à l'événement dentaire. » précise Mme Emond-Lecomte

La taille du dessin et l'analyse du tracé ne comportent pas de particularité exploitable.

Les éléments sont rivés sur le bord inférieur de la feuille. Cette configuration est normale jusqu'à 8 ans. Au-delà, on y voit une forte dépendance ou un besoin de sécurité.

3.1.2. Analyse du mouvement

La fillette assise sur le fauteuil n'est pas accolée au dossier. On ressent là une certaine tonicité vertébrale qui permet à l'enfant de ne pas être totalement passive. C'est une manière de résister à la position soumise allongée que l'on est souvent contraint d'adopter chez le dentiste.

Dans le second dessin, les personnages ont les bras levés, traduisant comme un geste de salut : c'est la fin de la séance.

3.1.3. Analyse des couleurs

Dans le premier dessin, la majorité des couleurs utilisées sont « froides » : le vert, le bleu et le violet incitent à l'introversion, à la modération et au calme. [40]

Marie les a utilisées principalement pour les instruments du dentiste. Les instruments rotatifs sont colorés en vert, couleur de l'équilibre. Elle est très souvent trouvée dans les dessins des enfants de 6 à 13 ans. C'est la couleur la plus répandue dans la nature, elle représente la bonne santé.

Le fauteuil est coloré en bleu, mais on ne peut interpréter le symbolisme de cette couleur puisqu'il s'agit de la couleur réelle du fauteuil. (choix réaliste)

Par contre, elle utilise le jaune, couleur chaude qui, au contraire du bleu, incite à l'extraversion, désigne la gaieté, la chaleur douce et agréable, pour se représenter.

Les couleurs choisies par Marie sont des couleurs vives, à forte intensité, qui désignent la vaste étendue de gamme de sentiments possibles. Marie n'est pas obnubilée par la peur qu'elle ressent, elle équilibre ses sentiments. Elle possède une forte capacité à exprimer ses désirs et ses sentiments.

On notera le sourire de la petite fille et la façon dont l'enfant a « surimprimé » les dents.

Dans le second dessin, Marie imagine qu' « un lapin avec ses grandes dents se déguise en dame et vient pour faire rire les enfants. »

Ce dessin est très explicite :

- Marie passe de la position assise à la position debout. Cette modification est positive car l'enfant « se redresse ».
- De plus, le vert des instruments a été transféré aux jambes de l'enfant. C'est qu'elle comprend l'intérêt du soin, « comme si ce que lui a fait cet instrument lui a permis de grandir » explique Emond-Leconte.
- Le jaune chaleureux et gai emplit le tronc, siège des sentiments et des émotions viscérales. C'est le signe que l'enfant se sent bien, que l'issue est douce.
- La similitude des vêtements du dentiste et de la fillette est intéressante : le praticien, lui aussi porte un pantalon vert et une veste jaune. La petite fille s'est identifiée au praticien. Cette projection du patient sur son médecin traitant, relativement fréquente, est facilitée, dans ce cas, par le fait que le dentiste soit une femme. Par ailleurs, on remarque que le praticien est amputé de ses deux pieds, comme s'il était condamné à rester dans le cabinet. Lui, contrairement à Marie, ne s'en va pas.
- « Le lapin avec ses grandes dents qui se déguise en dame » est là encore un signe de l'identification de la petite fille au praticien. Cependant c'est aussi un élément qui montre que l'enfant se sent mûrir à travers ces expériences dentaires.

La persistance de l'image de dents est intéressante : Dans le premier dessin, Marie avait « surimprimé » les dents sur le large sourire du personnage. Dans le second dessin, Marie utilise la symbolique du lapin pour faire référence aux dents. Or, le lapin, c'est Marie. Le lapin a de grandes oreilles, de grandes dents et doit faire rire les enfants : il s'agit là d'une décharge euphorique des soins terminés.

3.1.4. Questionnaire

Marie dit qu'elle aime bien aller chez le dentiste et qu'elle n'a pas peur. Elle nie son appréhension pour séduire le praticien afin qu'il ne la fasse pas souffrir. Il s'agit d'une adaptation à la réalité : l'enfant a compris le mécanisme de la séduction. Bien sûr, cette inhibition de la réalité pour séduire est totalement inconsciente.

En revanche, elle mesure assez bien son anxiété en fonction du moment. En général, on peut dire que Marie reconnaît qu'elle a peur et qu'elle sait écouter les signes d'anxiété, ainsi que leur intensité. Il n'y a donc pas de problème avec ce type d'enfant.



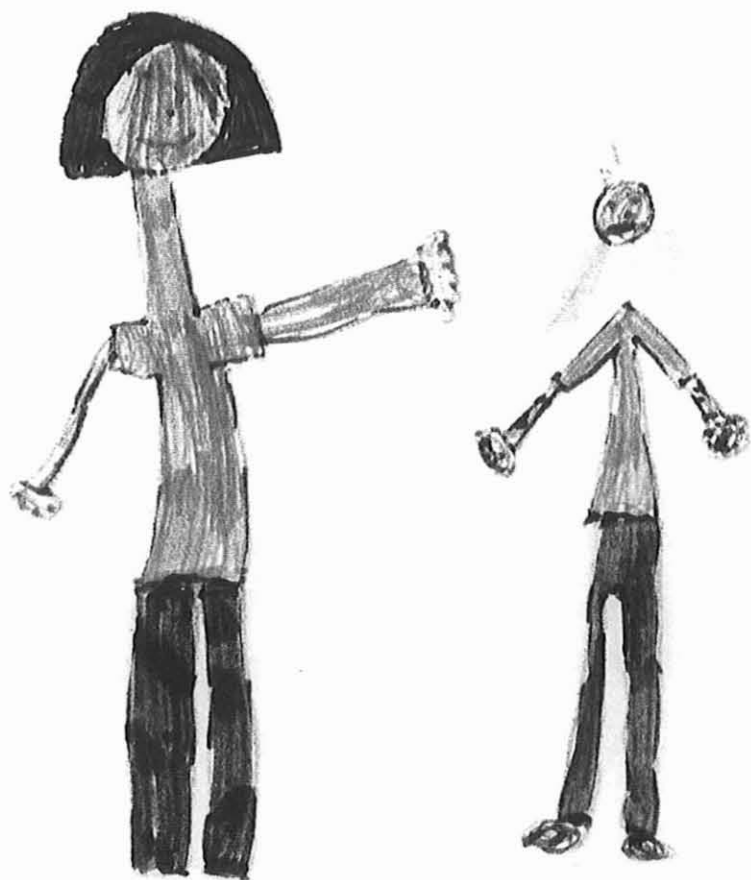


Figure 37 : Questionnaire destiné à l'enfant

Est ce que tu aimes bien aller chez le dentiste ? *OUI*

Ton dentiste :

- a seulement regardé tes dents.
- t'as déjà soigné tes dents.
- t'as déjà endormi une dent.
- t'as enlevé une dent.
- c'est la première fois.

ECHELLE D'ANXIETE DE PARKIN:

1/ Quand les garçons et les filles de ton âge vont chez le dentiste, souvent ils ont peur. C'est normal pour une raison ou une autre. Et toi, quelle est ta propre raison d'avoir peur ?

a) J'ai peur d'avoir mal
b) J'ai peur de quelque chose dont m'ont parlé mes parents
c) J'ai peur parce que je ne connais personne
d) J'ai peur mais je ne sais pas pourquoi
e) J'ai peur à cause de ce que racontent mes camarades de classe
 Je n'ai pas peur

2/ Comment te sens-tu quand tu te réveilles le matin et que tu te souviens que tu as rendez-vous chez le dentiste aujourd'hui ?

Je ne suis pas inquiet Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur, _____, ou j'ai peur

3/ Comment te sens-tu quand tu attends dans la salle d'attente ?

Je ne suis pas inquiet Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur, _____, ou j'ai peur

4/ Quand tu es assis dans le fauteuil du dentiste et qu'il prend ses instruments pour regarder tes dents, comment te sens-tu ?

Je ne suis pas inquiet Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur, _____, ou j'ai peur

5/ Quand tu es assis dans le fauteuil et que le dentiste va soigner tes dents, comment te sens-tu ?

Je ne suis pas inquiet Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur, _____, ou j'ai peur

Figure 38 : Questionnaire destiné aux parents

QUESTIONNAIRE

Prénom : *Marie*

Date de naissance : *06/10/1991*

Classe : *CE1*

Situation parentale : *Mono-parentale*

Profession du père : *Electricien*

Profession de la mère: *Employée de Mairie*

Attitude des parents vis à vis des soins dentaires : *pas de problème particulier*

Age de l'enfant pour sa première visite au cabinet dentaire : *6 ans*

Motif: *Extraction d'une dent de lait*

Antécédents médicaux de l'enfant : *RAS*

Antécédents d'hospitalisation : *Non*

Motif: ·

3.2. STEVE : L'ESSAI DE LIBERATION PAR L'AGRESSIVITE

Steve a 9 ans et demi. Il a déjà été hospitalisé deux fois, au cours de sa première année (pour une gastro-entérite à 5 mois et pour l'ablation des amygdales à 1 an). Sa première consultation dentaire remonte à 3 ans, pour cause de douleur. Steve a un indice carieux très important, il a reçu de nombreux soins dentaires. C'est donc un habitué du cabinet. Il dessine volontiers et offre ses « œuvres » au praticien.

Dans ce dessin, l'anxiété est évidente. Steve adopte une réaction agressive pour se libérer de cette situation, mais il reste dans sa position de patient. Son agressivité se confine à l'intérieur du cabinet dentaire et disparaît dès qu'il en sort.

3.2.1. Analyse

Steve a choisi d'utiliser principalement le feutre noir. Aucun des objets n'est colorié, seuls les cheveux du personnage et l'ampoule électrique sont jaunes.

Le dessin est basé là encore sur le bord inférieur de la feuille. A son âge, Steve devrait avoir intégré les notions de perspective et devrait représenter le sol. Il s'agit là d'un cas évident de régression infantile due à l'anxiété de l'enfant. [40]

On note aussi quelques tracés repris et hésitants : eux aussi expriment l'angoisse du garçon. [2]

L'absence totale de mouvement est frappante dans son premier dessin, mais c'est surtout la quasi-absence de couleur qui transmet une ambiance lugubre au dessin.

Plusieurs détails vont dans ce sens :

- Les instruments rotatifs ressemblent à des dents. On y voit ici la persistance de l'image de dents, l'obnubilation. Le sourire hachuré, sensé symbolisé les dents, insiste encore sur la raison de cette visite.
- Le regard rond et vide du personnage est évocateur de l'angoisse qui envahit l'enfant. Ce personnage est « le monsieur qui vient se faire soigner ». Steve précise que « le dentiste se situe dans la pièce d'à côté ». L'enfant refuse ce soin : d'une part, il ne s'identifie pas au patient, d'autre part il chasse le dentiste de la salle de soin, repoussant le temps du traitement tant qu'il le peut.
- De plus, l'enfant a dessiné un patient blond, alors que lui-même est brun. Et il commente : « Je ne sais pas pourquoi je l'ai fait blond, je n'aime pas les blonds. » Il possède certainement une rancœur contre une personne blonde de son entourage, mais nous ne sommes pas aptes à répondre à cette question. Par contre c'est évident qu'il se venge de cette personne en lui faisant subir un soin dentaire à sa place, en tant que punition. C'est encore un refus de se situer lui-même au sein de la séance de soin.

Le second dessin effectué après le soin est toujours empreint d'une angoisse importante. On y retrouve les mêmes signes : absence de couleur, de coloriage.

Le patient est allongé, comme une marionnette. Il ne possède aucun détail de personnalisation : absence de visage, de bras et de vêtement.

Au-dessus de sa tête flotte un instrument. Le dentiste, cette fois est représenté à distance du fauteuil, minuscule et souriant. On peut d'ailleurs remarquer que le fauteuil s'insère en diagonale entre le patient et le dentiste, comme pour les séparer. Le style du dessin montre encore la régression infantile : le dentiste est simplifié, et ne possède qu'une main, la seconde, la main droite, celle qui soigne, étant davantage une sorte de « moignon ». (Ce type de dessin est normalement réalisé vers 5 ans) [40]

Sous le bureau, on remarque une bombe, marquée des abréviations « TNT » en rouge.

Steve commente ainsi son dessin : « Le dentiste soigne avec un marteau-piqueur », il rit, « Il y a une bombe sous le bureau déposée par un méchant (le monsieur qui se fait soigner) et la fenêtre éclate quand la bombe saute. »

Le dessin montre une très forte angoisse, à laquelle l'enfant répond de façon agressive. Le dentiste est vécu comme sadique : il soigne avec un marteau-piqueur et sourit. Les soins sont vécus comme un emprisonnement, l'enfant rêve de libération. C'est pourquoi il utilise l'image de la bombe qui fait exploser la vitre, et ouvre cet espace clos, lui permettant alors de se sauver. C'est ce que l'enfant suggère par son dessin, mais il ne va pas jusqu'à exprimer clairement cette idée.

L'enfant met une bombe pour se libérer de cet univers sadique et étouffant, mais nous ne ressentons ni esprit de vengeance, ni véritable agressivité tournée vers le dentiste.

3.2.2. Questionnaire

Steve refuse clairement de reconnaître qu'il est très angoissé à l'idée de se rendre chez le dentiste. Il répond même qu'il « adore » y aller. Cette précision relève-t-elle de l'ironie ou le garçon refuse-t-il d'avouer sa peur. Peut-être nie-t-il ses sentiments à cause d'a priori sociaux tels que : « A ton âge un garçon n'a plus peur et ne pleure plus. »...

Dans le questionnaire de Parkin, il reconnaît tout de même les variations de son niveau d'anxiété.

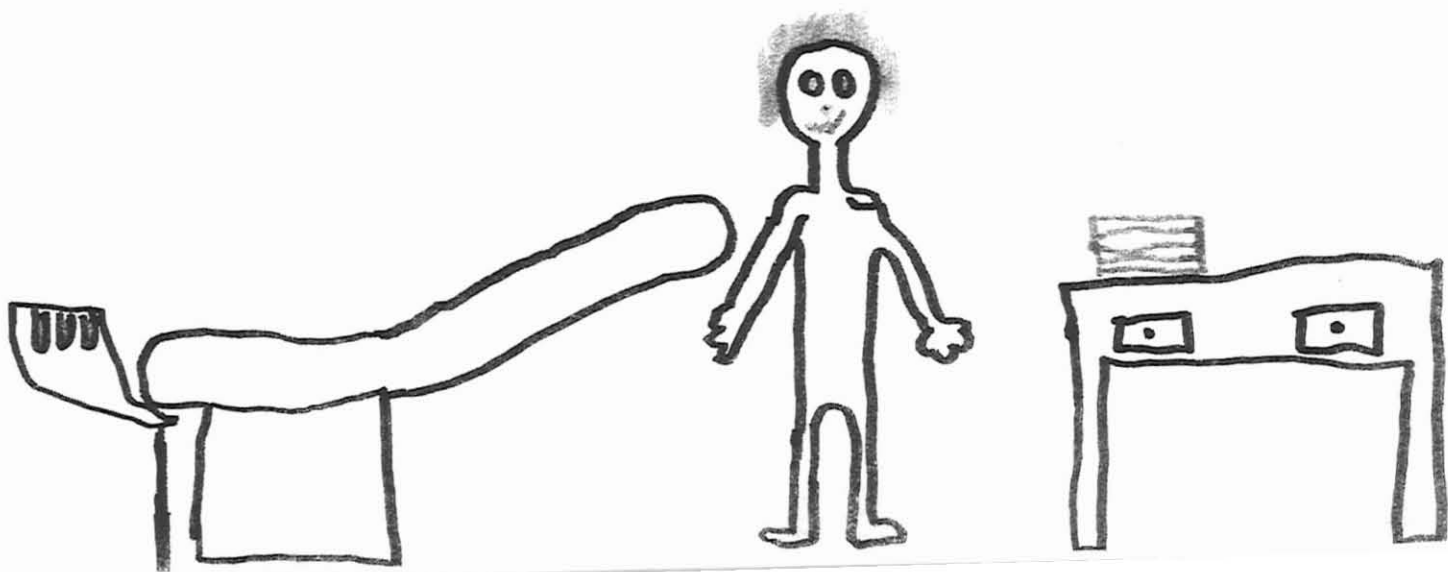
Steve est un enfant qui paraît sûr de lui, il peut même se montrer ferme et catégorique sur certains points. Il fait parfois le chef, le « dur ». Contrairement à ce que les dessins laissent entendre, il n'y a eu aucune difficulté pour soigner Steve. Pendant qu'il dessinait, nous avons observé son

comportement : il adoptait un air détaché, a effectué rapidement ce qui lui été demandé et riait de l'histoire qu'il avait inventée dans le second dessin.

En dépit des apparences, Steve ressent une forte angoisse et refuse de la reconnaître ouvertement. C'est grâce à ces dessins que nous avons pu mettre en évidence son anxiété. Pour la suite des soins, le praticien a pris davantage de précautions afin de mettre l'enfant à l'aise (diminution des stimuli visuels et sonores, explications supplémentaires...).

L'anxiété de Steve est due à l'impression d'un enfermement et d'une certaine soumission au cours du soin dentaire. Le dentiste est vu comme un sadique, et le garçon se voit comme sa victime. Cependant il réagit, dans ses fantasmes, et tente de se libérer par l'intermédiaire du dessin. Le fait que Steve parvienne à exprimer son angoisse en dessinant est extrêmement positif. Il se dégage de son agressivité et reprend alors sereinement le cours de sa journée.

Le dessin agit comme un « exutoire » de ses pulsions et rempli donc parfaitement son rôle.



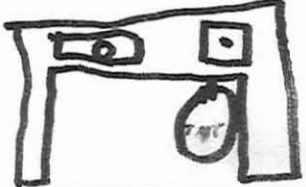
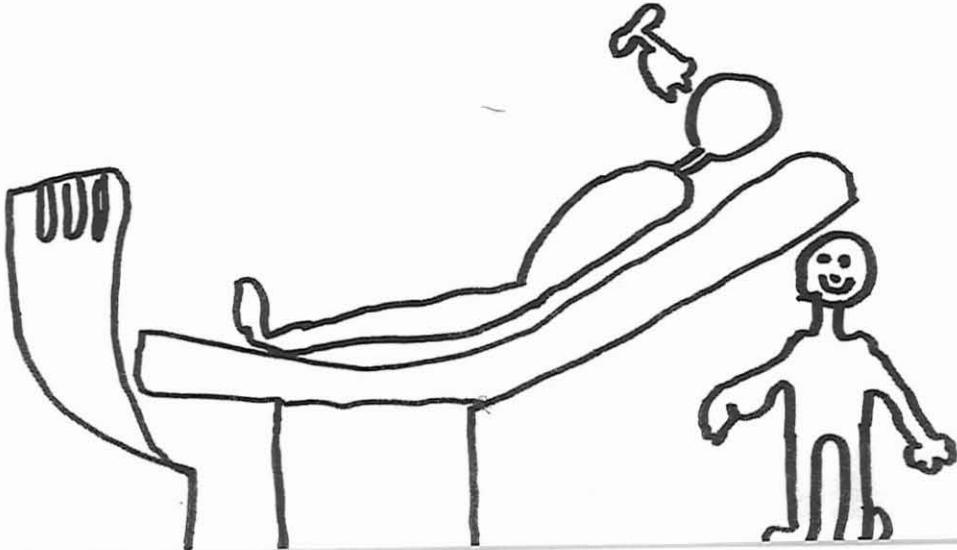
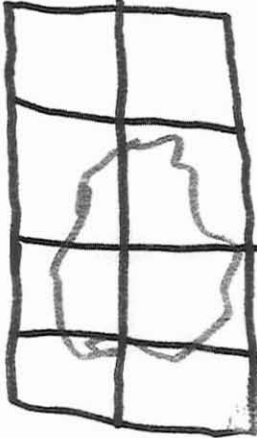


Figure 41 : Questionnaire destiné à l'enfant

Est ce que tu aimes bien aller chez le dentiste ? *J'adore*

Ton dentiste :

- a seulement regardé tes dents.
- t'as déjà soigné tes dents.
- t'as déjà endormi une dent.
- t'as enlevé une dent.
- c'est la première fois.

ECHELLE D'ANXIETE DE PARKIN:

1/ Quand les garçons et les filles de ton âge vont chez le dentiste, souvent ils ont peur. C'est normal pour une raison ou une autre. Et toi, quelle est ta propre raison d'avoir peur ?

- a) J'ai peur d'avoir mal
- b) J'ai peur de quelque chose dont m'ont parlé mes parents
- c) J'ai peur parce que je ne connais personne
- d) J'ai peur mais je ne sais pas pourquoi
- e) J'ai peur à cause de ce que racontent mes camarades de classe
- Je n'ai pas peur

2/ Comment te sens-tu quand tu te réveilles le matin et que tu te souviens que tu as rendez-vous chez le dentiste aujourd'hui ?

Je ne suis pas inquiet _____ Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur _____, ou j'ai peur

3/ Comment te sens-tu quand tu attends dans la salle d'attente ?

Je ne suis pas inquiet _____ Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur _____, ou j'ai peur

4/ Quand tu es assis dans le fauteuil du dentiste et qu'il prend ses instruments pour regarder tes dents, comment te sens-tu ?

Je ne suis pas inquiet _____ Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur _____, ou j'ai peur

5/ Quand tu es assis dans le fauteuil et que le dentiste va soigner tes dents, comment te sens-tu ?

Je ne suis pas inquiet _____ Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur _____, ou j'ai peur

Figure 42 : Questionnaire destiné aux parents

QUESTIONNAIRE

Prénom : *STEVE*

Date de naissance : *25/10/1989*

Classe : *CM1*

Situation parentale : *Biparentale*

Profession du père : *Chômage*

Profession de la mère: *Ouvrière*

Attitude des parents vis à vis des soins dentaires : *pas de problème particulier*

Age de l'enfant pour sa première visite au cabinet dentaire : *7 ans*

Motif: *Douleur*

Antécédents médicaux de l'enfant : *RAS*

Antécédents d'hospitalisation : *Gastroentérite à 5 mois*
Amygdalectomie à 1 an

3.3. PAULINE : L'ANGOISSE VISCERALE

Pauline est une petite fille de 8 ans, calme et douce. Elle n'a jamais été hospitalisée et a consulté un dentiste pour la première fois en urgence, à 6 ans, parce qu'elle se plaignait de vives douleurs. Son papa a eu de nombreux soins dentaires et avoue encore appréhender les soins dentaires.

3.3.1. Analyse

Pauline utilise principalement les feutres gris, marron et noir dans le premier dessin. Elle ne colorie pas les éléments du dessin. Par contre, elle utilise sept couleurs dans son second dessin : jaune, rouge, bleu, vert, gris, rose et marron.

Elle aussi, dessine sur le bord inférieur de la feuille, ce qui reste normal à son âge. Par contre, elle ferme l'espace par la présence des néons, représentés par deux lourds rectangles jaunes. Ce contraste avec les autres éléments sombres de la pièce nous fait supposer que la petite fille est gênée par les scialytiques pendant les soins.

Le tracé est hésitant, les jambes sont surlignées et la colonne vertébrale a été rayée.

L'absence de mouvement, la quasi-absence de couleur et l'avarice de détail (aucun instrument n'est représenté), dénote d'une anxiété latente. [12]

Le schéma corporel est très enfantin : le patient ne possède pas de bras, le tronc est représenté par un cercle. Comme pour Steve, il s'agit d'une régression infantile provoquée par l'angoisse. [2]

« Le fait que Pauline dessine un point (le nombril) entouré d'un cercle (le ventre) détermine une angoisse viscérale. » explique Mme Emond-Leconte. Le cercle représente le centre, l'affirmation de soi. C'est là que se centre

l'intérêt du dessinateur. En ce qui concerne Pauline, c'est son ventre qui la préoccupe. Le cercle autour du point évoque l'isolement, le repli sur soi.

Cette angoisse est évoquée par l'accumulation de gris : l'ensemble du fauteuil et les meubles du cabinet sont gris. De plus, l'arbre dénudé, rachitique évoque l'isolement, l'abandon. Cependant il s'agit d'une angoisse non reconnue, car l'enfant sur le fauteuil, que l'on peut sans aucun doute assimiler à Pauline, sourit.

Dans la même procédure, le fauteuil encercle la fillette. C'est l'embriquement de ces trois cercles qui traduisent le sentiment d'enfermement que ressent Pauline.

La porte du cabinet est dessinée en marron, couleur qui symbolise l'inhibition, le contrôle de soi et la soumission à la loi. [40] La porte lui dit : « Tu es enfermée, tu ne peux pas te sauver ». De même, les cheveux châtain, alors que Pauline est blonde, insiste sur le fait que c'est elle qui subit cette contrainte.

Là encore, le praticien n'est pas représenté. La chaise vide, suspendue au-dessus de la fillette, plane comme une menace et évoque indirectement le praticien.

Dans son second dessin, la scène se passe à l'extérieur : l'enfant a échappé à la situation d'enfermement. Les fleurs évoquent le désir de gambader et insistent sur le fait que dehors, elle peut se promener et jouir de l'espace disponible. Les nuages sont doubles, symétriques, comme une menace qui plane au-dessus de l'enfant. Mais, bleus sur ciel blanc, ils évoquent l'espoir qui réapparaît. [40]

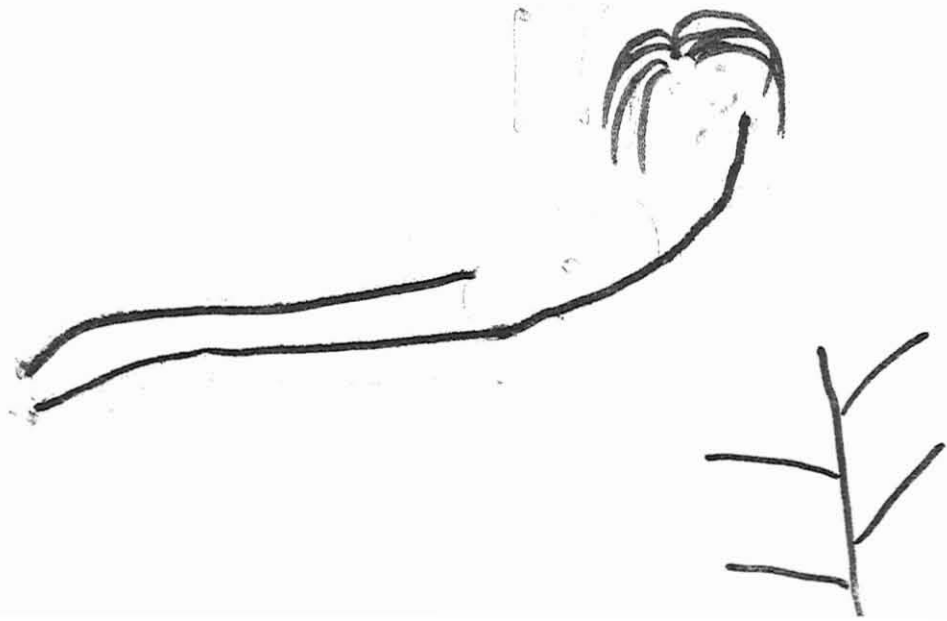
Pauline explique qu' « un voleur a mis une bombe qui explose et qui met le feu à la maison ». Le feu est utilisé pour exprimer des sentiments profonds et forts. La bombe est dessinée en gris et rappelle donc le ventre de la petite fille. Ici, l'enfant libère une agressivité extrêmement marquée, directement établie contre le dentiste. C'est sa manière de lutter contre son angoisse.

Mais elle se décharge de toute culpabilité en commentant : « Moi, je suis chez ma grand-mère, car c'est dimanche. »

3.3.2. Questionnaire (cf. figure 45)

Pauline dit qu'elle aime bien aller chez le dentiste, mais qu'elle a peur d'avoir mal. Elle est aussi assez objective dans ses réponses au questionnaire de Parkin.

Pauline, comme Steve, répond à son angoisse par l'agressivité. Cependant contrairement au garçon, Pauline dirige cette anxiété contre le dentiste et ce, après le soin, comme une vengeance. Steve, lui ne cherchait qu'à se libérer.



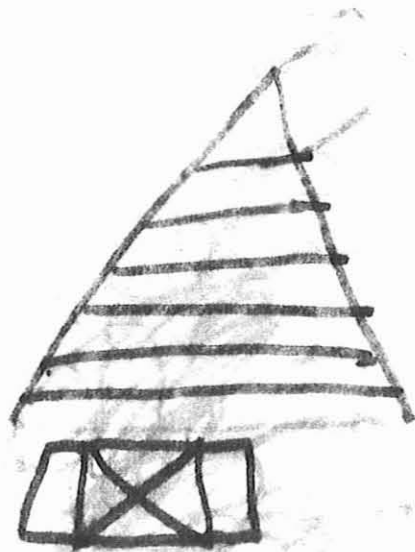
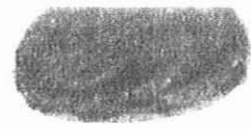


Figure 45 : Questionnaire destiné à l'enfant

Est ce que tu aimes bien aller chez le dentiste ? *OUI*

Ton dentiste :

- a seulement regardé tes dents.
- t'as déjà soigné tes dents.
- t'as déjà endormi une dent.
- t'as enlevé une dent.
- c'est la première fois.

ECHELLE D'ANXIETE DE PARKIN:

1/ Quand les garçons et les filles de ton âge vont chez le dentiste, souvent ils ont peur. C'est normal pour une raison ou une autre. Et toi, quelle est ta propre raison d'avoir peur ?

- a) J'ai peur d'avoir mal
- b) J'ai peur de quelque chose dont m'ont parlé mes parents
- c) J'ai peur parce que je ne connais personne
- d) J'ai peur mais je ne sais pas pourquoi
- e) J'ai peur à cause de ce que racontent mes camarades de classe
- f) Je n'ai pas peur

2/ Comment te sens-tu quand tu te réveilles le matin et que tu te souviens que tu as rendez-vous chez le dentiste aujourd'hui ?

Je ne suis pas inquiet Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur _____ ou j'ai peur

3/ Comment te sens-tu quand tu attends dans la salle d'attente ?

Je ne suis pas inquiet Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur _____ ou j'ai peur

4/ Quand tu es assis dans le fauteuil du dentiste et qu'il prend ses instruments pour regarder tes dents, comment te sens-tu ?

Je ne suis pas inquiet Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur _____ ou j'ai peur

5/ Quand tu es assis dans le fauteuil et que le dentiste va soigner tes dents, comment te sens-tu ?

Je ne suis pas inquiet Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur _____ ou j'ai peur

Figure 46 : Questionnaire destiné aux parents

QUESTIONNAIRE

Prénom : *PAULINE*

Date de naissance : *21/10/1990*

Classe : *CE2*

Situation parentale : *Biparentale*

Profession du père : *Bûcheron*

Profession de la mère : *Fermière*

Attitude des parents vis à vis des soins dentaires : *Le père a eu beaucoup de problèmes dentaires et reste réticent aux soins.*

Age de l'enfant pour sa première visite au cabinet dentaire : *5 ans*

Motif : *Douleur*

Antécédents médicaux de l'enfant : *RAS*

Antécédents d'hospitalisation : *RAS*

Motif : */*

3.4. THIEBAUD : LA CULPABILISATION

Thiébaud est un garçon de 8 ans, qui a déjà été hospitalisé à 3 ans, pour une appendicectomie. Il se rend au cabinet dentaire tous les ans depuis qu'il a 5 ans, pour de simples contrôles. Thiébaud n'a jamais eu de caries et a une très bonne hygiène.

3.4.1. Analyse

Thiébaud a utilisé uniquement le feutre de couleur marron. Ceci donne un aspect sombre au dessin. Le dessin, de taille normale, est effectué au centre de la feuille. Le sol n'y est pas représenté. Le tracé est irrégulier, haché et imprécis. L'enfant est émotif et peu sûr de lui.

Les bras de l'enfant et du dentiste sont levés, en signe de salutation. Mais ils sont situés chacun d'un côté de la porte, l'enfant restant en dehors de la salle de soin. On remarque aussi l'absence de la main gauche du dentiste, ce qui montre le refus de soin. L'enfant mutile le dentiste afin de l'empêcher d'effectuer le traitement.

Le fauteuil est angoissant : dépouillé, rigide et épineux, il n'évoque aucun signe de confort.

La couleur unique brune fixe l'attention sur LE problème de l'enfant : la soumission.

Dans le second dessin, on retrouve les mêmes principes que dans les dessins précédents :

- le dentiste est sadique : il « casse une dent avec l'instrument qui gratte » et sourit.
- la couleur brune envahit encore le dessin et est utilisée, comme pour rappeler que l'enfant n'est pas capable de réagir face à la situation.

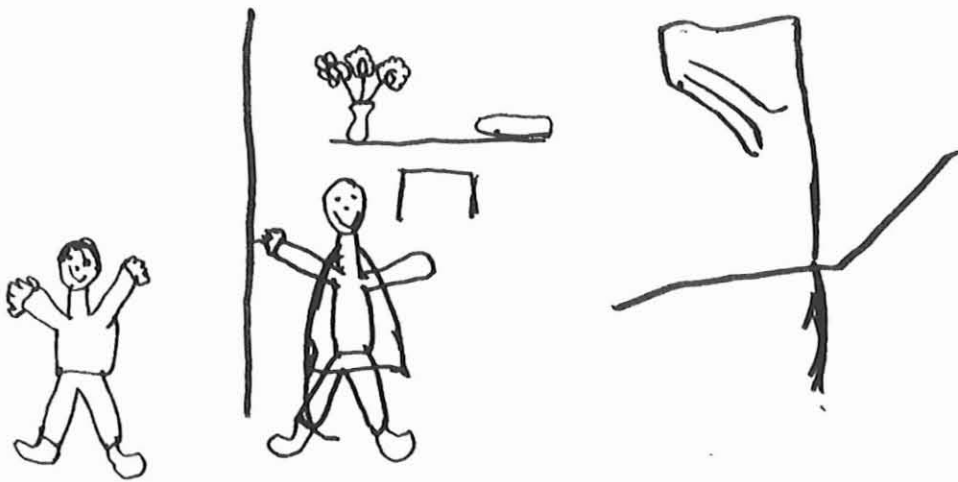
- l'enfant a donné du mouvement dans le bras du dentiste, comme pour souligner l'action, et les bras de l'enfant, en croix, ainsi que ses pieds en extension soulignent la tension qui le gagne.
- les instruments, menaçants, sont suspendus au-dessus de la tête du petit patient.
- Les fleurs sur l'étagère ont été remarquées par l'enfant, et semblent être les seuls éléments doux du cabinet.

L'enfant explique qu' « il a oublié de lever la main » et que c'est pour cette raison que le dentiste a cassé une dent. Dans ce cas, l'enfant se culpabilise et reporte son agressivité contre lui-même. Il se comporte en victime, incapable de réagir.

3.4.2. Questionnaire (voir figure 49)

Thiébaud n'a jamais eu de soin et ne parvient pas à répondre au questionnaire de Parkin. Il n'arrive pas du tout à évaluer son niveau d'anxiété.

Chibaud



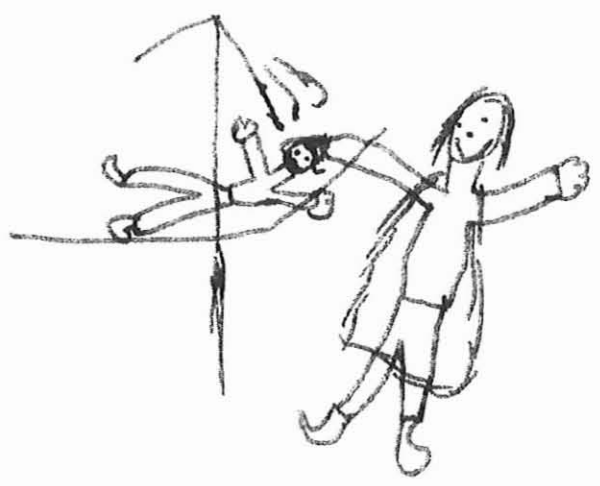
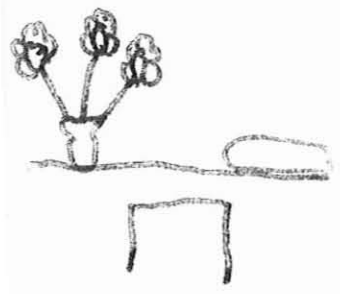


Figure 49 : Questionnaire destiné à l'enfant

Est ce que tu aimes bien aller chez le dentiste ? *Ca dépend.*

Ton dentiste :

- a seulement regardé tes dents.
- t'as déjà soigné tes dents.
- t'as déjà endormi une dent.
- t'as enlevé une dent.
- c'est la première fois.

ECHELLE D'ANXIETE DE PARKIN:

1/ Quand les garçons et les filles de ton âge vont chez le dentiste, souvent ils ont peur. C'est normal pour une raison ou une autre. Et toi, quelle est ta propre raison d'avoir peur ?

- a) J'ai peur d'avoir mal
- b) J'ai peur de quelque chose dont m'ont parlé mes parents
- c) J'ai peur parce que je ne connais personne
- d) J'ai peur mais je ne sais pas pourquoi
- e) J'ai peur à cause de ce que racontent mes camarades de classe
- Je n'ai pas peur

2/ Comment te sens-tu quand tu te réveilles le matin et que tu te souviens que tu as rendez-vous chez le dentiste aujourd'hui ?

Je ne suis pas inquiet Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur ou j'ai peur

3/ Comment te sens-tu quand tu attends dans la salle d'attente ?

Je ne suis pas inquiet Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur ou j'ai peur

4/ Quand tu es assis dans le fauteuil du dentiste et qu'il prend ses instruments pour regarder tes dents, comment te sens-tu ?

Je ne suis pas inquiet Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur ou j'ai peur

5/ Quand tu es assis dans le fauteuil et que le dentiste va soigner tes dents, comment te sens-tu ?

Je ne suis pas inquiet Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur ou j'ai peur

Figure 50 : Questionnaire destiné aux parents

QUESTIONNAIRE

Prénom : *THIEBAUD*

Date de naissance : *06/05/1991*

Classe : *CE1*

Situation parentale : *Biparentale*

Profession du père : *Directeur Adjoint*

Profession de la mère : *Sans Profession*

Attitude des parents vis à vis des soins dentaires : *Pas de problème particulier*

Age de l'enfant pour sa première visite au cabinet dentaire : *5 ans*

Motif : *Contrôle*

Antécédents médicaux de l'enfant : *RAS*

Antécédents d'hospitalisation : *à 18 mois et à 3 ans*

Motif : *(non précisé)*

3.5. MARTIN : LA POSITION DE VICTIME

Martin est âgé de 11 ans, c'est un excellent élève, calme et appliqué. Il est habitué à se rendre chez le dentiste depuis qu'il est tout petit et suit un traitement interceptif pour corriger une endo-alvéolie maxillaire.

3.5.1. Analyse

Martin utilise le crayon de papier de couleur noire. Il refuse d'utiliser les couleurs, pourtant mise à disposition. Il s'agit, là encore d'un refoulement des soins, un refus de livrer ses émotions, celles-ci étant principalement caractérisées par des sentiments de culpabilité et d'angoisse.

L'utilisation de l'espace est régulière et on note la présence de perspective, qui apparaît généralement vers 10-11 ans. Il n'y a donc pas de régression infantile. [34]

Le tracé est repris, surligné et souvent réajusté. C'est d'une part le signe que Martin prête beaucoup d'attention à la précision des détails, qu'il recherche un maximum de ressemblance et de réalisme. D'autre part, Martin est plus âgé, il subit les effets de la scolarisation. Il ne dessine pas ce qu'il ressent ou ce qu'il imagine, mais ce qui existe. C'est à partir de 11-12 ans que le dessin perd son intérêt : l'expression de l'inconscient de l'enfant est bloquée par la recherche du réalisme et de la vérité. Il reste tout de même quelques détails à interpréter :

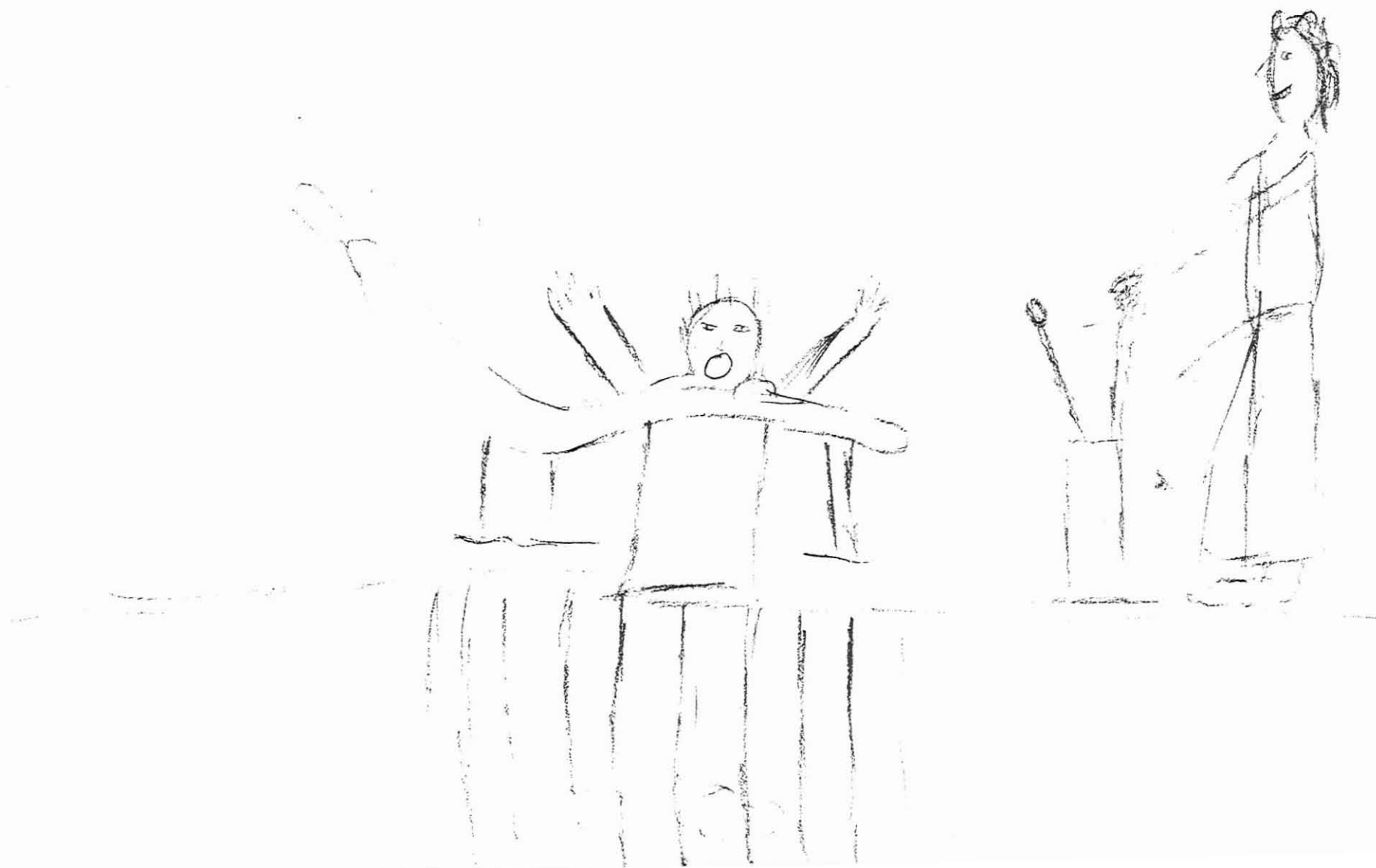
- le dentiste « prépare » un instrument entre ses mains, le mouvement en est bien rendu par la position des mains. On sent là l'imminence du traitement.
- Dans le second dessin, on retrouve les mêmes caractéristiques graphiques : crayon de couleur noir. L'anxiété demeure, même après la fin du soin.

- Le dentiste est une fois de plus vu comme un sadique. « Le dentiste active une manette, il ouvre une trappe qui est sur le fauteuil, et le patient tombe dans une cage. » explique Martin. Il ressent un enfermement dû aux soins dentaires, mais il en exprime directement la cause : c'est le dentiste, qui lui-même, en activant la manette, le condamne à être enfermé. L'enfermement semble provenir, non pas du type de traitement, mais du comportement du dentiste. Les bras levés et la bouche ouverte expriment l'appel au secours du garçon. Cette scène d'enfermement est étroitement liée au fauteuil, lieu du soin dentaire.

Par contre, la relation corporelle avec le dentiste est rompue. Celui-ci n'agit pas à proximité, mais se tient à distance. Martin est un enfant anxieux, qui lui aussi, ressent un enfermement. On retrouve l'expression de l'agressivité dans son dessin, mais cette fois, il s'agit de celle du dentiste : Martin ne parvient pas à exprimer son angoisse et il réagit de façon passive. Totalement inhibé, il ne trouve pas le moyen de se libérer de son anxiété. Contrairement aux autres enfants, qui s'étaient déchargés de leur agressivité et de leur anxiété par l'intermédiaire du dessin, Martin reste le prisonnier de ses émotions.

3.4.2. Questionnaire (voir figure 53)

Martin répond honnêtement au questionnaire de Parkin : il avoue avoir peur d'avoir mal et il appréhende la visite chez le dentiste, puisque au réveil, il place sa croix sur le niveau 4. Dans la salle d'attente, sa peur augmente encore, elle se situe au niveau 6. L'apothéose de son anxiété correspond au moment où le dentiste examine ses dents (niveau 7). Par contre, le soin proprement dit semble moins l'effrayer (niveau 4).



Martin

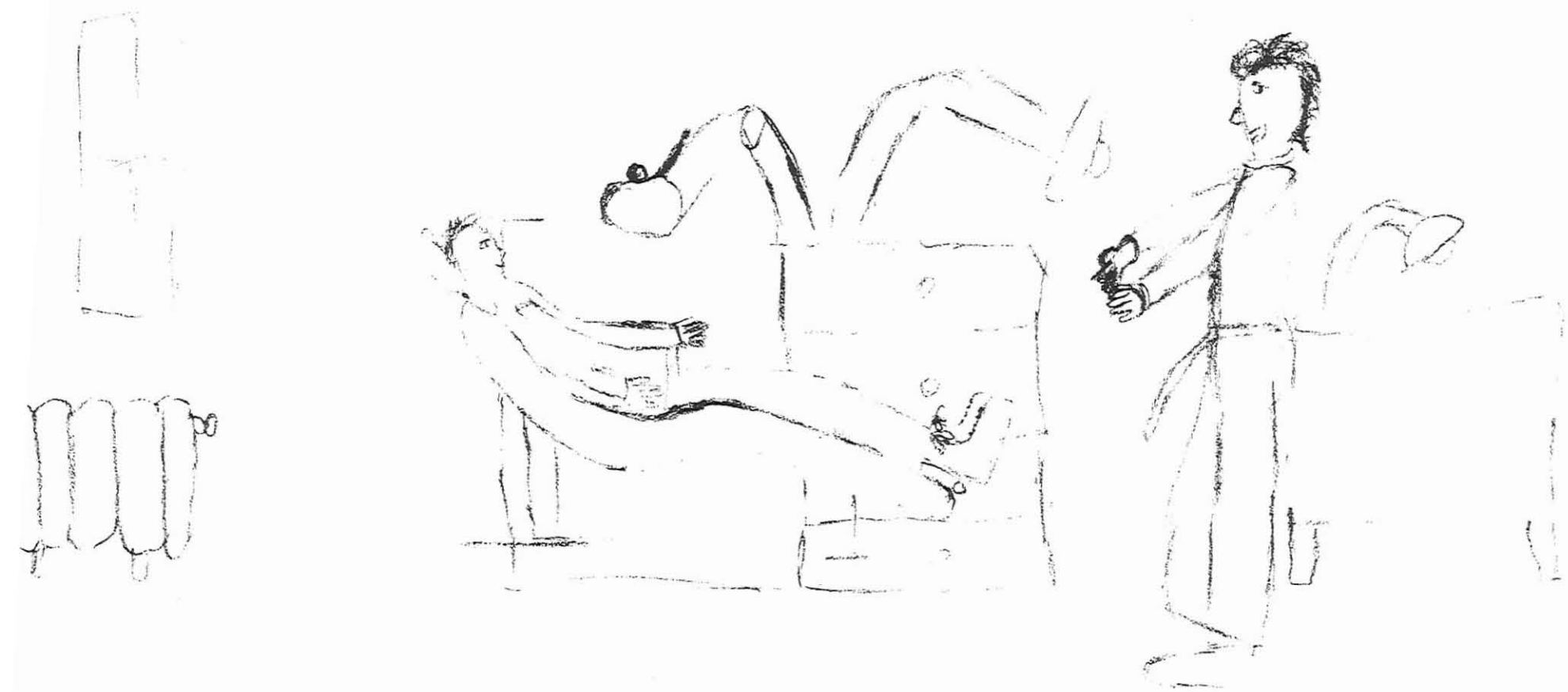


Figure 53 : Questionnaire destiné à l'enfant

Est ce que tu aimes bien aller chez le dentiste ? *Oui*

Ton dentiste :

- a seulement regardé tes dents.
- t'as déjà soigné tes dents.
- t'as déjà endormi une dent.
- t'as enlevé une dent.
- c'est la première fois.

ECHELLE D'ANXIETE DE PARKIN:

1/ Quand les garçons et les filles de ton âge vont chez le dentiste, souvent ils ont peur. C'est normal pour une raison ou une autre. Et toi, quelle est ta propre raison d'avoir peur ?

- J'ai peur d'avoir mal
- b) J'ai peur de quelque chose dont m'ont parlé mes parents
- c) J'ai peur parce que je ne connais personne
- d) J'ai peur mais je ne sais pas pourquoi
- e) J'ai peur à cause de ce que racontent mes camarades de classe
- f) Je n'ai pas peur

2/ Comment te sens-tu quand tu te réveilles le matin et que tu te souviens que tu as rendez-vous chez le dentiste aujourd'hui ?

Je ne suis pas inquiet Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur _____,ou j'ai peur

3/ Comment te sens-tu quand tu attends dans la salle d'attente ?

Je ne suis pas inquiet Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur _____,ou j'ai peur

4/ Quand tu es assis dans le fauteuil du dentiste et qu'il prend ses instruments pour regarder tes dents, comment te sens-tu ?

Je ne suis pas inquiet Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur _____,ou j'ai peur

5/ Quand tu es assis dans le fauteuil et que le dentiste va soigner tes dents, comment te sens-tu ?

Je ne suis pas inquiet Je suis inquiet
Ou je n'ai pas peur _____,ou j'ai peur

Figure 54 : Questionnaire destiné aux parents

QUESTIONNAIRE

Prénom : *MARTIN*

Date de naissance : *18/04/1988*

Classe : *CM2*

Situation parentale : *Biparentale*

Profession du père : *Formateur*

Profession de la mère : *Conseillère d'éducation*

Attitude des parents vis à vis des soins dentaires : *Mauvais souvenirs pendant l'enfance, traitements réguliers.*

Age de l'enfant pour sa première visite au cabinet dentaire : *5 ans*

Motif : *Contrôle*

Antécédents médicaux de l'enfant : *RAS*

Antécédents d'hospitalisation : *Non*

Motif : */*

4. DISCUSSION

On devra toujours tenir compte tout autant de l'aspect qualitatif que de l'aspect quantitatif des données retenues. Le praticien se méfiera de ce qui pourrait être la projection de ses propres affects, avec le risque d'exagérer dans un sens. Il faut se garder d'extrapoler de façon fantaisiste et conserver beaucoup de prudence dans les conclusions, en se maintenant plutôt en deçà, qu'au-delà, de ses hypothèses.

Pour trancher des hésitations, il faut se reporter au commentaire du sujet à propos de son dessin, ainsi qu'aux autres dessins réalisés conjointement ou antérieurement. C'est là que notre étude pose ses limites. Nous nous fondons seulement sur l'interprétation d'un dessin. L'enfant peut avoir été perturbé par un événement marquant vécu quelques heures avant notre rendez-vous, à l'école ou à la maison (mauvaise note, dispute...). De plus, le milieu socioculturel, le contexte familial vont avoir une influence sur le dessin de l'enfant. Il nous est donc difficile d'établir des conclusions définitives. Nous nous restreindrons à observer dans quelles mesures l'anxiété est reflétée dans le dessin, en supposant qu'elle ait été déclenchée par la visite dentaire ; mais sans oublier qu'elle peut avoir une toute autre origine, ou qu'elle est susceptible d'être intensifiée par une histoire adjacente.

Le fait d'imposer le thème du dessin à l'enfant limite la panoplie de symboles qu'il est possible de rencontrer. Cependant, le second dessin laisse libre cours à l'imagination et au choix de l'univers à l'enfant. Ceci permet donc de retrouver certains objets à forte valeur narrative que l'enfant ne pouvait exploiter dans le premier dessin.

D'autre part, les objets figurant dans le cabinet dentaire ne sont pas, a priori, des objets que l'enfant dessine spontanément. Il ne s'est donc pas entraîné. Plusieurs enfants, surpris par notre requête, ont d'abord refusé, prétextant qu'ils ne savaient pas dessiner les instruments du dentiste. C'est ce

que Luquet nomme le stade de « *l'intention représentative intellectuelle* » (cf. p. 22) Il a fallu leur expliquer qu'il ne s'agissait pas de reproduire avec exactitude chaque élément du cabinet, mais d'exprimer leurs souvenirs et leur expérience par le dessin. L'entretien oral final qui consistait à écouter le récit et les explications à propos du dessin, permettait en outre, d'identifier certains objets irréels ou insolites. Certains enfants ont d'ailleurs résolu le problème en dessinant uniquement la salle d'attente. La question se pose alors : doit-on interpréter comme un refus des soins dentaires ou simplement une échappatoire à un dessin qu'il ne sait pas faire ? C'est là toute l'ambiguïté de l'interprétation des dessins et c'est pourquoi il est parfaitement indispensable de connaître l'évolution des capacités graphiques afin de pouvoir situer l'enfant par rapport à ce qu'il est capable de faire d'un point de vue moteur, mais aussi d'un point de vue intellectuel. Quelle signification représentative l'enfant est-il capable de fournir à son geste graphique ?

Bien entendu, toutes ces interprétations émanant de l'étude du dessin seront confrontées à des données extérieures, et en priorité aux faits réels, à l'anamnèse, aux événements passés et récents de la vie de l'enfant, et on n'oubliera pas que la plupart des choix sont « surdéterminés », prenant racine dans la réalité des faits, et dans la multitude de leur symbolisme.

Il convient aussi de confronter les résultats obtenus à partir du dessin avec ceux des autres épreuves, en vue d'apports mutuels de leur signification. Nous avons comparé les dessins au questionnaire de Parkin. Cependant il aurait fallu étendre les recherches en utilisant plusieurs tests projectifs, tel que le Children's Dental Picture Test ou le Venham Picture Test.

On retrouve énormément d'angoisse dans l'ensemble des dessins, que ce soit avant ou après le soin. Bien que ces enfants n'aient pas posé de problèmes majeurs au cours des soins, leurs dessins sont marqués par l'anxiété. Le plus

surprenant est l'absence de soulagement ressenti après le soin. Les enfants ne semblent pas soulagés, mais au contraire ressassent leur angoisse et leur agressivité.

Les réactions les plus fréquentes sont l'agressivité et la culpabilité.

Le dentiste, dans tous les cas, est considéré comme un être sadique. A cela, l'enfant réagit de deux manières :

Soit l'enfant reste enfermé et victime, et ne cherche pas à réagir par rapport à la situation, soit il se donne la possibilité d'agir, éclate et se venge. Dans certains cas, l'enfant-victime, va jusqu'à se culpabiliser.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les enfants les plus angoissés sont les enfants prépubertaires, âgés de 9-10 ans. L'acte de soin réveille, chez les moins âgés, la relation corporelle privilégiée partagée avec la maman au cours de la petite enfance, lors de la toilette, surtout chez le très jeune enfant et lorsque le praticien est une femme.

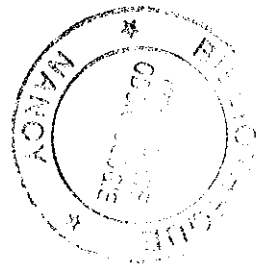
« Jusqu'à 7 ou 8 ans, l'enfant est en plein « stade magique », précise Mme Emond-Lecomte, « il connaît la réalité mais la transforme, et il est sensible au décor, aux couleurs et à l'ambiance générale du cabinet. Si le lieu le rassure, l'enfant transpose cette situation dans une légende et se raconte sa propre histoire. »

A 9 ans, l'enfant passe le cap de la pensée. Il a une représentation plus réaliste. Il perd son intérêt pour le décor, mais est dominé par la peur de la douleur et de l'enfermement. C'est au cours de ce stade prépubère que va resurgir le complexe de castration.

Ceci explique la majorité de dessins marqués par l'angoisse des enfants de cet âge.

Les plus jeunes ont souvent un comportement plus timide, une méfiance de l'inconnu, mais sont moins traumatisés par cette expérience. Les plus âgés, eux, intègrent l'événement à leur vécu, il peut faire resurgir d'autres souvenirs

plus ou moins agréables. Leur rapport au soin est d'autant plus compliqué que s'y mêlent complexe de castration et peur de la douleur.



CONCLUSION

Non seulement notre étude a permis de mettre en évidence l'anxiété des enfants au cabinet dentaire à partir de leurs dessins, mais elle montre aussi de quelle manière ils réagissent à cette anxiété.

Grâce au dessin, nous avons réussi à évaluer l'anxiété ressentie par les enfants en situation de soins alors que les questionnaires d'auto-évaluation ne permettaient pas de montrer cette anxiété. Les enfants n'ont pas laissé leur inconscient s'exprimer lors des réponses au questionnaire de Parkin et leur comportement sociable, le plus souvent, ne laissait pas supposer une telle anxiété.

L'intérêt du dessin, en tant que méthode d'auto-évaluation de l'anxiété est donc indéniable.

Pour lutter contre cette anxiété omniprésente, le praticien doit absolument améliorer sa relation avec son petit patient. Il doit instaurer un véritable dialogue, ainsi qu'une réelle connaissance de l'autre.

Outre son utilité narrative et projective, le dessin présente quatre avantages complémentaires :

- Tout praticien doit mettre en œuvre les moyens de mieux comprendre son patient, établir cette *intimité du dialogue*. Dans le cas particulier de l'enfant anxieux, nous avons éprouvé l'efficacité de cette prise de contact. L'enfant apprécie l'intérêt que semble porter le praticien envers ses sentiments et ses craintes. Le dentiste devient une personne et non plus seulement « le docteur des dents ».

- L'enfant qui accepte de donner son dessin sait inconsciemment qu'il a donné quelque chose de lui-même. De ce fait, il se trouve en *situation d'échange*.
- Il faut noter *l'effet sédatif* qu'offre cette technique. L'interprétation s'avère souvent difficile, mais même en aveugle elle sert d'introduction aux jeux et aux rythmes qui vont tempérer l'effet désagréable de notre intervention sur le fauteuil dentaire. De plus, le dessin semble être un parfait exutoire aux peurs et phobies de l'enfant. Lorsqu'il s'est exprimé à travers le dessin, son agressivité a été projetée dans l'univers du dessin et il semblerait que l'enfant soit plus enclin à recevoir les soins, parce qu'il est comme libéré de son anxiété.
- Dernière raison et non des moindres : dessiner permet à notre jeune patient de *ne pas s'agiter* dans la salle d'attente et ce pour le plus grand repos des personnes accompagnatrices, entourage dont l'état d'agacement influe grandement sur celui de l'enfant. L'enfant ne trouve pas le temps long et dessiner lui permet d'oublier un moment qu'il est chez le dentiste.

C'est pour l'ensemble de ces raisons que le dessin devrait être employé par les praticiens dans leur pratique courante.

BIBLIOGRAPHIE

- 1. AARTMAN I., EVERDINGEN T., HOOGSTRATEN J., SCHUURS A.**
Self-report measurements of dental anxiety and fear in children : A critical assessment.
J. Dent. Chil
- 2. ABRAHAM A.**
Le dessin d'une personne. Le test de Machover.
Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1963, 219 p.
d.,1998, 6
- 3. ABRAHAM A.**
Les identification de l'enfant à travers son dessin.
Toulouse : Privat, 1976, pp 167-182.
: 252-258.
- 4. AEPPLI E.**
Les rêves et leur interprétation.
Paris : Payot, 1991, 307 p.
- 5. ALWIN N.P., MURRAY J.J., BRITTON P.G.**
An assessment of a dental anxiety in children.
Br. Dent. J., 1991, 171 : 201-207.
- 6. ANASTASIO D., GERARD E., OSSWALD J.M., NANTY J.**
Les soins dentaires chez l'enfant : approche psychologique.
Actual. Odonto.-Stomatol., 1991, 176 : 581-588.
- 7. BEL-AIR M.A.**
Les difficultés du chirurgien-dentiste devant les angoisses et phobies de l'enfant.
Rev. Odonto.-Stomatol., 1981, 10 : 247-252.

8. BERARD R.

Approche clinique de l'enfant en odonto-stomatologie.

Paris : Prélat, 1980, pp. 3-17.

9. BOURASSA M.

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

Paris : Frison-Roche, 1943, 421 p.

10. CORAH N.L.

Development of a Dental Anxiety Scale.

J. Dent. Res., 1969, 48 : 77-78.

11. CORKEY B. , FREEMAN R.

Predictors of dental anxiety in six-year-old children: findings from a pilot study.

J. Dent. Child., J

12. DAVIDO R.

Le langage du dessin d'enfant.

Paris : Presses de la Renaissance, 1976, 261 p.

uly-Aug. 1994, pp. 267-269.

13. DELDIME R. , VERMEULEN S.

Le développement psychologique de l'enfant.

Paris : De Boeck, 1997, 241 p.

14. DOUAL A.

Le praticien et l'enfant.

Rev. Odonto-Stomatol., 1981, 10 : 253-256.

15. EICHENBAUM W. , DUNN N.

Projective drawings by Children under repeated dental stress.

J. Dent. Child., May-June 1971, pp. 164-174.

16. ENGLE P., SUPPES J.S.

The Relation Between Human Figure Drawing and Test Anxiety in Children.

S. Projec. Tech., 1970, 34 : 223-231.

17. FENLON W.L., DOBBS A.R., CURZON M.E.J.

Parental presence during treatment of the child patient : a study with British parents.

Br. Dent. J., 1993, 174 : 23-28.

18. FOURNIER-CHARRIERE E., DOMMERGUES J.P.

Evaluer la douleur au quotidien.

In : La douleur de l'enfant. De la clinique à la thérapie/ ed. par Annie GAUVAIN-PIQUARD, Paris : Théraplix, 1995, pp 12-19.

19. FREUD A.

Le normal et le pathologique chez l'enfant. Estimation du développement.

Paris : Gallimard, 1968, 288 p.

20. FREUD S.

Trois essais sur la sexualité.

Paris : Ed Gallim

21. GAUVAIN-PIQUARD A.

Evaluation de la douleur chez l'enfant.

Ann. Pediatr., 1995, 42 : 77-83.

ard, 1923, 186 p.

22. GAUVAIN-PIQUARD A., MEIGNIER M.

La douleur chez l'enfant.

Paris : Calmann-Levy, 1993, 261 p.

23. GOLDBERG M.

Anxiété et soins dentaires chez l'enfant.

Rev. Odonto-stomatol., 1972, 19, n°1, pp. 67-72.

24. GOLDBERG M.

La bouche et la dent: images et symbolique.

Rev. Fr. Odonto-stomatol., 1969, 16, n°7, pp. 943-952.

25. GUELFJ J.D.

Anxiété et angoisse : clinique et généralités thérapeutiques.

Actual. Odonto-stomatol., 1983, 144 : 649-657.

26. HAYNAL A., PASINI W.

Manuel de psychologie odontologique.

Paris : Masson, 1992, 166p.

27. HORST G. , WIT C.A.

Review of behavioural research in -dentistry 1987-1992: dental anxiety, dentist-patient relationship, compliance and dental attendance.

International Dent. Journal, 1993, 43, pp. 265-278.

28. KLINGBERG G., HWANG C.P.

Children's Dental Fear Picture Test (CDFP) : a projective test for the assessment of child dental fear.

J. Dent. Child., 1994, 61 : 89-96.

29. KLINGBERG G., LOFQVIST L.V., HWANG C.P.

Validity of the Children's Dental Fear Picture test (CDFP).

Eur. J. Oral Sci., 1995, 103 : 55-60.

30. LIDDELL A.

Personality characteristics versus medical and dental experiences of dentally anxious children.

J. Behav. Med., 1990, 13 : 183-194.

31. LUQUET G.H.

Le dessin enfantin.

Paris : Alcan, 1935, 154 p.

32. MINGUET S., LAFFORGUE J.PH.

Psychologie.

J. Odontol. Stomatol. Pediatr., 1995, 5 : 87-92.

33. MURRAY P., LIDDELL A., DONOHUE J.

A Longitudinal Study of the Contribution of Dental Experience to Dental Anxiety in Children Between 9 and 12 Years of Age.

J. Behav. Med., 1989, 12 : 309-32

34. OSTERRIETH P.A.

L'étude du dessin enfantin.

in : Traité de psychologie de l'enfant/ ed. par GRATIOT-ALPHANDERY A., ZAZZO R., 6, Paris : P.U.F., 1976, 206 p.

35. PARKIN S.F.

Assessment of the clinical validity of a simple scale for rating children's dental anxiety.

J. Dent. Child., Jan.-Febr. 1989, pp. 40-43.

36. PIAGET J.

Le jugement et le raisonnement chez l'enfant.

Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1946, 267 p.

37. ROLLAND C.

Douleur et anxiété en odontologie pédiatrique, évaluation et prise en charge actuelle.

Th. : Chir. Dent. : Nancy 1 : 1998 ; 44.

38. ROUSSEL P.

Dis l'enfant, dessine moi un dentiste! – 307 p.

Th. : Chir. Dent. : Reims : 1995 ; 15.

39. ROUZE E.

Le chirurgien dentiste vu à travers leurs dessins. - 147 p.

Thèse : Chir. Dent. : Lille, 1993 ; 56.

40. ROYER J.

Que nous disent les dessins d'enfant ?

Marseille : Hommes et Perspectives, 1995, 316 p.

41. RUEL-KELLERMANN M.

Qu'est-ce qui fait le plus mal ? La dent ou le dentiste ?

J. Odonto-Stomatol. Ped., 1992, 2 : 7-14.

42. SONNENBERG E. , VENHAM L.

Human figure drawings as a measure of the child's response to dental visits.

J. Dent. Child., Nov.-Dec. 1977, pp. 438-442.

43. THERY-HUGLY M.C.

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

Real. Clin., 1995, pp. 279-292.

44. WALLON H.

L'évolution psychologique de l'enfant.

Paris : Colin, 1968, 191 p.

45. WILDOCHER D.

L'interprétation des dessins d'enfant.

Bruxelles : Mardaga, 1975, 266 p.

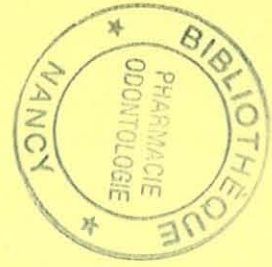


TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : RAPPELS DE PSYCHOLOGIE	4
1. LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT	5
1.1. <i>De la conception à la naissance</i>	5
1.2. <i>L'enfant de 0 à 3 ans</i>	6
1.3. <i>L'enfant de 3 à 6 ans</i>	15
1.4. <i>L'enfant de 6 à 12 ans</i>	24
1.5. <i>L'adolescent</i>	32
1.6. <i>Conclusion</i>	33
2. L'ENFANT ET LES SOINS DENTAIREs	34
2.1. <i>Le symbolisme de la sphère oro-faciale</i>	34
2.2. <i>Anxiété</i>	39
2.3. <i>La douleur</i>	47
2.4. <i>La relation enfant-praticien</i>	51
DEUXIEME PARTIE : METHODES D'EVALUATION DE L'ANXIETE.....	54
1. LES QUESTIONNAIRES D'AUTO-EVALUATION	57
1.1. <i>Corah's Dental Anxiety Scale (CDAS)</i>	57
1.2. <i>Child's Dental Anxiety Scale</i>	58
1.3. <i>State trait anxiety inventory for children (STAI)</i>	59
1.4. <i>Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale (CFSS-DS)</i>	63
2. LES TECHNIQUES PROJECTIVES.....	65
2.1. <i>Venham Picture Test (VPT)</i>	65
2.2. <i>Le Test du Bonhomme</i>	66
2.3. <i>Etude d'Eichenbaum</i>	71
2.4. <i>La théorie de l'étirement de Goldberg [24]</i>	74
2.5. <i>Le Children's Dental Fear Picture Test (CDFP)</i>	79
2.6. <i>Etude de Ruel-Kellermann [39]</i>	83

3.	UNE TECHNIQUE MIXTE : ETUDE D'ALWIN, MURRAY ET BRITTON [33]	87
TROISIEME PARTIE : INTERPRETATION DES DESSINS		89
1.	BUT DE L'INTERPRÉTATION	91
2.	DESCRIPTION DU PROTOCOLE.....	93
3.	ANALYSE DES CINQ DESSINS.....	98
3.1.	<i>Marie : l'anxiété justifiée</i>	<i>98</i>
3.2.	<i>Steve : L'essai de libération par l'agressivité.....</i>	<i>107</i>
3.3.	<i>Pauline : l'angoisse viscérale.....</i>	<i>115</i>
3.4.	<i>Thiébaud : la culpabilisation.....</i>	<i>122</i>
3.5.	<i>Martin : la position de victime.....</i>	<i>128</i>
4.	DISCUSSION	130
CONCLUSION.....		138

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Jury : Président : J.P. LOUIS – Professeur des Universités
 Juges A. FONTAINE – Professeur de 1^{er} Grade
 D. DESPREZ-DROZ – Maître de Conférences des Universités
 P. EDMOND LECONTE – Psychologue

THESE POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée par: **Mademoiselle FOURNEL Eléonore**

né (e) à: **BESANCON (25)**

le **04 octobre 1975**

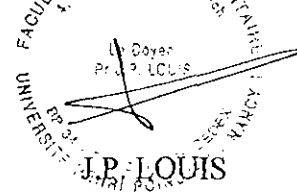
et ayant pour titre : **«L'anxiété de l'enfant au cabinet dentaire : évaluation par le dessin.»**

Le Président du jury,



J.P. LOUIS

Le Doyen,
de la Faculté de Chirurgie Dentaire



Autorise à soutenir et imprimer la thèse

NANCY, le 22 décembre 1977 n° 676

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1



FOURNEL (Eléonore) – L'anxiété de l'enfant au cabinet dentaire : évaluation par le dessin. / par Eléonore FOURNEL

Eléonore FOURNEL-

Nancy, 2000. - 139 f. : ill. ; 30 cm

Th. : Chir.-Dent. : Nancy 1 : 2000

MOTS CLES : Anxiété
Enfant
Odontologie Pédiatrique
Psychologie
Dessin

FOURNEL (Eléonore) – L'anxiété de l'enfant au cabinet dentaire : évaluation par le dessin.

Th. : Chir. Dent. : Nancy 1 : 2000

A travers l'étude des dessins d'enfants âgés de 6 à 12 ans, nous nous sommes proposée d'évaluer l'anxiété ressentie au cours des soins dentaires et de connaître leur manière d'y réagir.

Dans un premier temps, nous avons rappelé le développement psychologique de l'enfant ainsi que ses rapports avec les soins dentaires.

La seconde partie de notre étude est consacrée aux différentes techniques d'auto-évaluation de l'anxiété chez l'enfant.

Enfin, nous avons interprété 5 dessins d'enfants, afin d'établir dans quelle mesure l'anxiété apparaît dans leurs dessins et de comparer cette analyse à un questionnaire d'auto-évaluation rempli par les enfants.

Leur second dessin, effectué après le soin, a contribué à comprendre par quels moyens l'enfant combat, refoule ou se libère de son anxiété.

JURY :

M.	J.P. LOUIS	Professeur des Universités	Président
M.	A. FONTAINE	Professeur 1er Grade	Juge
Mme	<u>DESPREZ-DROZ</u>	<u>Maître de Conférences</u>	<u>Juge</u>
Mme	M.F. EMOND-LECOMTE	Docteur en Psychologie	Juge

Adresse de l'auteur : Eléonore FOURNEL – 13 boulevard du Recteur Senn – 54000 NANCY

FOURNEL (Eléonore) – L'anxiété de l'enfant au cabinet dentaire : évaluation par le dessin. / par Eléonore FOURNEL

Eléonore FOURNEL-

Nancy, 2000. - 139 f. : ill. ; 30 cm

Th. : Chir.-Dent. : Nancy 1 : 2000

MOTS CLES : Anxiété
Enfant
Odontologie Pédiatrique
Psychologie
Dessin

FOURNEL (Eléonore) – L'anxiété de l'enfant au cabinet dentaire : évaluation par le dessin.

Th. - Chir. Dent. : Nancy 1 : 2000

A travers l'étude des dessins d'enfants âgés de 6 à 12 ans, nous nous sommes proposée d'évaluer l'anxiété ressentie au cours des soins dentaires et de connaître leur manière d'y réagir.

Dans un premier temps, nous avons rappelé le développement psychologique de l'enfant ainsi que ses rapports avec les soins dentaires.

La seconde partie de notre étude est consacrée aux différentes techniques d'auto-évaluation de l'anxiété chez l'enfant.

Enfin, nous avons interprété 5 dessins d'enfants, afin d'établir dans quelle mesure l'anxiété apparaît dans leurs dessins et de comparer cette analyse à un questionnaire d'auto-évaluation rempli par les enfants.

Leur second dessin, effectué après le soin, a contribué à comprendre par quels moyens l'enfant combat, refoule ou se libère de son anxiété.

JURY :

M.	J.P. LOUIS	Professeur des Universités	Président
M.	A. FONTAINE	Professeur 1er Grade	Juge
Mme	DESPREZ-DROZ	Maître de Conférences	Juge
Mme	M.F. EMOND-LECOMTE	Docteur en Psychologie	Juge

Adresse de l'auteur : Eléonore FOURNEL – 13 boulevard du Recteur Senn – 54000 NANCY