



HAL
open science

Prise en charge non pharmacologique de l'enfant en refus de soins en odontologie

Marion Panek

► **To cite this version:**

Marion Panek. Prise en charge non pharmacologique de l'enfant en refus de soins en odontologie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2009. hal-01734123

HAL Id: hal-01734123

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734123v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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

Année 2009

N° 3138

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN

CHIRURGIE DENTAIRE

par

Marion PANEK

Née le 5 Mai 1983 à Nancy (54)

**PRISE EN CHARGE NON PHARMACOLOGIQUE
DE L'ENFANT EN REFUS DE SOINS EN ODONTOLOGIE**

Présentée et soutenue publiquement le 08 Décembre 2009

Examineurs de la thèse :

Monsieur J.P. LOUIS

Madame D. DESPREZ-DROZ

Monsieur D. ANASTASIO

Monsieur A. SABATIER

Professeur des Universités

Maître de Conférences

Praticien Hospitalier

Assistant hospitalier universitaire

Président

Juge

Juge

Juge



Président : Professeur J.P. FINANCE

Doyen : Docteur Pierre BRAVETTI

Vice-Doyens : Pr. Pascal AMBROSINI - Dr. Jean-Marc MARTRETTE

Membres Honoraires : Dr. L. BABEL - Pr. S. DURIVAUX - Pr. G. JACQUART - Pr. D. ROZENCWEIG - Pr. M. VIVIER

Doyen Honoraire : Pr. J. VADOT

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique	Mme M. M. Mlle M.	<u>DROZ Dominique (Desprez)</u> PREVOST Jacques BOCQUEL Julien PHULPIN Bérengère SABATIER Antoine	Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme M. Mlle M.	<u>FILLEUL Marie Pierryle</u> BOLENDER Yves PY Catherine REDON Nicolas	Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	M. M. Mme	<i>Par intérim</i> <u>ARTIS Jean Paul</u> CELEBI Sahhüseyin JANTZEN-OSSOLA Caroline	Professeur 1 ^{er} grade Assistant Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. Mme M. M. Mme M.	<u>AMBROSINI Pascal</u> BOUTELLIEZ Catherine (Bisson) MILLER Neal PENAUD Jacques BACHERT Martine GALLINA Sébastien	Professeur des Universités* 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 Mlle	<u>BRAVETTI Pierre</u> ARTIS Jean-Paul VIENNET Daniel WANG Christian BALLY Julien LE Audrey SOURDOT Alexandra	Maître de Conférences Professeur 1 ^{er} grade* Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant Assistant Assistante
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Généétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M. Mlle	<u>WESTPHAL Alain</u> MARTRETTE Jean-Marc ERBRECH Aude	Maître de Conférences* Maître de Conférences* Assistante Associée au 01/10/2007
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M.	<u>ENGELS-DEUTSCH Marc</u> AMORY Christophe MORTIER Eric CUNY Pierre HESS Stéphane	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. M. M. M. Mlle M. Mlle M.	<u>SCHOVER Jacques</u> LOUIS Jean-Paul ARCHIEN Claude DE MARCH Pascal BARONE Serge BEMER Julie Recrutement en cours MONDON Hélène SIMON Franck	Maître de Conférences Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Assistante Assistant Assistant Assistant
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle M. Mme M. Mme	<u>STRAZIELLE Catherine</u> RAPIN Christophe (mono-appartenant) MOBY Vanessa (Stutzmann) SALOMON Jean-Pierre JAVELOT Cécile (Jacquelin)	Professeur des Universités* Professeur des Universités Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Associée au 01/01/2009

souligné : responsable de la sous-section

*temps plein

Mis à jour le 01.09.2009

*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
leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jean-Paul LOUIS

Officier des Palmes Académiques
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur d'Etat en Odontologie
Professeur des Universités
Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire
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 très touchée par la confiance, la disponibilité et les conseils que vous nous avez accordés tout au long de nos études.

Veillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE DIRECTRICE DE THESE

Madame le Docteur Dominique DESPREZ-DROZ

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Henri Poincaré- Nancy I
Maître de Conférences des Universités
Responsable de la Sous-section : Pédiodontie

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de co-diriger et de juger cette thèse.

Nous vous remercions pour la gentillesse et la patience que vous avez manifestées à notre égard, en particulier lors de notre stage de 6^{ème} année ou de nos enseignements optionnels.

Que ce travail soit pour vous la preuve de la reconnaissance et de la sympathie que nous vous témoignons.

A NOTRE CODIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Daniel ANASTASIO

Docteur en Chirurgie Dentaire
Praticien Hospitalier
Odontologiste des Hôpitaux
Responsable de l'Unité Fonctionnelle de Thionville
Département d'Odontologie du CHR de Metz-Thionville

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

Vous avez su nous laisser la liberté nécessaire à l'accomplissement de nos travaux, tout en y gardant un œil critique et avisé.

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

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Antoine SABATIER

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistant hospitalier universitaire
Sous-section : Pédodontie

Nous apprécions l'honneur que vous nous faites en participant à notre jury de thèse.

Nous avons été sensible à l'accueil, aux conseils et aux encouragements que vous nous avez réservés lors de notre passage à Brabois Enfant.

Soyez assuré de notre sincère gratitude et de notre sympathie.

A mes parents, vous avez toujours cru en moi. Merci Maman de m'avoir transmis le goût des petites graines. Merci Papa pour ton indéfectible patience. Cette thèse est pour vous, pour vous dire tout mon amour.

A mon frère, sans qui la photo de Noël sur les escaliers ne serait plus tout à fait la même. Je te souhaite d'être heureux avec Fanny... et Crapule.

A ma sœur, on n'aura jamais vraiment réussi à être sur le même continent bien longtemps... J'envie tous tes voyages et toutes tes rencontres. Je te souhaite de te construire un avenir digne de ce camaïeu de vie étudiante.

A mes grands parents, je n'oublierai jamais les midis à Pilviteuil. J'ai passé les plus merveilleux étés d'enfance avec les cousins dans votre jardin.

A la tribu Polmard, mes souvenirs à vos côtés sont parmi les plus heureux que j'ai. Vous avez fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Merci.

Merci Jérôme et Pierre Paul pour votre hospitalité sans faille. Merci Chantal et Zou pour mes Saint Nicolas d'enfance. Merci Fabienne et Vincent pour ces voyages ensemble et pour avoir toujours répondu à mes appels à « SOS, Dentiste débutante ». Merci Pascale pour ces superbes soirées en compagnie de la Foliole. Merci Marie Line et Christophe pour mes étés dans le Périgord. Merci Capu, Lucie, Augustine et Gilles pour mes escapades toujours réussies à Paris. Merci Matild* d'avoir été notre guide perso en NZ : Whanau rocks !!! Merci Antoine et Robin pour ces Noël à BLD.

Je peux vous dire que beaucoup m'envie mon clan.

A la famille Robin, vous êtes ma seconde famille. Véronique, ma MdeC, je souris encore à l'idée de cet après midi devant nos Perles de Lait Citron. Guillaume, je nous revois traverser les années scolaires ensemble ; tu auras été mon « frère jumeau » idéal. Justine et Arthur, j'envie vos études qui vous donnent l'opportunité de voyager aux quatre coins du monde et j'adore savoir que vous m'accueillerez à bras ouverts où que votre futur vous porte. Nicolas, Alexandre, Solène et Albertine, vous m'avez toujours considérée comme l'une des vôtres.

A Edith H., pour nos petits thés et nos grandes conversations de fin d'après midi.

A la famille Panek, merci pour tous les bons moments passés ensemble pendant les repas de famille et pendant les retrouvailles de Janvier à BLD.

A l'équipe des 5 rescapées des GdF, vous êtes comme des sœurs pour moi et c'est avec vous que j'ai fait mes plus grosses bêtises (la liane en camp, les soirées couvent/boîte de nuit ou Vavincourt). Merci d'être encore là aujourd'hui. Anne Laure j'espère que ta carrière de working girl va exploser (et si possible très loin de BLD...). Ségo, je te souhaite beaucoup de bonheur dans ta nouvelle vie de jeune active dynamique : rendez-vous sur les banquettes des Caves ! Erwane, après Vegas, j'ai hâte d'assister à ton « vrai » mariage. Charlotte, peut être seras-tu joignable un jour...

A mes amis de BLD, pour nos années ensemble.

Edouard, je n'aurai jamais cru que ça serait avec toi que je garderai le plus de liens parmi tous ceux de la bande. On ne fait que se croiser mais j'adore. Merci pour ces petites soirées « décompression » l'été dernier. Je te souhaite le meilleur pour la suite.

Rémi, que dire... Tu sais que je t'adore donc je ne dirais que ça : La chambre des Curiosités c'est PAS de David Lloyd !!

Aux autres (David, Alice, Jean Philippe, Hervé, Ribo, Béré, Anne So...)

A Emilie, on n'aura pas beaucoup profité de cette colloc' mais je suis ravie que tu aies trouvé mieux à Lille. Je n'oublierai jamais ce regard que tu n'as eu que 2 fois et dont la seule évocation déclenche chez moi une crise de rire interminable. Et maintenant que j'ai enfin compris comment fonctionne ce put*** de système de train, je vais pouvoir te rendre visite super souvent pour savourer les Welchs lilloises. Merci d'être toi. Merci aussi à Elodie B.

A Thomas, merci d'être là, tous les jours à mes côtés. Je nous souhaite encore de nombreux moments à venir ensemble.

A Pippo, pour la mousse de canard des jeudis soirs et la fondue à la tomate du samedi. Entre nous, ça n'est pas qu'une histoire de bon goût culinaire mais aussi de classe internationale. Je me sens donc dans l'obligation de te repréciser deux ou trois trucs : non, Guitar Héro à 5h du mat' c'est PAS cool pour tes voisins, non, Rambo IV c'est PAS du grand cinéma et non tu ne serais JAMAIS rentré aux Caves en costume de moine. Mais pour tout le reste, tu étais parfait !!!

A Dam's, qui aurait pu croire que ton sport à outrance m'aurait donné envie d'en faire... mais quand je cours, je pense toujours un peu à toi (bon d'accord ça arrive pas souvent, mais j'ai les baskets...). Je te souhaite de tout réussir (et pas seulement dans le sport et le boulot hein...).

A Tutuman, je regretterai toujours d'avoir manqué tes performances en tutu et en collant. Merci d'avoir toujours été là pour moi. J'espère que Marta s'adaptera bien au froid lorrain et qu'on vous gardera encore longtemps près de nous.

A Gautier, autant il y a des gens qui font ressortir le meilleur des autres, toi c'est tout le contraire... et c'est plutôt cool. Tu dois être un des seuls à réussir à suivre une de mes histoires du début à la fin et ça c'est déjà pas mal. Merci d'être tel que tu es et n'oublie pas que si « t'as besoin d'aide », je serai toujours là...

A Aline, pour toutes tes théories tellement magiques et tes plans de soirées qui ne tournent jamais comme tu l'avais imaginés, merci de m'accompagner à la piscine en cette saison. Bon courage pour cette dernière ligne droite, tu y es presque !! Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites avec Anthony.

Au 5bis, je sais bien que l'intitulé n'a plus vraiment raison d'être mais c'est comme ça que je me rappellerai de vous dans des années.

Juliette, le soir de mon anniversaire a été le début de notre superbe amitié. Merci d'avoir été là avec Laurent. Tu es vraiment quelqu'un d'unique et je voulais te dire à quel point je tiens à toi.

Marie, notre première rencontre était pour le moins « déshabillée » et j'ai tout de suite su que t'étais géniale... le reste n'a fait que le confirmer. Dan, grâce à toi je me sens un peu multiculturelle alors « Le 'haïm ». Pipou, non je n'ai pas oublié que je te dois un repas +ciné. Léti etVinvin, pour le meilleur WE d'anniversaire que j'ai jamais passé. Naco, à mon BimboMac, forever !! Jérém' je regrette de ne plus pouvoir passer à l'improviste chez toi ; t'es vraiment quelqu'un de bien même si des fois t'en fais des conneries... A Laurent, Mouss et Tariq, pour les soirées bières-foot.

A Elodie, pour nos petites retrouvailles de fin de soirées révision autour d'une tisane. Quand est ce qu'on se retrouve pour une partie de franche rigolade ? Ton rire bizarre me manquerait presque...

Aux petits jeunes :

Les petits voisins, je rêve toujours de passer un chat entre nos apparts par petit panier interposé. On n'aurait pas pu trouver meilleure association entre vous deux. Fanky et Théo, je vous souhaite de rester les mêmes, vous êtes tellement bons.

La nouvelle colloc' de la mort : merci Marc pour les tartines de Mère Loïc et la cancoillotte en retour de soirée. J'espère que depuis tu t'es débarrassé de ton réveil Tintin. Sophia, digne relève de ta sœur, je te prédis un grand avenir dans le milieu étudiant... l'Equateur n'a qu'à bien se tenir !!

Cawole Mawellou, t'es vvairement une fille twop wigolote. Reste telle que tu es, j'adore !

A Anne-So et J.P, Brun et Marie, Burno, Charlène, MarionS, ThibaudD, Pauline, MarieU et tout les autres.

A Yohann, pour tous nos traquenards du lundi soir !

A Steph', pour les tartines de kiri, assise entre deux voitures. Reviens vite nous voir en Lorraine !

Aux vieux :

Shasha et Nini : on en a passé des soirées ensemble ; je vois encore Nini rentrer chargée sur ton dos Shasha. T'es loin mais n'oublie pas que la Lorraine c'est sympa aussi. Reviens nous vite !!

Franz et Marion, je vous souhaite plein de bonheur dans votre nouveau « chez-vous ».

Maud, ma copine de micro, Guitar Hero n'attend que toi !

Petit Mat' : sache que notre canapé te sera toujours ouvert. Bon courage dans la capitale !

A Spich, Nat et Séb, Guillaume, Georges et Vincent

Aux plus vieux :

Bob et Sophie : Merci Bob pour tous mes vendredis après midi de D1 passés sur ton canapé. Je te devrais toujours mon premier carnaval de Bambi (et non, j'étais pas déguisé en Cendrillon, ah ces autochtones, ils y connaissent rien !). Sophie t'as vraiment trouvé toutes les associations magiques et pourtant elles sont toutes les deux au fin fond de la Moselle. Je vous souhaite le meilleur pour la suite.

Houss : merci de me montrer, encore aujourd'hui, qu'on peut être « post-étudiante », totalement dégantée et qu'il existe toujours plein de raisons de se retrouver déguisé. Je ne peux plus voir un ballon de basket sans penser à toi ;-))

A Noun, Rémi et tous les autres, qui nous ont montré la voie...

Aux autres :

Cyrielle et Charly : Cyrielle, tu as tout de suite compris à qui tu avais affaire quand on s'est rencontré en P2 et moi j'ai tout de suite compris à qui j'avais affaire quand j'ai rencontré Charly, lové dans les bras de Papa. Je n'aurais pas pu imaginer association plus atypique que la vôtre mais ça marche et j'en suis ravie. Charly, désolé de t'avoir arraché à ton pays, mais perso je trouve que t'es nettement mieux chez nous (en plus, nous, on comprend ton fin sens de l'humour ;-)). Cyrielle, merci pour tous les thés indiens et pour la tonne de lecture intéressante que tu as toujours chez toi.

Derf : je crois bien que je n'ai jamais rencontré quelqu'un d'aussi gentil que toi. Je te souhaite de trouvé tout ce que tu cherches, de l'autre côté de la frontière.

Tatawine forever : Charline, j'espère que tu sais tout le bien que je pense de toi... et si tu ne le sais pas, viens me voir à l'apéro ! Jack, binôme bizarre de prothèse, coexterne incompris de Brabois... il en aura fallu du temps pour qu'on se trouve. Au final, aujourd'hui, tu me fais rire à chaque fois que je te croise. Dr Julie, j'admire toutes tes réussites ; j'ai l'impression que tu passes ton temps à courir et je suis ravie que dans cette vie si remplie, tu nous trouves un peu d'espace. Jo, je t'attends sur Nancy pour compléter nos sessions « roulage de sushis ». Lucie et Typhaine, les deux compères. On peut dire que vous tenez plutôt bien le coup en soirée. Mais quand est ce que vous dormez ?? Grand Mat', merci pour toutes ces petites soirées à deux. Claude : « Prost ! »

Aux résidents Avenue du Général Leclerc : JS, comment ne pas t'aimer ? Et je ne dis pas ça seulement parce que tu as demandé ma colloc' en mariage un soir de crit. De petites parties de crêpes de P2, aux grosses chouilles à Thionville, on peut dire que tu es de tous les tableaux. Je reprendrai donc la phrase d'une célèbre inconnue : « Je t'aime Mon Baillot ». Manon et Dida, merci pour les petites soirées U.D.P.P. Patou et Hélène, parce que vous êtes vraiment rigolo à 2. Val' même si on t'entend pas trop, t'es toujours là.

Aux nationaux : Marcus, Ricou, Marion, Keuss, Booshaka, et les autres, merci pour votre accueil dans les hautes sphères dentaires.

Camilla Parker Bowles : parce que t'es un put*** de bout de femme indépendante et parce que tu dis que tu ne porteras jamais des jupes à ma longueur même quand tu seras vieille... Profite !

Ma promo : Anne So, merci d'avoir appelé à l'aide pour ta chute dans les escaliers... j'aurai à jamais ce souvenir de notre nuit aux urgences. Fred, Mathieu, Carine, Caro, SophieM, Nourredine, Adrien, Laure, Noémie, Nahim (et donc Aude)...

Aux équipes des Cabinets Grandemenge, Delon et Debeux, merci à tous pour vos accueils si chaleureux.

A Colombe, parce que tu me donnes envie d'être meilleure...

A mes familles :

Scott, Kelly, Lauren and Avery, I have grown by your side. Thank you.

Krishna, Michèle, Neel, India et Maya, quel bonheur de vous avoir si près !

Annabel, Jamie, Victoria and Flora, I can't thank you enough for welcoming me in your family. You are at the start of everything.

Gwenaëlle, Olivier, Joseph, Marguerite et Anaïs, m'installer avec vous à Londres a été une expérience formidable et aujourd'hui je sais que des liens solides sont tissés entre nos deux familles.

A tous ceux qui ont croisé ma route un jour, notre rencontre a indéniablement apporté une fleur à la composition que je suis aujourd'hui. Merci.

Prise en charge non pharmacologique de l'Enfant en refus de soins en Odontologie.

« Un peuple qui prend ses enfants par la main est un peuple qui vivra longtemps »

Alain Gilot

Sommaire

PRISE EN CHARGE NON PHARMACOLOGIQUE DE L'ENFANT EN REFUS DE SOINS EN ODONTOLOGIE.	1
SOMMAIRE	2
INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE 1 : PSYCHOLOGIE DU DEVELOPPEMENT CHEZ L'ENFANT.....	7
1. 0 A 3 ANS : PRIME ENFANCE	9
1.1. <i>Développement psychomoteur.....</i>	9
1.2. <i>Développement cognitif.....</i>	10
1.3. <i>Développement du langage</i>	13
1.4. <i>Développement affectif et social (relation adulte-enfant).....</i>	15
2. DE 3 A 11 ANS : REMANIEMENTS INTENSES	16
2.1. <i>Développement intellectuel</i>	17
2.2. <i>Développement affectif et social</i>	20
3. ADOLESCENCE	22
3.1. <i>Changement de statut social (enfant à adulte).....</i>	22
3.2. <i>Intégration des facteurs cognitifs.....</i>	22
3.3. <i>Changements physiques</i>	23
3.4. <i>Evolution des relations avec ses pairs</i>	23
CHAPITRE 2 : REFUS DE SOIN CHEZ L'ENFANT	25
1. ANXIETE ET PEUR CHEZ L'ENFANT	26
1.1. <i>Terminologie</i>	26
1.2. <i>Peurs chez l'enfant.....</i>	30
1.3. <i>Manifestations de l'anxiété lors de soins dentaires chez l'enfant.....</i>	35
2. ELEMENTS PREDISPOSANT A L'ANXIETE DENTAIRE	44
2.1. <i>Facteurs propres à l'enfant.....</i>	44
2.2. <i>Facteurs liés à l'environnement de l'enfant.....</i>	53
2.3. <i>Facteurs liés à un acte de soins</i>	67
3. EVALUATION	69

3.1.	<i>Evaluation de l'enfant</i>	69
3.2.	<i>Place et rôle des parents</i>	98
CHAPITRE 3 : PRISE EN CHARGE NON PHARMACOLOGIQUE.....		100
1.	1 ^{ERE} CONSULTATION.....	101
1.1.	<i>Environnement</i>	101
1.2.	<i>Personnel assistant/équipe</i>	103
1.3.	<i>Praticien</i>	104
1.4.	<i>Relation praticien-parents</i>	108
1.5.	<i>Contenu de la 1^{ère} consultation</i>	114
2.	PRINCIPE DES APPROCHES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES.....	118
2.1.	<i>Approches non verbales</i>	119
2.2.	<i>Approches verbales</i>	124
3.	APPROCHES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES UTILISABLES AU CABINET DENTAIRE..	127
3.1.	<i>Modifications comportementales</i>	127
3.2.	<i>Exposition</i>	131
3.3.	<i>Désensibilisation</i>	133
3.4.	<i>Méthodes persuasives</i>	135
4.	SOLUTION DE PRISE EN CHARGE AVEC FORMATION DU PRATICIEN ET/OU AIDE EXTERIEURE	139
4.1.	<i>Formation du praticien</i>	139
4.2.	<i>Prise en charge avec équipement ou professionnels</i>	154
CONCLUSION.....		160
ANNEXES.....		162
BIBLIOGRAPHIE		169
TABLE DES MATIERES		185

Introduction

La consultation et les soins en odontologie pédiatrique peuvent poser des problèmes particuliers dans la mesure où l'enfant, qu'il exprime ou non de la douleur physique ou morale, est, dans la plupart des cas, accompagné par un ou des parents, à la fois porteurs de sa demande et de la leur.

La démarche vers le chirurgien-dentiste, voire la conduite du traitement peuvent rencontrer des aléas mettant en cause l'efficacité même des soins. L'enfant anxieux, angoissé ou phobique, l'enfant dépressif ou inhibé, l'enfant agressif ou réactif peut présenter des comportements complexes à déchiffrer, difficiles à gérer.

L'évolution sociale, les changements éducatifs tendent à modifier les « techniques » d'approche. Il paraît en effet inutile de perpétuer l'image archaïque du praticien « agressant pour son bien » le patient ; aujourd'hui on s'oriente vers des techniques de communication associant écoute et participation de l'enfant aux soins.

Ce nouvel abord de l'enfant s'inscrit dans la recherche d'une meilleure compréhension du jeune patient, qui inclut, entre autre, la prise en compte de son développement psychologique et l'analyse de sa structure familiale. Ainsi les recommandations en matière de pédodontie axent maintenant leurs approches sur une évaluation multidimensionnelle de l'enfant afin d'y adapter au maximum la prise en charge au cabinet.

Chapitre 1 : Psychologie du développement chez l'enfant

Lorsque l'on donne des soins médicaux ou dentaires à un enfant, il est important pour le praticien de s'efforcer de voir le monde à travers les yeux de son jeune patient. La **connaissance de la psychologie du développement de l'enfant** aide à comprendre ses réactions et à trouver les meilleurs moyens d'interagir à la fois avec l'enfant mais aussi avec ses parents.

En ce qui concerne les soins dentaires, les domaines de développement qui sont les plus importants et les plus intéressants sont la motricité, le langage, les comportements sociaux ainsi que la personnalité. A un âge donné, l'enfant peut être à des stades différents dans ces différents domaines, avec par exemple une motricité complètement acquise tandis que ses comportements sociaux et sa personnalité sont encore en devenir.

Le développement de la **motilité** inclut à la fois le développement de la motricité brute comme la marche et le développement de la motricité plus fine comme les mouvements des doigts ou la coordination. La connaissance de ces deux composantes est importante lorsque l'on parle de la capacité d'un enfant à s'asseoir sans bouger pendant la séance de soins ou à se brosser lui-même les dents.

Le **langage** inclut toutes les formes de messages du balbutiement à la phrase construite. Connaître les capacités de communication d'un enfant est important dans tout traitement. Il semble aussi important d'être attentif au langage indirect, qui peut traduire, à travers des mimiques du visage ou des mouvements du corps, une appréhension ou au contraire une confiance dans la relation de soins. Ce langage indirect se modifie également en fonction de l'âge et de l'évolution de l'enfant.

Enfin le **comportement social** ainsi que la personnalité permettent les réactions de l'enfant avec son environnement, en particulier avec ses parents, mais aussi avec d'autres adultes, d'autres enfants et parfois avec son dentiste. Le niveau de développement de cette composante dépend d'un grand nombre de facteurs, dont l'interaction entre l'hérédité et l'environnement. Les facteurs environnementaux qui jouent le rôle le plus important, dans les prémices du développement émotionnel de l'enfant, sont évidemment

Ceux qui existent dans son entourage proche pendant ses premières années. Ce sont les relations parent-enfant qui prédominent dans un premier temps, puis les contacts avec les

autres enfants et les proches et enfin les liens qui se créent avec d'autres adultes comme les instituteurs et qui prennent de plus en plus d'importance au fil du temps.^{78; 123}

1. 0 à 3 ans : prime enfance

1.1. Développement psychomoteur

1.1.1. Motricité du nouveau-né à terme

Les caractéristiques de la motricité d'un bébé sont déterminées par celles du tonus. Le tonus est l'état de tension légère et la résistance à l'étirement propre aux muscles du squelette. Sans lui aucune posture, aucun mouvement n'est possible.

A la naissance, l'hypotonie (faible tonus) de l'axe corporel s'oppose à l'hypertonie des muscles fléchisseurs des membres.

Les nouveau-nés présentent aussi un certain nombre de réflexes dits archaïques ou automatismes primaires qui disparaîtront au cours des premiers mois de vie⁸⁸. On trouve par exemple :

- le **réflexe de marche automatique** : l'enfant est tenu en position verticale d'une seule main placée dans la région thoracique supérieure. On observe d'abord le redressement des membres inférieurs et du tronc, de telle sorte que l'enfant soutient pendant quelques secondes une grande partie de son poids du corps. L'enfant est ensuite légèrement penché en avant, et une succession de pas est observée ;

- le **réflexe de succion** : lorsqu'on lui caresse une joue, un nouveau-né tourne aussitôt la tête vers la main qui l'effleure et ses lèvres cherchent alors quelque chose à sucer ;

- le **réflexe d'agrippement** ou le « grasping » réflexe : lorsque l'on place un index dans la paume de l'enfant, cette stimulation entraîne une forte flexion des doigts. Cette manœuvre peut être faite simultanément des deux côtés et la flexion forte des doigts permet de soulever l'enfant et de l'amener en position assise.

1.1.2. Développement postural

L'évolution se traduit donc par un dépelotonnement, un étirement du corps. D'une part, le tonus axial se renforce et d'autre part, le tonus en flexion des membres diminue.

On assiste donc à l'acquisition de la station assise autonome (sans appui des mains, possibilité de pivoter) vers 8 mois en moyenne, à celle de la station debout vers 9-10 mois et à la marche autonome vers 13 mois. Cependant les différences interindividuelles sont très importantes.

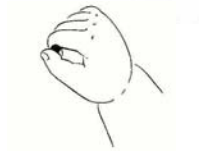
1.1.3. Développement de la motricité fine.

La saisie proprement dite fait l'objet d'une évolution où l'on distingue trois étapes⁸⁸:

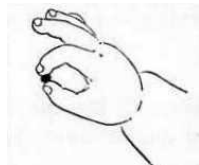
entre 20 et 28 semaines : la **saisie cubito-palmaire** : les objets sont bloqués dans la paume par la partie de la main prolongeant le cubitus.



entre 28 et 32 semaines : la **saisie pollicio-palmaire** : les objets sont maintenus entre le pouce et la paume. Pour les petits objets, l'enfant utilise la pince inférieure c'est à dire les bords latéraux des dernières phalanges du pouce et de l'index.



vers 36 semaines : la **saisie radio-digitale** : les objets sont saisis avec les doigts et la partie de la main qui prolonge le radius. Pour les petits objets, l'enfant utilise la pince supérieure ou pince fine (dernières phalanges du pouce et de l'index)



C'est surtout à la fin de leur première année que les enfants savent utiliser de manière combinée et complémentaire les deux mains.

1.2. Développement cognitif

C'est à Piaget que revient le mérite d'avoir considéré qu'il faut étudier, dès la naissance, comment le bébé construit son intelligence. Il a décrit les principaux stades du développement de l'intelligence. Ainsi, jusqu'à 2 ans, l'enfant traverse la période sensori-motrice pour ensuite intégrer la période préopératoire (qui dure jusqu'à l'âge de 6 ans).

1.2.1. Intelligence sensori-motrice

Piaget affirme que le stade sensori-moteur se caractérise par une simple coordination pratique de l'action et de la perception et qu'il n'existe pas de représentation de connaissance d'ensemble.¹⁵⁹

En 1936, Piaget publie *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, ouvrage dans lequel il expose les six stades qui décrivent les caractéristiques du développement intellectuel de la naissance à 2 ans^{81; 115}.

- l'**exercice des réflexes** (0 à 1 mois) : à la naissance, le bébé ne dispose que de réflexes (exemple : le réflexe de succion) qui n'ont qu'une valeur adaptative. Avec le temps ces réflexes se transforment en schémas d'action.
- les **premières adaptations acquises** (1 à 4 mois) : au cours de cette période, le bébé met en œuvre des réactions circulaires primaires. Une réaction circulaire est un résultat obtenu par hasard par l'enfant et qu'il a jugé intéressant au point de vouloir le retrouver. Par exemple quand le doigt happé et sucé est perdu, le bébé essaiera de retrouver le bon geste pour happer à nouveau ce doigt. On parle de réactions circulaire *primaires* parce qu'elles concernent uniquement le propre corps de l'enfant.
- les **réactions circulaires secondaires** (4 à 9 mois) : elles concernent cette fois-ci les objets du monde extérieur. Comme pour toute réaction circulaire, le résultat est reproduit par l'enfant **après** l'avoir découvert fortuitement comme par exemple le bruit que produit un hochet quand on l'agite.
- la **coordination des schémas de conduite** (9 à 12 mois) : l'enfant devient capable de résoudre des problèmes totalement nouveaux sans découvrir la solution de façon fortuite. L'enfant « comprend » par exemple que secouer un objet qui en fait tomber un autre lui permet de se saisir de ce second objet.
- la **recherche de moyens nouveaux par expérimentation active** (12 à 18 mois) : jusqu'à présent l'enfant utilisait des schémas connus dont seule la coordination était nouvelle.

C'est l'exemple classique de l'enfant qui fait tomber inlassablement le même objet mais en modifiant les conditions de chute et en s'intéressant aux différents résultats.

- la **découverte de moyens nouveaux par combinaison mentale** (18 à 24 mois) : l'enfant n'agit plus seulement sur les objets et les situations concrètes mais sur leurs représentations imagées comme quand l'enfant ouvre une boîte contenant un objet qu'il nous a vu y mettre, ou quand il rapproche un jouet au moyen d'un bâton. Le tâtonnement est invisible car il se fait maintenant mentalement.

Sous-stade	Age	Comportement	Exemple
1	Naissance à 1 mois	Expérimentation réflexe	Succion d'un biberon et déglutition
2	1 à 4 mois	Réactions circulaires primitives (sur son corps)	Succion d'un hochet préalablement pris
3	4 à 9 mois	Réactions circulaires secondaires (sur le milieu)	Agiter un objet Tirer un cordon
4	9 à 12 mois	Coordination des schémas de conduite	Secouer un objet pour en faire tomber un autre et s'en saisir
5	12 à 18 mois	Recherche de nouveaux moyens par expérimentation active	Faire tomber un objet dans l'eau pour la voir gicler Presser une éponge pour voir couler l'eau
6	18 à 24 mois	Recherche de nouveaux moyens par combinaison mentale	Elargir l'ouverture d'une boîte pour pouvoir en saisir le contenu

Tableau 1 : Les sous-stades du stade sensori-moteur selon Piaget .^{88; 115}

1.2.2. Permanence de l'objet

De nombreuses études montrent qu'un enfant de moins de 8 mois ne cherche pas un objet lorsqu'il est caché derrière un écran; ce que Piaget interprète comme une preuve que l'objet n'est pas permanent pour un enfant de cet âge.⁸⁸

A partir de 8 mois, l'objet caché est immédiatement retrouvé par l'enfant, il faudra quand même attendre les 12 mois pour que l'enfant trouve cet objet quelque en soit la cachette. Avant, si on cache un objet une seconde fois dans un lieu différent de la première fois et cela sous les yeux de l'enfant, celui-ci continue de le chercher là où il l'avait récupéré précédemment.

1.2.3. Apports des recherches post-piagésiennes

Aujourd'hui, on pense que l'enfant de 2 ans a beaucoup plus de capacité que Piaget ne l'affirmait.¹⁵⁹

En effet les bébés ne résolvent **pas** les problèmes **uniquement par nécessité** mais surtout par plaisir et c'est que Papousek a mis en évidence en 1969. Il présentait à des bébés un écran lumineux et leur faisait découvrir que celui-ci s'allumait à la suite d'un certain type de mouvement de tête. Les bébés prenaient plaisir à chercher le juste mouvement et cela en dehors de toute nécessité.

Le **nombre**⁸⁸ : pour Piaget c'est une notion complexe qui s'organise progressivement et n'est comprise par les enfants qu'au stade opératoire soit à partir de 6-7 ans. Or aujourd'hui des recherches ont mis en évidence des compétences numériques chez le bébé, dès les premiers mois de vie. Wynn a montré que les bébés âgés de 4 à 5 mois réagissent à un événement numériquement impossible et ceci non pas grâce à un calcul mais grâce à des marqueurs spatiaux. En effet trois peluches occupent plus de place qu'une ou deux.

1.3. Développement du langage

Le **langage** peut être défini comme la communication d'une représentation. Il est un système de communication utilisant des signes construits en vue de transmettre une signification.

L'apprentissage du langage n'est pas imposé de l'extérieur mais correspond à un besoin d'expression de l'enfant. Dans l'apprentissage du langage, l'enfant a quelque chose à dire

avant d'avoir les mots pour le dire. D'autre part, l'enfant comprend beaucoup plus qu'il ne peut exprimer.^{37; 159}

1.3.1. Période pré linguistique

Elle est comprise entre 2 et 10 mois. A 2 mois apparaît le **balbutiement rudimentaire**, qui jusqu'à 6 mois environ, consiste en syllabes primitives souvent nasales. Ces productions imiteront progressivement les intonations du langage des adultes. Si ces babillages sont dépourvus de signification pour les adultes, il n'y a aucune raison de penser qu'ils sont dépourvus de signification pour les bébés. On connaît de nombreux cas de jumeaux qui ont ainsi créé un langage privé qu'ils sont les seuls à comprendre.⁸⁸

1.3.2. Premiers mots

Peu à peu, l'enfant limite sa production de sons à ceux qu'il peut entendre dans son entourage, il parvient à imiter des sons reconnaissables dans sa langue¹⁵⁹. Les **premiers mots sont souvent une répétition de syllabes** et apparaissent vers 10 mois. Avec un seul mot, le bébé exprime toute une phrase : *ati* (pour parti) peut aussi bien prononcer lors du départ de la mère du domicile que pour désigner l'oiseau qui s'envole ou la télévision qui s'éteint.⁸⁸

Entre 18 et 24 mois, on voit apparaître les premières **associations de deux mots**. L'enfant choisit ceux qui permettront de donner le plus d'informations et négligera donc les précisions relatives au genre, au nombre...

Braine (1963) distingue deux catégories de mots : les mots « pivot » et les mots de la classe « ouverte ». Par exemple, le mot pivot « encore » sert à spécifier de nombreux mots ouverts (« encore gâteau », « encore dodo »...).⁸⁸

1.3.3. Phrases

L'enfant apprend progressivement à exprimer une affirmation, une négation ou une interrogation.

Avant 2 ans, l'enfant se sert de l'intonation de la voix et des gestes l'accompagnant pour s'exprimer. Après 2 ans, lorsqu'il exprime des énoncés à deux ou plusieurs mots, l'enfant utilise très tôt certains mots au début de l'énoncé pour marquer la négation (« pas »,

« plus ») ou l'interrogation (« où », « quand ») Par exemple : « pas dodo », « où poupée ? »¹⁵⁹

L'exemple de la **formulation** des demandes met bien en évidence le rôle de la communication et des facteurs sociaux dans le développement de ces compétences langagières. Avant 2 ans, l'enfant produit essentiellement des demandes directes (« je veux », « donne »)⁸⁸

1.4. Développement affectif et social (relation adulte-enfant)

A cet âge l'enfant préfère jouer tout seul car il n'a pas encore appris à jouer avec d'autres enfants. Bien qu'il s'entende avec tous les membres de la famille, à cet âge, le père semble être son préféré. Sa peur de l'inconnu (personne ou lieu) nous incite à le laisser « accompagné » dans toute nouvelle circonstance telle qu'une visite chez le dentiste et cette peur subsiste jusqu'à la fin de sa seconde année⁹¹.

1.4.1. Les interactions bébé-adulte

Dans cette tranche d'âge, elles se font essentiellement à l'aide du visage.

1.4.1.1. Le regard

Il constitue le moyen de communication **privilegié** entre la mère et l'enfant. En 1976 Lézine constate que chez les enfants de 3 à 10 mois, le regard est le principal signal aussi bien pour solliciter l'adulte que pour lui répondre.

1.4.1.2. Le sourire

Dès la seconde semaine, les bébés sourient en périodes d'éveil et la voix humaine devient de plus en plus efficace pour déclencher un sourire. A partir de six semaines, la vue d'un visage est l'un des meilleurs déclencheurs du sourire. Au fur et à mesure que l'enfant grandit il devient de plus en plus exigeant envers le stimulus qui doit être complet (yeux et bouche souriante).⁸⁸

Il est un langage, il contribue à donner une signification à une situation. Ainsi le sourire est le propre de l'homme. Il est essentiellement l'expression de la joie d'une présence, de l'intérêt pour ce qui est perçu et de la satisfaction à réussir.¹⁵⁹

1.4.1.3. Les cris, les pleurs, les vocalisations

Wolff (1967) distingue plusieurs cris en dehors du cri de naissance : le cri de la faim, le cri de douleur, le cri de malaise ou de tristesse. Des expériences ont montré que ce sont les mères qui sont plus compétentes pour les identifier ; à l'exception des cris de douleur identifiés par tous les adultes.

La meilleure réponse pour apaiser l'enfant est le contact physique. 86% cessent de pleurer quand on les prend dans les bras ⁸⁸.

1.4.2.L'attachement

Cette **notion d'attachement** proposée par Bowlby (1958) désigne une tendance à ce que le lien affectif de l'enfant avec sa mère, son père et les personnes familières le conduise à une peur de tout étranger cherchant à communiquer avec lui et à une manifestation de protestation angoissée lorsque son père ou sa mère le quitte pour d'autres occupations.¹⁵⁹ L'attachement est vu comme un besoin indispensable et inné de contact avec autrui.

C'est à travers des relations privilégiées avec une figure d'attachement que l'enfant construit progressivement un « **modèle opérationnel interne** », modèle de soi, du monde et des figures d'attachement. Ce modèle permet à l'enfant de comprendre le réel, physique ou humain, d'anticiper des événements et de s'y adapter.⁸⁸

Il a été montré à travers des études menées par Hymes que les enfants de 3 ans ou moins, sous des conditions de stress, de fatigue ou effrayés, se tourneront automatiquement vers leur mère ou son substitut pour du réconfort et du support. Ils ont, à ces moments, de grandes difficultés à faire confiance aux explications d'un inconnu.⁹¹

1.4.3.Les changements sociaux

Dans sa seconde année, l'observation de « rôle-modèle » devient très importante pour l'enfant et le restera encore un bon moment. Les modèles qui montrent un comportement cohérent sont les plus efficaces. Les enfants qui observent des façons non agressives de gérer la frustration sont plus enclins à adhérer à cette approche. Malheureusement des enfants qui voient constamment des comportements agressifs et violents le sont tout autant.

Les parents doivent aussi être informés qu'avant 3 ans leur enfant n'a pas acquis les contrôles internes nécessaires et qu'il sera souvent sujet à des crises de colère normales qu'il vaut mieux ne pas relever.⁹¹

2. De 3 à 11 ans : remaniements intenses

Au niveau intellectuel, la période chevauche la prime enfance et l'âge préscolaire mais la limite est plus nette au niveau du développement cognitif. L'enfant présente alors une véritable

ouverture au monde (il ne se contente plus du cocon familial) ainsi qu'un début aux grandes questions (« pourquoi ? », « comment ? »).

2.1. Développement intellectuel

Cette période est en fait divisée en 2 stades selon Piaget : une période de préparation entre 2 et 6-7 ans appelée « **stade préopératoire** » au cours de laquelle on voit apparaître l'intelligence représentative chez l'enfant c'est à dire l'évocation d'objets absents grâce à leur représentation mentale et une période entre 7 et 11-12 ans appelée « **stade des opérations concrètes** » pendant laquelle l'enfant va devenir capable de généraliser, de classer, de tenir compte de différents points de vue et d'en tirer des conséquences.⁸¹ La fin de ces étapes de développement est en général marquée par l'entrée de l'enfant au collège

2.1.1. Période pré-scolaire (2 à 6-7 ans)

2.1.1.1. Développement des opérations intellectuelles

Piaget utilise le terme des « préopératoires » pour caractériser cette période parce qu'il considère que l'enfant ne maîtrise pas certaines opérations logiques, qui pour l'adulte semblent une évidence. Ainsi, si on découpe un gâteau en parts, la quantité totale du gâteau avant et après découpage reste la même mais un enfant, à ce stade, répondra qu'il y a plus de gâteau une fois découpé malgré la réversibilité de l'opération (on pourrait rassembler les parts pour reformer le gâteau entier).¹⁵⁹

On peut donc voir qu'il existe une **confusion entre l'imaginaire de l'enfant et la réalité extérieure physique et logique**. L'enfant fait preuve d'une pensée très intuitive qui s'appuie beaucoup sur la perception sans prendre appui sur la logique.⁸¹

2.1.1.2. Le langage

A partir de 3 ans, l'enfant produit en général des phrases de plusieurs mots mais la moyenne de vocabulaire reste inférieure à 1000 mots. Ce vocabulaire s'enrichira d'environ 500 mots par an.

A la fin de la période de « préparation », le problème des articles pour différencier le genre et le nombre des mots sera totalement résolu.

Les conjugaisons des verbes apparaissent un peu après 3 ans, vers 6 ans l'enfant maîtrise le présent, le passé et une ébauche du futur. C'est à cette période que l'on constate des fautes de conjugaison telles que « j'ai mouru ». ⁸⁸

2.1.1.3. Aspects cognitifs

Comme dit précédemment, cette période donne accès à l'enfant à la **pensée symbolique**. Les caractéristiques de cette pensée sont : l'animisme (attribuer des caractéristiques vivantes aux objets), le finalisme (tout a une raison et un but mais pourquoi ?), l'artificialisme (les montagnes poussent parce qu'on plante des cailloux), le réalisme (l'enfant traite les images mentales comme de véritables substituts d'objets, par exemple les images de rêve sont réelles).

A ce stade, l'enfant n'est toujours **pas capable de généralisation**, par exemple quand il pense « chat », il pense au sien de façon égocentrique. ⁸¹

L'enfant a l'**esprit très vivant** et peut être un très bon orateur même s'il tend à exagérer beaucoup dans ses histoires. On note aussi que beaucoup de parents se trouvent un peu embarrassés par leurs enfants quand ceux-ci reproduisent des situations domestiques plus que réalistes. ⁹¹

2.1.1.4. Autres aspects : motricité et dessin

De Meur et Staes (1981) distinguent différentes étapes du développement du schéma corporel :

- **la connaissance des différentes parties du corps** : un peu avant 3 ans et jusqu'à 4 ans, l'enfant apprend à différencier les différentes parties du corps les unes par rapport aux autres.
- **l'orientation spatio-temporelle** : vers 4-5 ans l'enfant peut accomplir un travail sensoriel plus élaboré : par exemple, il peut observer le dessin d'un bonhomme stylisé et reproduire les mêmes gestes soit avec le modèle sous les yeux, soit de mémoire ou bien les yeux bandés reconnaître un objet en le touchant et en suivant son contour.
- **l'orientation spatio-corporelle** : vers 5-6 ans l'enfant peut parvenir à l'exécution de mouvements coordonnés dans une figure d'ensemble, par exemple, plier les genoux en levant les bras. ¹⁵⁹

La plupart des enfants de 3 ans manifestent un intérêt important pour la production de « gribouillis ». Le fait même de laisser des traces est pour eux une activité fascinante. Des études ont contribué à dégager dans les dessins des enfants les étapes suivantes :

- le **réalisme fortuit** vers 3 ans : le hasard fait que la trace sur le papier ressemble plus ou moins à un objet ou un personnage quelconque.
- le **réalisme manqué** entre 3 et 4 ans : l'intention préalable à la réalisation du dessin existe mais les capacités motrices nécessaires font défaut. C'est la période de l' « homme têtard », l'enfant se rend compte que la ressemblance auparavant obtenue était fortuite et qu'il ne parvient pas à chaque essai à représenter des images préméditées.
- le **réalisme intellectuel** : les tracés deviennent plus sûrs, le dessinateur reproduit ce qu'il sait du modèle et non pas ce qu'il en voit ; c'est le cas des effets de transparence où le corps est présent sous les habits par exemple⁸⁸. Ainsi l'enfant n'hésite pas, dans le cadre d'une maison dont il vient de dessiner la façade, à représenter l'intérieur des pièces qui la composent, ses habitants dans leur tâche familière, les meubles, etc....

2.1.2. Période scolaire (6 à 11-12 ans)

Entre 6 et 11-12 ans, les mystères se dissipent : l'enfant va à l'école, apprend, produit, s'affronte à l'autorité et/ou à ses pairs. L'enfant n'est plus un petit enfant, il devient un « grand » tout en restant un enfant ; l'adulte peut lui confier des responsabilités nouvelles qu'il ne pouvait assumer avant. C'est l'âge de raison.

2.1.2.1. *Acquisitions des principales conservations*

Les principales acquisitions sont :

- la **réversibilité** : l'enfant exerce ses actions en pensée (additionner, classer) donc de façon réversible. Si on verse le contenu d'un verre dans un récipient plus large, l'enfant comprend que le volume reste le même (alors qu'au stade précédant il pensait qu'il y avait moins d'eau dans le second récipient).
- les structures de **classification** linéaires comme chien < animaux < êtres vivants et les emboîtements inclusifs comme parmi 16 fleurs, il y a 8 tulipes dont 4 rouges.
- le **nombre** : après 7 ans, l'enfant accède à la conservation du nombre

- les schémas de **conservation** de poids, de volume.⁸¹

2.1.2.2. Evolution du langage

A 6 ans, l'enfant, toute catégorie confondue, a acquis 2500 à 3000 mots. Vers 9-10 ans, le locuteur est capable de conter de véritables mini-aventures dans lesquelles les héros et les divers épisodes prennent corps.

Une acquisition importante à cet âge est **la lecture et l'écriture** ; l'enfant peut grâce à la maîtrise de ce moyen de communication élargir son champ de connaissance, avoir accès à tout un domaine de transmission d'informations entre adultes qui, jusque là, n'était pas pour lui mais pour ceux qui savaient lire.¹⁵⁹

2.1.2.3. Motricité

A cet âge, l'enfant a complètement acquis **l'équilibre**, et sa marche comme sa course sont aussi habiles que celles d'enfants plus âgés.

Il est à noter que les **différences**, déjà notables au stade précédent, deviennent très marquées : les garçons sont forts habituellement et les filles plus précises, mieux coordonnées.

En ce qui concerne le dessin, les jeunes créateurs se trouvent alors plongés en pleine phase de **réalisme**, en général parfaitement maîtrisée.⁸⁸

2.2. Développement affectif et social

Au cours de cette période de la vie, l'espace dans lequel l'enfant évolue s'élargit.

2.2.1.L'enfant dans sa famille

La famille constitue le lieu « naturel » du développement psychologique. On lui attribue autant de vertus que de responsabilités dans l'apparition éventuelle de troubles, qu'il s'agisse du domaine scolaire ou des conduites sociales.

L'enfant sait que, dans sa famille, il est aimé pour lui-même ; il peut y retrouver les forces dont il a besoin : il est chez lui. **La famille est un lieu privilégié d'échange gratuit où l'enfant est aimé parce que c'est lui.**¹⁵⁹

Excepté lorsque l'enfant est unique, le développement de l'enfant s'inscrit aussi par rapport à la fratrie. Les relations frères-sœurs sont très importantes du fait de leur pérennité, de leur

caractère intime et émotionnellement intense. La **fratrie** permet à l'enfant de construire des compétences à communiquer avec des pairs plus jeunes ou plus âgés à argumenter et à coopérer.⁸⁸

L'**accompagnement** de l'enfant au cours de son développement et de son éducation a besoin de la complémentarité d'une figure « mère » et d'une figure « père ». Le rôle de « mère » est celui qui naturellement porte une attention quotidienne en nourrissant l'enfant de son affection, de ses paroles, de ses regards. Le rôle de « père » est tout aussi important dans l'accompagnement de l'enfant. C'est un rôle de stabilité, d'autorité et de force dans la famille. L'accord des parents dans le domaine éducatif est primordial, l'enfant y saisit une convergence de vues dans la complémentarité des rôles.¹⁵⁹

2.2.2. Interactions et relations entre enfants

Les discours des enfants de 3 à 5 ans et demi, sur les raisons pour lesquelles ils aiment ou n'aiment pas un autre enfant, indiquent que les **amitiés** ne se lient pas au hasard mais se choisissent sur une base de similitudes d'activités et de caractéristiques. Cela montre qu'on recherche, à cet âge, un « autre moi », une personne en miroir. En revanche, vers 10-11 ans, l'ami est défini en termes de « choses partagées en privé ou de sentiments ».

La réussite des interactions et de la communication entre pairs repose sur la capacité à tenir des rôles appropriés en fonction de situations. La relation amicale résulte d'un processus dynamique, progressif et déterminé par plusieurs facteurs dont le poids varie en fonction de l'ancienneté de la relation.⁸⁸

2.2.3. Les changements sociaux

On note que le **self-contrôle** de l'enfant, ainsi que son **indépendance augmentent** rapidement durant les premiers mois d'école. Ces découvertes semblent moins vraies pour les enfants venant de milieux sociaux moins privilégiés. Il a été suggéré que les parents des classes moyennes et aisées étaient peut être de meilleurs « rôle-modèles » en ce qui concerne l'école parce que leurs enfants les voient lire, étudier et participer à d'autres activités intellectuelles.⁹¹

3. Adolescence

Période aussi appelée « **stade des opérations formelles** », elle est atteinte vers 12 ans et correspond, selon Piaget, à l'accès à un raisonnement hypothético-déductif : l'enfant devient capable de tirer des conclusions à partir d'hypothèses seules sans s'appuyer sur des données concrètes ; il peut effectuer des tâches intellectuelles extrêmement sophistiquées.⁹¹

3.1. Changement de statut social (enfant à adulte)

L'adolescence représente la transition sociale finale entre l'enfance et le monde des adultes. Quand cette étape est finie, si tout s'est bien passé, le jeune adulte émergent est alors capable d'établir et de maintenir une relation amoureuse ou amicale, d'être indépendant de ses parents, de travailler avec d'autres adultes et d'avoir un jugement et des envies propres.⁹¹

A la différence des stades précédents, celui-ci n'est pas vraiment défini par un âge mais plus par un **état d'esprit** et bien souvent les **modifications physiques** ne se produisent pas en adéquation avec les changements cognitifs. L'adolescent se retrouve alors coincé entre ce que les autres pensent de lui et ce qu'il est vraiment, créant souvent une incompréhension de la part des deux partis.

3.2. Intégration des facteurs cognitifs

Parmi les compétences nouvelles, on peut citer la compréhension de la notion de proportion, de probabilités ou encore la capacité à tenir compte d'un double système de référence.

On assiste aussi au développement du **jugement moral**. L'adolescent fait preuve d'une plus grande autonomie morale qui lui permet de se former des idéaux rationnels, esthétiques et sociaux. La « pensée formelle » libérerait son jugement d'une dépendance par rapport aux jugements des adultes, elle lui permettrait d'opposer à ces derniers un point de vue propre solidement argumenté.⁸⁸

Il est à noter que l'**accroissement des perspectives personnelles** implique aussi une capacité plus grande à se projeter dans l'avenir, à se représenter les différents « soi » possibles. Les progrès se manifestent aussi dans la compréhension d'autrui, dont la personnalité est plus finement analysée. Cette évolution dans la compréhension du monde social est un progrès qui peut aussi donner des raisons à l'adolescent de s'insurger contre les systèmes de faux semblants qu'il découvre.

3.3. Changements physiques

Les transformations biologiques de cette époque se produisent sous l'influence de modifications des flux d'hormones. La **maturation pubertaire** se traduit chez les garçons par une progression de la force physique et une adéquation de plus en plus grande avec les images de l'homme socialement valorisé (grand, musclé, large d'épaules, viril...) ; on comprend dès lors que les garçons se déclarent d'autant plus satisfaits qu'ils se rapprochent de la maturation. Chez les filles, cette maturation ne procure pas systématiquement de semblables avantages. Le niveau de satisfaction varie en fonction du rythme pubertaire : les filles dont le rythme pubertaire est synchrone avec leurs pairs se déclarent généralement plus satisfaites de leur apparence physique que les autres.⁸⁸

3.4. Evolution des relations avec ses pairs

Le développement social et émotionnel au début de l'adolescence est caractérisé par une régression partielle, un retour « mental » aux premiers stades du développement. Cette phase est souvent vue comme une chance pour l'adolescent de trouver de nouvelles solutions, plus efficaces, pour régler des **conflits émotionnels** qui n'auraient pas été résolus de façon satisfaisante étant plus jeune. Les réactions envers les parents commencent et semblent être une étape nécessaire à la lutte intérieure que l'adolescent mène pour s'émanciper. Les parents ne sont plus tout puissants et toutes leurs normes, principes et règles sont remis en question. Le jeune adulte exprime son « **mal-être** » par un repli sur lui-même, une grande sensibilité, de la provocation ou encore de la nonchalance. Et cette attitude n'est pas uniquement réservée aux parents mais aussi aux adultes qui sont considérés comme porteurs d'autorité, dont le chirurgien-dentiste.

Le but de ce chamboulement interne est, pour l'adolescent, de **trouver un équilibre entre une identité propre et une estime de soi**. Au cours de ce processus, il est amené à non seulement se « libérer » de ses parents mais aussi interagir avec ses amis et les personnes de son environnement. Et être traité en tant qu'adulte responsable par un autre adulte aide à passer ce cap de façon moins traumatique.

Les adultes ne peuvent plus « élever » l'enfant à cet âge mais doivent continuer à être clairs à propos de leurs valeurs, de leur éthique et doivent s'attendre à expliquer leur façon d'agir ou de réagir. Ce faisant, on se rend compte que le jeune adulte n'est pas toujours d'accord mais on y gagne un respect mutuel. On clarifie aussi le fait que **toute personne qui souhaite être**

traitée en tant qu'adulte doit également s'attendre à des responsabilités envers la société.⁷⁹

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. Et cette meilleure compréhension peut être utile à tous ceux qui, professionnellement ou non sont désireux de créer des conditions favorables à l'épanouissement des plus jeunes.

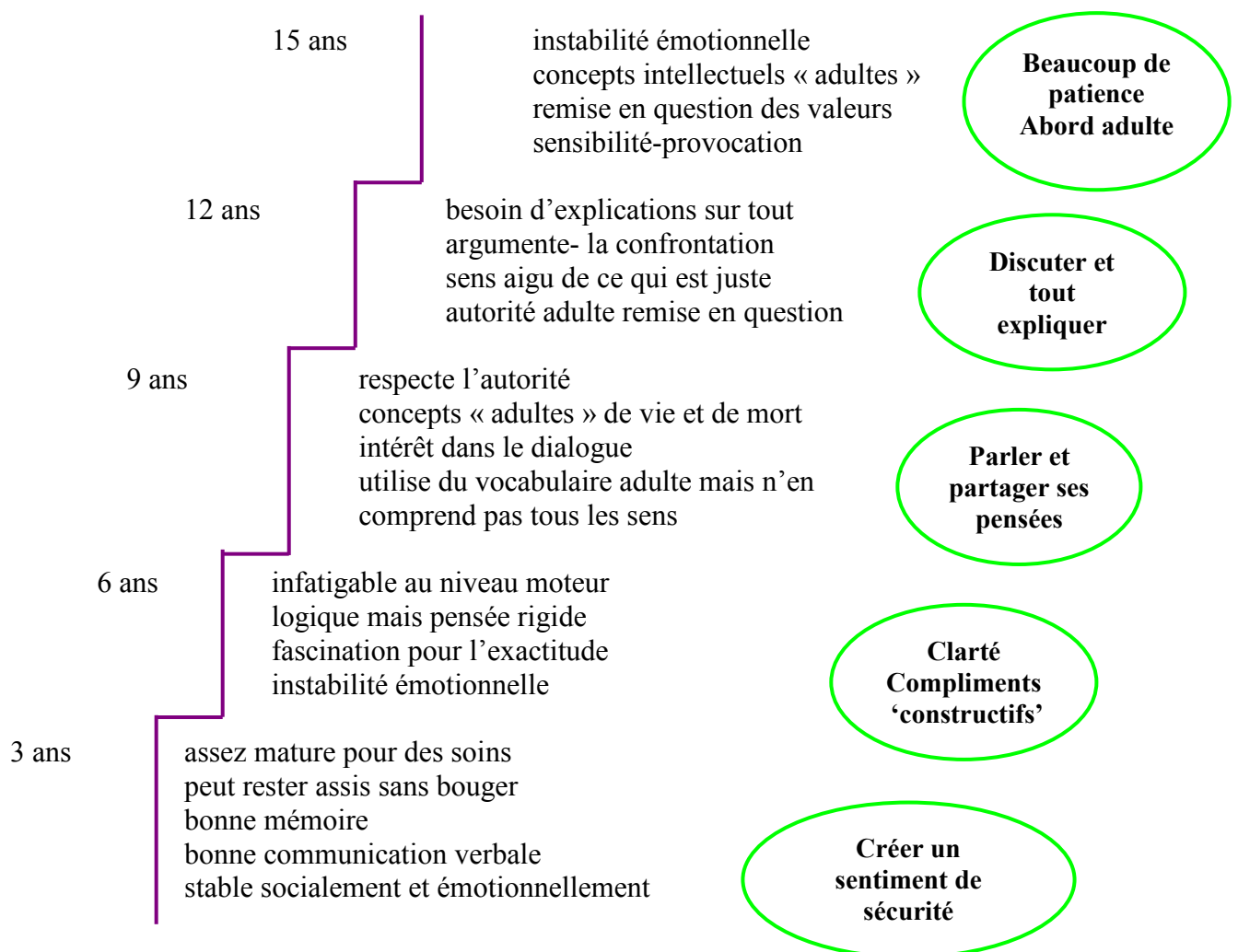


Figure 1 : Quelques clés dans l'abord de l'enfant au cabinet dentaire.⁷⁹

Chapitre 2 : Refus de soin chez l'enfant

La prévalence de l'anxiété dentaire et des troubles du comportement au fauteuil varie de 4 à plus de 20% dans nos pays. L'anxiété de l'adulte face aux soins dentaires remonte pour beaucoup à l'enfance.²³

1. Anxiété et peur chez l'enfant

1.1. Terminologie

1.1.1. Anxiété

1.1.1.1. Définition

L'anxiété est un **affect pénible**, ce n'est pas une maladie. C'est un état caractérisé par un sentiment de peur anticipant un évènement menaçant.⁴⁸ C'est une peur **sans objet** et cela correspond à une perturbation dans l'évaluation d'un danger, dans la régulation de la réponse à ce danger, qui entrave le fonctionnement global de l'individu et génère une souffrance.²¹

1.1.1.2. Anxiété généralisée

Sa prévalence est élevée, de 3 à 7% des enfants et adolescents. Elle serait plus fréquente chez les premiers nés et les enfants uniques.

La **symptomatologie** associe un sentiment d'appréhension quasi permanent à la pensée que quelque chose de grave va arriver à eux même ou à leurs proches.

Ces enfants, souvent très consciencieux, présentent fréquemment :

- des plaintes somatiques répétées (céphalées, maux de ventre),
- des difficultés de concentration,
- des troubles du sommeil, des difficultés d'endormissement,
- une irritabilité, des colères fréquentes, des caprices ou exigences excessives,
- un besoin d'être rassuré en permanence, de rester à proximité de l'adulte,
- une inquiétude permanente pour l'avenir²¹.

Des crises aiguës peuvent survenir sur ce fond anxieux, notamment lors d'évènements particuliers représentant un changement, une nouveauté pour l'enfant ou mettant en jeu ses capacités de séparation et d'autonomisation (entrée à l'école, déménagement, séjours de vacances...).⁴⁸

1.1.1.3. Anxiété situationnelle

L'anxiété situationnelle ou **état d'anxiété** est une réaction émotionnelle qui survient lorsque l'individu est confronté à une situation particulière. Cette réaction, qui apparaît à un moment précis, est temporaire et perdurera tant que la situation anxiogène durera.

Les états d'anxiété varient en intensité et fluctuent en fonction du stress qu'éprouve la personne en regard d'une situation.²⁵

L'anxiété situationnelle est accompagnée chez l'enfant, d'un ensemble de manifestations somatiques ou symptômes anxieux. On observe des **signes somatiques** d'hyperactivité du système autonome comme une augmentation de la fréquence cardiaque ou une hypersudation. Ces signes somatiques sont généralement associés à des **signes psychiques** de souffrance émotionnelle tels que l'hypervigilance ou des troubles de la concentration.²¹

1.1.1.4. Anxiété caractérielle

Aussi appelée **trait d'anxiété**, elle est considérée comme découlant de la personnalité. Dans ce cas, la personne a souvent tendance à être anxieuse, tendue, même quand il n'y a pas de situation particulièrement stressante. Il s'agit en fait d'une disposition à percevoir le monde et à y réagir avec une régularité prévisible variable selon les personnes.²¹

1.1.1.5. Anxiété de séparation

Il s'agit du **trouble anxieux le plus fréquent chez le jeune enfant**. Elle est présente dès les premiers mois de vie avec un pic vers l'âge de 11 ans, à l'entrée en 6^{ème}.

Elle est souvent en relation avec des liens anxieux parents-enfant. Normale dans les premières années de vie, l'anxiété de séparation ne devient un trouble que lorsqu'elle est excessive et empêche l'épanouissement de l'enfant et son ouverture sur le monde extérieur.⁴⁸

1.1.2. Peur

1.1.2.1. Définition

C'est une **émotion normale et utile** qui peut être assimilée à notre système d'alarme, son but étant de nous prévenir d'un danger imminent afin de nous permettre de faire face au mieux.²³

Elle est **liée à un objet** (aiguille, serpent) ou à une **situation précise** (chez un chirurgien-dentiste, en hauteur), soit du fait de l'éducation, soit du fait de l'expérience. Elle s'inscrit dans

le développement normal de tout sujet. C'est plutôt son absence qui serait pathologique chez l'enfant.⁴⁸

1.1.2.2. Comparaison du phénomène peur au phénomène anxiété

La peur résulte d'une réaction à une menace spécifique dans l'environnement de l'enfant alors que l'anxiété, elle, résulte de sa réaction à une menace non spécifique.²¹

La **peur** est une émotion passagère, transitoire alors que l'**anxiété** se révèle être un processus à long terme. De plus, la peur est généralement considérée comme une motivation de fuite devant le danger tandis que l'anxiété se présente comme une peur non résolue, non canalisée dans l'action.

La différence des stimuli créateurs de réaction explique les différences dans les réactions observées. Ainsi, un stimulus bien précis fera naître un comportement organisé dans une direction bien précise comme fuir ou combattre alors qu'un stimulus moins bien défini provoque plutôt une immobilisation, fruit d'une action inhibée.²⁵

→ Synthèse

La peur et l'anxiété sont deux émotions qui sont contrôlées de la même manière même si l'individu réagit de façon différente. C'est pourquoi, selon Bourassa, la peur et l'anxiété peuvent être considérées comme deux émotions semblables, dans le cadre de soins dentaires.²⁵

	Peur	Anxiété
Stimulus	Objet bien identifié	Pas d'objet définissable
Durée	Passagère	Processus à long terme
Comportement du sujet	Réaction physique de fuite ou de combat	Emotion qui ne se résout pas dans l'action et qui immobilise l'individu

Tableau 2 Différences entre peur et anxiété.²⁵

1.1.2.3. *Peur normale/peur pathologique*

Une **peur normale** est une alarme efficacement calibrée dans son activation comme dans sa régulation.¹¹ Dans son activation, l'alarme de la peur ne se déclenche qu'à bon escient, face à un vrai danger et non à la possibilité ou au souvenir d'un danger. Elle tient compte du contexte : si vous êtes à trois mètres d'un tigre dans la jungle ou s'il est en cage. Et surtout son intensité est proportionnelle au danger : elle permet d'agir de manière adaptée. Par exemple reculer doucement face à un serpent prêt à mordre et non pas fuir en courant. Dans sa régulation, la peur normale s'éteint vite et facilement, une fois que le danger est passé ou que l'on a pris connaissance qu'il n'était pas si menaçant.

Mais alors quand la peur devient-elle pathologique ?

La **peur pathologique** correspond à une alarme mal réglée, dans son activation comme dans sa régulation. Son activation anormale peut se traduire par un déclenchement trop souvent pour des seuils de dangerosité trop bas, ce déclenchement est trop fort, sans flexibilité, en tout ou rien : la peur n'est plus modulée. Ce fonctionnement de type stimulus-réponse est épuisant pour la personne.

La peur pathologique met très longtemps à redescendre et à se calmer. Elle a enfin tendance à se rallumer très facilement, c'est le phénomène du *retour de la peur*.

Ces peurs pathologiques, ces « malepeurs » comme on les nommait autrefois, sont le terrain de la phobie. Mais alors où se situe le seuil entre peurs pathologiques et pathologies de la peur ?...¹¹

1.1.3. **Angoisse**

L'angoisse est une **sensation de malaise extrême** accompagné de manifestations neurovégétatives. Ce vécu pénible est lié à un sentiment de menace mais face à un danger qui reste indéterminé.

Cette sensation a alors perdu sa valeur de signal et devient paralysante pour le sujet. L'angoisse est consubstantielle à toute une vie et, très précocement, l'enfant s'inquiète de l'inconnu.²¹

1.1.4. Phobies

Joseph Wolpe (1958), à partir de l'hypothèse que les phobies correspondent à une **réponse émotionnelle conditionnée**, propose le premier traitement comportemental par désensibilisation systématique¹³². Les phobies sont aussi décrites par Droz et Tardieu comme des « peurs intenses, durables, gênantes et irrationnelles face à un objet, une personne, une situation dont l'individu reconnaît le caractère absurde mais qu'il ne peut contrôler, face auxquelles il développe des conduites de défense ».²³

En 1970, le comportementaliste Marks propose de regrouper les phobies en trois grandes classes qui se distinguent par la clinique, l'âge de survenue et l'évolution : **l'agoraphobie** (= peur des espaces), les **phobies sociales** et les **phobies simples**.¹³²

Ces catégories se retrouvent aujourd'hui dans le CIM 10, qui classe pour l'OMS les « troubles anxieux phobiques » au sein des « maladies mentales, troubles émotionnels de l'enfant et de l'adolescent » dans la sous-section « Troubles névrotiques »^{23; 48}. La phobie fait donc partie de la Classification Internationale des Maladies sous le code F40 et est considérée comme une cause de mortalité et de morbidité touchant les êtres humains à travers le monde.

Les **critères diagnostiques spécifiques** qui permettent d'établir un diagnostic de Phobie Spécifique (dont la phobie dentaire ou Odontophobie) sont aussi définis dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IVTM) et la Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé induits (ICD-10)¹³⁷.

1.2. Peurs chez l'enfant

Tous les enfants manifestent, à un moment donné de leur développement, des peurs excessives, qui vont peu à peu s'estomper et être maîtrisées, sous l'effet de l'éducation et de la vie en société.¹¹

Habituellement ces peurs s'estompent vers 7-8 ans de façon spontanée. Certaines peuvent persister à l'âge adulte sans conséquence pathologique (peur des araignées ou des serpents) mais quand elles entravent la vie quotidienne de l'enfant cela peut être le signe d'un symptôme pathologique.⁴⁸

1.2.1. Peurs : outils nécessaires au développement de l'enfant

1.2.1.1. Miroir de son attachement maternel

Ce type d'angoisse trouve son pic aux environs du 8^{ème} mois ; c'est pour cela qu'on l'appelle communément l'angoisse du 8^{ème} mois. A ce moment l'enfant prend conscience qu'il existe par lui-même, qu'il n'est pas une extension de sa mère et donc que celle-ci peut « disparaître » à tout moment. Cette **peur de la séparation** explique que l'enfant craint tout ce qui vient scinder cette formation mère-enfant, et surtout les « étrangers » vus comme des rivaux. Jusqu'alors il accueillait les proches (grands parents, oncles et tantes) avec un grand sourire, à partir du 8^{ème} mois, il ne veut plus que sa mère pour le prendre dans ses bras ou s'occuper de lui et il pleure dès qu'elle disparaît de la pièce. Cette angoisse réapparaît parfois vers 11 ans lors de l'entrée en 6^{ème} de l'enfant.

Cette phase est tout à fait normale dans le développement de l'enfant et son absence peut être un signe d'alerte du trouble du développement. Le plus important à ce moment est de la rassurer, ne pas le forcer à entrer en contact avec un inconnu et attendre patiemment que la phase se passe, sous 3-4 mois environ. Cette peur est aussi nommée « peur de l'étranger ». ⁴⁸

1.2.1.2. Miroir de l'évolution de ses angoisses internes

En période œdipienne (3 à 6 ans selon Freud), on assiste à des manifestations phobiques diverses telles que la peur du loup (notamment grâce au Petit Chaperon Rouge), la peur des animaux (vers 3-4 ans), puis des gros animaux (vers 4-5 ans) ainsi que la peur d'être seul dans une pièce ou plus tard la peur de la mort (vers 8 ans). Ce sont bien souvent des **manifestations d'un déplacement des angoisses de castrations** inhérentes à cet âge où l'enfant intègre la différence des sexes et des générations. Ces extériorisations sont alors le seul moyen de contrôler les angoisses internes qui font partie de son développement. ²¹

1.2.1.3. Protectrices

Ces **peurs** ne sont pas là par hasard. Par exemple, la peur du vide ou celle de l'étranger n'apparaissent qu'avec l'apparition de la locomotion. Ce n'est en effet qu'au moment où le petit enfant a « besoin » de ses peurs qu'elles apparaissent, **pour lui éviter de prendre trop de risques.** ¹¹

Les stimuli qui provoquent la peur peuvent heurter l'enfant et celle-ci fait donc partie d'un mécanisme d'autoprotection. Contrairement à ce que l'on croit, la peur, lorsqu'elle est canalisée et contrôlée, peut avoir une grande valeur ; par exemple la peur du feu va éviter à l'enfant d'être brûlé. Une éducation bien menée n'aura pas pour but d'éliminer ces peurs protectrices, mais plutôt de les canaliser vers des dangers réels et donc d'éloigner l'enfant des situations où il n'en existe aucune.

Cependant si à 2 ans ces peurs sont tout à fait prédictibles, à 3 ans, elles ne sont plus les puissants déterminants du comportement de l'enfant et deviennent complètement surmontables vers l'âge de 4 ans.¹¹⁶

Il faudra donc expliquer et démontrer à l'enfant qu'il n'y a aucune raison d'avoir peur dès sa première visite au cabinet dentaire.⁹⁷

1.2.2. Peurs dans le cadre de soins

L'odontologie est un milieu nouveau et différent, surtout pour les enfants préscolaires. Certains d'entre eux peuvent réagir défavorablement face à la nouveauté de l'environnement, à l'étrangeté des demandes du chirurgien dentiste, de son discours ou de ses actes.¹¹⁶

En 1995, Pinkham recense les peurs qui pourraient avoir un effet sur l'expérience dentaire de l'enfant et les classent en plusieurs catégories.

1.2.2.1. Peurs réelles

- les mauvaises expériences antérieures : les expériences de l'enfant ont une influence sur ses émotions et lorsqu'elles ont été traumatisantes, elles peuvent engendrer la peur de l'enfant.¹¹⁶

Récemment, l'académie américaine de pédodontie (AAPD) a recommandé que la première visite chez le chirurgien-dentiste se fasse vers un an, c'est à dire peu après l'éruption des premières dents de lait. Au moment de cette première visite, l'enfant a déjà eu de nombreuses expériences avec des personnes « en blouse blanche » et ces visites médicales ont pu souvent données lieu à des vaccins qui peuvent rester comme une expérience traumatisante pour l'enfant. Il ne fait donc aucun doute que le stimulus envoyé par la blouse blanche, la salle d'attente ou la secrétaire génère un haut niveau d'anxiété ou de peur chez l'enfant.¹⁵ L'effet de ces mauvaises expériences ne se limite pas à l'anxiété chez l'enfant ; en effet celui-ci

mémorise aussi la douleur et cette douleur diminue sensiblement le seuil de tolérance de l'enfant lors de ses prochaines visites chez un praticien.

- la peur des aiguilles : c'est une peur très commune chez les humains, qui persiste chez les adultes même si ceux ci ont eu de nombreuses expériences médicales et dentaires.^{38; 116}

La peur des aiguilles correspond à la peur des procédures invasives ; c'est une phobie spécifique.²⁸

- les peurs acquises par conditionnement : L'ensemble des premières perceptions de l'enfant à propos du chirurgien-dentiste n'est qu'une image construite à travers la vision maternelle à laquelle s'ajoutent les ouï-dire du père, des frères et sœurs et des camarades d'école.¹⁴⁹ Cet apprentissage par modèle, qui permet l'acquisition d'un comportement social par imitation, peut très bien être positif mais aussi négatif. Et si l'enfant a surpris une conversation entre adultes (souvent ses propres parents) discutant de leur expérience dentaire ou a vu ses parents souffrir avant, pendant ou après un rendez-vous dentaire, il peut éprouver une grande appréhension à l'idée d'un prochain rendez-vous dentaire.



Figure 2 Dessin de Rémi MalinGrëy.²³

Aujourd'hui l'odontologiste a une image positive notamment dans les publicités, on montre les rendez-vous dentaires comme une expérience agréable, non-effrayante et préventive (comme c'est le cas avec la campagne « M'T Dents »), on incite les parents à être plus positifs dans l'abord du sujet avec leur enfant et des mesures de prévention sont mises en

place dans les écoles avec des étudiants en dentaire. Toutes ces initiatives diminuent de beaucoup le poids de la peur de l'enfant acquise via l'entourage.^{15; 116} Cependant, au cinéma, l'image du chirurgien-dentiste reste toujours aussi négative, notamment dans les films d'horreurs.

1.2.2.2. Névroses d'angoisse

En décrivant les effets de l'anxiété, **Freud fait une distinction entre l'«anxiété réaliste» et l'«anxiété névrotique»**. Il suggère que cette anxiété réaliste a quelque chose d'un tant soit peu rationnel contrairement à l'anxiété névrotique. Alors que pour l'anxiété réaliste, l'agent « danger » est externe, bien établi, pour l'anxiété névrotique la situation dangereuse n'est pas externe, dans le monde réel, mais interne et représente un danger pour la personne. Cette différence est très importante car elle apporte une explication à la différence entre les peurs adultes et enfantines. Freud explique que l'enfant n'a que très peu de peurs réalistes et que par conséquent, il surestime sa force et peut se placer dans des situations très dangereuses. Les dangers « internes » que l'enfant expérimente, en particulier au cabinet dentaire, sont associés avec la peur de perdre sa mère, la peur d'être physiquement blessé et l'impuissance ou la perte de contrôle au cours des séances. Pour l'enfant qui « subit » des soins dentaires, ces peurs internes et théoriques s'associent à l'acte effectué et augmentent son niveau d'anxiété au cabinet dentaire.

Dans son article, Freeman prend l'exemple de Lisa, 5 ans. Elle est la plus jeune de 3 enfants et elle attend avec impatience de commencer l'école et de se faire de nouveaux amis. Mais quand ses dents sont regardées à l'école et qu'un rendez-vous chez le dentiste est pris, elle devient inconsolable. Elle refuse de s'asseoir sur le fauteuil et quand elle accepte finalement c'est pour refuser d'y ouvrir la bouche. Quand on lui demande ce qui l'effraie tant, elle explique que sa dent de devant bouge suite à une petite bagarre avec son frère et qu'elle craint que la dent ne tombe, que ça saigne et que ça fasse mal si le dentiste y touche. On peut voir ici que l'anxiété dentaire est la conséquence d'une menace liée à un danger « interne », basée sur les perceptions et l'imaginaire d'un enfant face à un traitement dentaire.⁵⁸

Freud a aussi expliqué que la **bouche était un centre de plaisir** et que le fait que le dentiste envahisse ce centre de plaisir provoquait chez l'enfant une réaction anxieuse très intense. Mais cette affirmation est entièrement théorique et ne repose sur aucune preuve scientifique.¹¹⁶

1.2.2.3. Peurs transmises par la propre peur du Chirurgien-dentiste

Le comportement des dentistes au cours de soins est très clairement dépendant du niveau d'anxiété de l'enfant soigné. **Au cours des soins effectués sur des enfants relativement anxieux, on a observé que les dentistes étaient plus directifs** que pendant des soins sur des enfants peu anxieux. Ils ont aussi plus tendance à ignorer ou à dénigrer les émotions de leur jeune patient.

Or Weinstein conclut ses études en disant que la plupart des dentistes, mis dans de telles conditions, avaient tendance à être contre-productifs et que le déni d'émotion ou le manque de considération créent encore plus d'anxiété chez l'enfant déjà anxieux.¹⁴⁵

L'élément émotionnel dans la relation praticien-enfant a un rôle primordial. Aussi le praticien, avant tout chose, devrait se poser la question : « suis-je émotionnellement capable de me mettre à la portée de l'enfant pour réussir les soins dans les meilleures conditions ? ». Si la réponse est négative, il est préférable d'adresser l'enfant à un confrère habitué à cette relation spécifique.¹⁴⁹

1.3. Manifestations de l'anxiété lors de soins dentaires chez l'enfant

Les réponses à l'anxiété liées aux soins dentaires peuvent être multiples et variées²³ :

- des réponses physiologiques comme l'hypersudation ou l'augmentation de la fréquence cardiaque,
- des réponses comportementales (fuite, langage du corps...),
- des réponses cognitives (interprétation, pensées anxiogènes...).

1.3.1. Manifestations comportementales

Le comportement est la manière d'être ou d'agir d'une personne pendant une période brève ou prolongée de sa vie ou lorsqu'elle est confrontée à des circonstances particulières.

1.3.1.1. Stade de développement comportemental

De la petite enfance à l'adolescence, les capacités de coopération de l'enfant évoluent.⁹¹ Le chirurgien dentiste doit ainsi évaluer **la maturité comportementale** de l'enfant en observant son degré de socialisation, son développement intellectuel ou encore son autonomie.

Classiquement, on distingue **deux stades comportementaux** par ordre chronologique en fonction de l'âge de l'enfant : le stade pré-coopérant puis le stade coopérant durant lequel l'enfant peut être coopérant ou non coopérant.^{82; 91}

Nous envisagerons aussi rapidement le stade « adolescence » dans lequel ces repères sont un peu bouleversés.

1.3.1.1.1. Stade pré-coopératif

Cette période s'étend classiquement de la naissance à 3 ans. Ce stade est caractérisé par un réel manque de capacités de coopération. Ses aptitudes de communication et de coopération ne sont pas assez développées pour permettre à l'enfant de participer à son traitement.⁸² Contrairement à l'enfant avec des capacités cognitives plus abouties, l'enfant pré-coopératif ne présente pas de grandes capacités d'adaptation et de réponses aux stratégies traditionnelles de communication. Il a des périodes d'attention très courtes voire négligeables.¹⁰²

Les enfants avec des déficiences mentales ou des retards du développement peuvent rester indéfiniment dans cette catégorie.⁸²

L'enfant pré-coopératif exprime, de façon typique, son anxiété ou sa frustration ainsi que son incapacité à contrôler son environnement à l'aide de **comportements de résistance ou combatifs** ; ce qui malheureusement contribue à rendre l'expérience dentaire désagréable ou traumatisante pour l'enfant mais aussi ses parents et l'équipe dentaire.¹⁰²

On peut ainsi voir un grand nombre d'enfants moins de 3 ans refuser d'entrer dans la cabinet ou d'ouvrir la bouche. Cette expression d'anxiété varie d'un enfant à l'autre : certains pleurent, hurlent ou se débattent, d'autres sont beaucoup moins expansifs mais leur crainte se décèle au travers d'une tension musculaire et d'une expression faciale tendue.¹⁰²

Heureusement, les caractéristiques varient d'un individu à un autre et on peut aussi voir de jeunes patients qui acceptent d'emblée les soins dentaires, aussi jeunes soient ils.¹⁰² Mais généralement quand un nourrisson ou un jeune enfant entre dans le cabinet, on considérera qu'il est dans le stade pré-coopératif à moins que son comportement n'ait prouvé le contraire.

1.3.1.1.2. Stade coopératif

Les enfants qui sont sortis de la catégorie pré-coopératif sont maintenant capables de tenir une conversation et de suivre des instructions.⁸²

Une fois ce stade atteint, on différencie deux « sous catégories » d'enfants : coopérants ou non coopérants :⁹¹

l'enfant **coopérant** est facile à reconnaître, il répond bien aux questions, n'a pas de signes extérieurs d'appréhension ou de réticence et suit bien les instructions avec parfois même un peu d'enthousiasme.

l'enfant **non coopérant** peut être plus positivement appelé enfant « potentiellement coopérant ». Les indicateurs du développement montrent qu'il devrait être capable de coopérer mais qu'il ne le peut pas et les facteurs qui affectent ce potentiel peuvent être internes ou externes. Ces facteurs se réduisent le plus souvent à des problèmes déjà évoqués que sont la peur et le degré d'acceptation des conditions de travail (perte de contrôle, inconnu...) d'une part et/ou les mauvaises expériences médicales antérieures ou l'appréhension des parents d'autre part.⁸²

1.3.1.1.3. Adolescence

L'adolescence est une période pendant laquelle l'individu, souvent anxieux, cherche sa place et se pose beaucoup de questions.¹⁴⁹

Face au dentiste, le patient adolescent peut adopter des **comportements et des attitudes très différents**.²⁵ L'adolescent est le plus souvent prêt à **coopérer**, notamment pour satisfaire son ego⁹⁷ ou s'identifier à un monde d'adulte qu'il souhaite intégrer²⁵ ; mais il peut également **refuser** les soins dentaires quand il est en opposition avec ce même monde adulte et l'autorité parentale à laquelle il refuse de se soumettre.^{25; 149}

L'amener à s'affirmer et à s'exprimer, tout en respectant les règles du cabinet et les servitudes du traitement, à travers le dialogue, l'identification de ses désirs, un environnement adapté à ses besoins, un planning de soins établi avec lui en fonction de son agenda, le vouvoiement quelques fois, combattront une inhibition profonde fréquente et apprivoiseront toute agressivité. La règle générale pour cette tranche d'âge est donc : « **considération et fermeté** ». ¹⁴⁹

1.3.1.2. *Enfant coopératif*

L'enfant qui a peur ou qui est anxieux peut être très coopératif. Ce mal-être se lira essentiellement à travers l'expression faciale et le langage du corps.²⁵

1.3.1.2.1. **Le langage du corps**

Ce langage du corps est très significatif. Un enfant apeuré va présenter **une attitude contractée, replié sur lui même**, coincé contre un mur ou un parent. Il fera preuve d'une tension importante ou au contraire d'une inertie complète. Il peut aussi présenter diverses attitudes comme une grande timidité ou une impatience fortement « exprimée »... bien que les soins restent possibles, on sent une tension importante.^{23; 149}

On voit donc l'enfant exprimer son appréhension par un langage non verbal. Ce langage apparaît dès les premières années de vie et se traduit par des variations de tonus musculaire : grande tension est synonyme de frustration alors que détente musculaire correspond plus à de la plénitude.²⁵

1.3.1.2.2. **L'expression faciale**

Shinohara et coll. expliquent dans un article paru en 2005 que l'échelle de Frankl, que l'on utilise très fréquemment en cabinet, fournit trop peu d'éléments bien définis pour l'observation de l'enfant. En opposition à cette échelle succincte, ils ont donc présenté l'échelle d'évaluation comportementale ou BES (Behavior Evaluation Scale) qui comporte 37 éléments dont beaucoup se référant à l'expression faciale de notre jeune patient.

On y trouve par exemple^{23; 134} :

- regarder avec insistance l'équipement dentaire,
- observer les dents du dentiste,
- rouler des yeux,
- cligner des yeux.

L'étude conclut quand même que l'utilisation de ces éléments de questionnaire est très restreinte car elle ne s'applique qu'à un âge donné (ici l'échantillon avait entre 3 et 9 ans). Trop jeunes, les enfants ne se « canalisent » pas trop et utilisent plus un comportement non coopératif, plus âgés, les enfants autorégulent mieux leurs émotions et ce test peut devenir obsolète.

1.3.1.3. *Enfant non coopératif*

Le comportement non coopératif de certains patients rend parfois les soins dentaires difficiles voir impossibles. Cette **absence de coopération** conduit souvent le praticien à modifier son projet thérapeutique, au risque de compromettre le traitement, et par ce fait d'endurer un stress personnel supplémentaire.¹³⁷

Comme nous l'avons vu précédemment, Shinohara et coll ont effectué une classification des différents comportements anxieux. Les éléments de leur étude ont été regroupés en 3 catégories : les comportements d'échappement, les comportements de self défense et les expressions faciales. La dernière catégorie est plutôt à citer pour les enfants coopérants, car elle ne crée pas d'interférence lors des soins.¹³⁴ La différence entre échappement et self défense n'est pas très nette mais Shinohara dit associer ce qui concerne les membres avec l'échappement et ce qui concerne les mouvements du corps avec les comportements de self-défense.

1.3.1.3.1. **Echappement**

Les comportements d'échappement retenus par Shinohara sont par exemple:

- les mains sur la bouche,
- bouger les mains,
- bouger les pieds.

D'autres articles énumèrent d'autres comportements d'échappement tels que refuser d'ouvrir la bouche, fermer la bouche pendant les soins ou refuser de s'installer sur le fauteuil.⁹²

Toutes ces réactions correspondent aux gestes qui permettent de **se soustraire, de s'échapper des soins**. On peut donc aussi citer le besoin de tousser, de se rincer la bouche, les cris (« Ca fait mal ! ») ou « Non, non , non »)ou les pleurs insistants^{23; 134}.

1.3.1.3.2. **Comportement de self-défense**

Ces comportements ont pour but de **retarder au maximum les soins** prodigués par le praticien. Shinohara et coll. en ont retenu 3 appartenant à cette catégorie :

- mettre ses mains sur sa poitrine,
- retenir les mains du dentiste,

- agiter des jambes de bas en haut.

1.3.1.4. Interactions entre anxiété dentaire et problèmes de comportement

En s'appuyant sur un graphique de Klingberg de 1995, Koch et Poulsen expliquent, en 2001, les interactions qu'il existe entre l'anxiété dentaire et les problèmes de comportement. L'intérêt principale de cette recherche, ainsi que de nombreuses autres, était de montrer que ces deux aspects chez l'enfant ne sont pas systématiquement corrélés à 100%.^{75; 79}

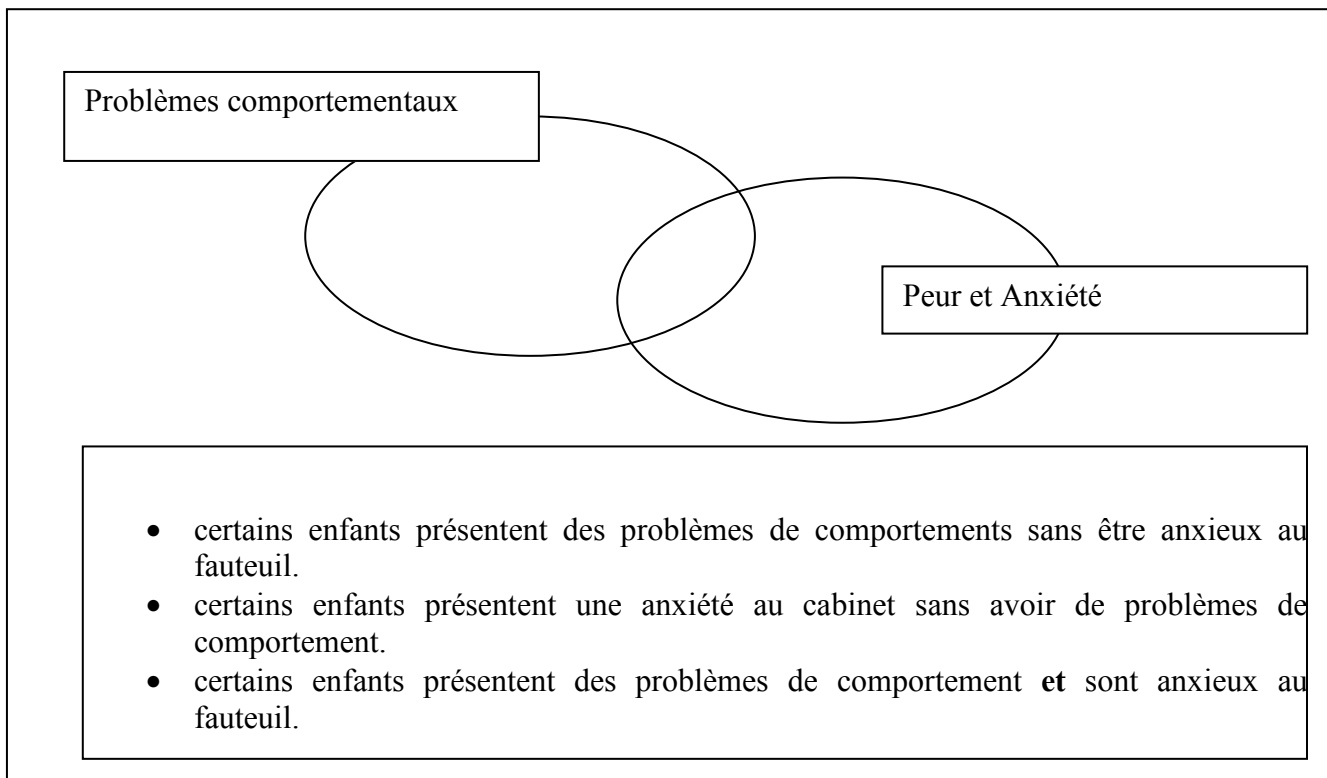


Figure 3 Interactions entre peur/ anxiété dentaire et problèmes de comportement.⁷⁹

Des études publiées en 2004 montrent que les enfants, qui sont décrits comme anxieux, sont **2,4 fois plus enclins** à se comporter négativement au cours des soins que ceux qui sont peu ou pas anxieux.¹⁶

Ces études concluent qu'il y a quand même plus de la moitié des enfants anxieux qui se comportent correctement au fauteuil, on appelle cela les comportements coopératifs, ils ne gênent pas le bon déroulement des soins mais on peut percevoir l'anxiété de l'enfant. Dans ce cas, le dentiste note cependant une grande tension générale chez l'enfant.

Au contraire les comportements non coopératifs dérangent les séances de soins et cela chez 40% des enfants anxieux. On assiste à des cris, des pleurs ou une agitation motrice importante.¹⁰³

		Comportement de l'enfant		Prévalence de comportement négatif
		Négatif	Positif	
Anxiété dentaire	Elevée	40 %	60 %	2,4
	Faible	17%	83 %	

Tableau 3 Relation statistique entre peur/anxiété dentaire et problèmes de comportement d'après Baier et coll.¹⁶

Il semble que le jeune enfant extériorise beaucoup plus et donc paraît moins coopératif que l'enfant plus grand qui se manifeste plus discrètement.²³

Ces études nous apprennent que seuls 40% des enfants anxieux au cabinet dentaire présentent un comportement qui interfère avec nos soins, nue fois sur le fauteuil.

1.3.2. Manifestations cognitives

La cognition représente la connaissance, la compréhension, le raisonnement. C'est également l'ensemble des processus psychiques participant à la réalisation d'une action à partir de son intention.

L'importance de ces facteurs cognitifs est mise en avant par Armfield dans un article en 2007.¹³ Jusqu'alors les études attribuaient l'acquisition de l'anxiété aux traumatismes physiques et psychologiques des expériences dentaires passées. Les résultats d'Armfield nous montrent qu'en fait de nombreuses personnes hautement anxieuses ne se souviennent pas d'avoir été dans une telle situation. Il existe donc des schémas cognitifs qui se mettent en place et qui mènent à la création d'une véritable peur du cabinet dentaire.

1.3.2.1. *Évitement*

La peur de l'expérience dentaire peut mener à des situations d'évitement. Ainsi **les patients anxieux manquent souvent leur rendez-vous**. Ce comportement s'applique plus aux adolescents, qui viennent aux séances ou prennent les rendez-vous par eux-mêmes. Plusieurs

études visant à évaluer l'effet de l'anxiété et de l'évitement des soins sur la santé bucco-dentaire indiquent que la prévalence carieuse est plus élevée chez les patients qui ne consultent pas donc aussi chez les patients anxieux.¹³⁷

Le patient entre alors dans un cercle vicieux^{79; 137} :

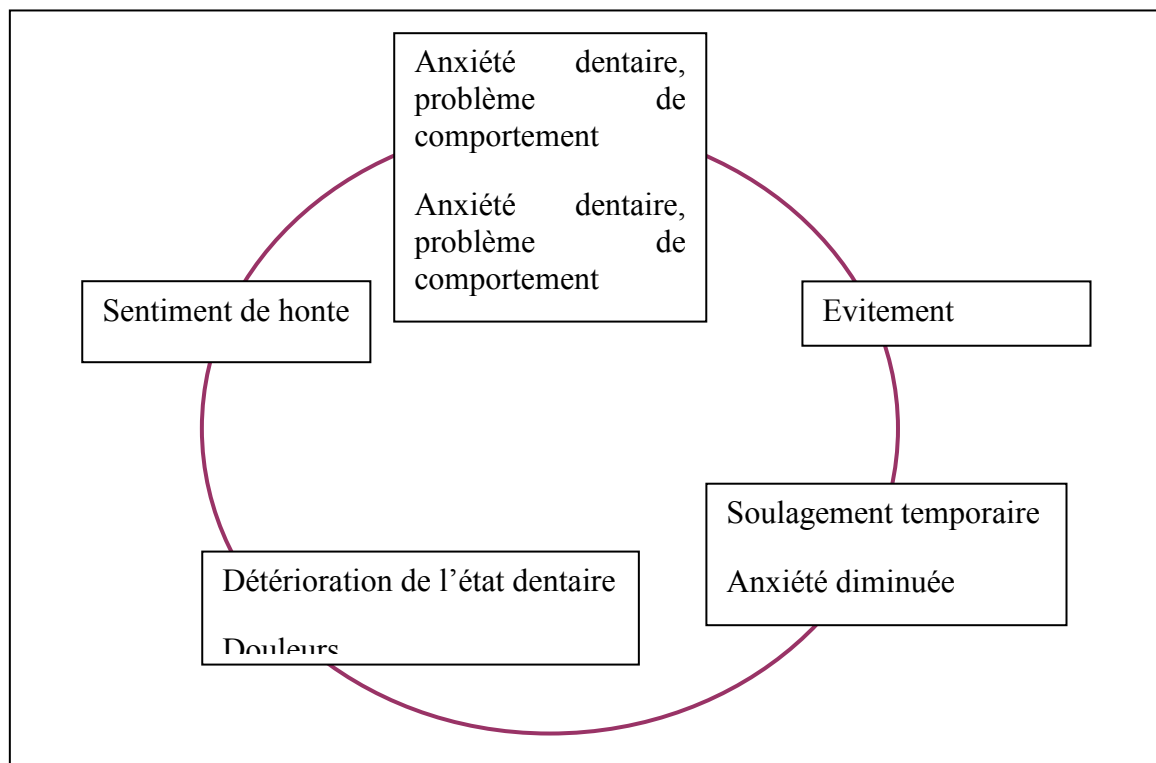


Figure 4 : Cercle vicieux lié à l'évitement des soins dentaires.¹³

1.3.2.2. *Pensée anxieuse et discours interne*

Prins (1985) a mené une étude, chez des enfants d'environ 10 ans, sur la relation entre le niveau d'anxiété et le discours interne (self speech). Le discours interne y est défini comme **l'ensemble des aspects du dialogue interne de l'enfant, incluant ce qu'il se dit à lui-même à propos de son environnement, de son comportement ou des relations entre les deux.**¹¹⁷

Cette étude a permis de montrer que beaucoup d'enfants, mais pas tous, rapportaient avoir des discours internes. Il n'y a eu aucune distinction de faite entre le discours que se tient l'enfant dans la salle d'attente ou au fauteuil.

L'auteur a ainsi différencié 2 types de discours internes : les négatifs et les positifs. Les **discours internes négatifs** sont assez caractéristiques d'un comportement anxieux. Ces pensées prennent place à différents moments :

- en anticipation : « je vais avoir mal », « je vais avoir une piqûre »...
- dans la salle d'attente « j'aurai préféré que le dentiste soit absent/malade... »,
- sur le fauteuil « ce produit va piquer », « je serai mieux à la maison ».

Les **discours internes positifs** arrivent beaucoup plus rarement chez les enfants. « oh, super pas d'école », « il va falloir être courageux si ça fait mal »... Il existe aussi la catégorie des discours internes neutres mais qui sont eux aussi peu utilisés (« Que va me faire le dentiste ? »)

Ce dialogue interne va avoir deux conséquences totalement opposées sur l'anxiété :

il peut être **néfaste** s'il facilite, provoque ou maintient le niveau d'anxiété.

il peut être **bénéfique** s'il permet à l'enfant de mettre en place une stratégie d'autorégulation et de contrôle.¹¹⁷

1.3.2.3. Autocontrôle

Certains enfants sont capables de maîtriser leur anxiété en pensant à quelque chose d'agréable ou en évitant de penser à quelque chose de menaçant.

Dans cette catégorie on retrouve toutes les actions qui permettent à l'enfant de contrôler sa peur comme les actions mécaniques (lever le bras en cas de problème), les actions cognitives (fixer sa pensée sur un moment agréable) ou encore la communication à visée anxiolytique avec l'entourage (conversation avec son accompagnant sur un sujet neutre ou agréable).¹¹⁷

Il a aussi été montré que les patients qui ne se sentaient pas en contrôle de la situation avaient une forte tendance à déprécier les soins dentaires. Ces patients ont besoin d'être actifs pendant le traitement pour pallier ce sentiment de vulnérabilité en ayant l'opportunité de poser des questions et dans une certaine mesure de choisir (la dent à soigner par exemple).⁹⁵

Armfield et coll. introduisent en 2008 le terme de « **modèle de vulnérabilité cognitive** » ; pour eux, c'est la cognition et non l'expérience qui représente l'élément central de

l'acquisition de la peur et de son expression. Sous ce terme de modèle il classe : la perte de contrôle, l'imprévisibilité, la dangerosité, le répugnant. Son étude montre que plus de 50% des sujets qui considèrent l'environnement dentaire comme fortement incontrôlable, ou comme fortement imprévisible, ou comme fortement dangereux présentent une forte peur liée aux soins dentaires.¹²

2. *Éléments prédisposant à l'anxiété dentaire*

L'enfant n'appartient pas au monde des adultes et sa prise en charge médicale et dentaire doit donc être différente. On ne sait rien ou presque de ce jeune patient. **Son comportement, dans la situation particulière du cabinet dentaire, résulte d'une série de conditionnements** qu'il a reçus de son environnement, plus spécifiquement de ses parents et plus encore de sa mère.¹⁴⁹

2.1. Facteurs propres à l'enfant

2.1.1. Caractère, personnalité

La personnalité est le résultat de la combinaison de prédispositions génétiques à certains comportements et à l'environnement social et familial.¹¹⁶

2.1.1.1. *Selon Greenspan et Salmon*

Greenspan et Salmon introduisent leur ouvrage par une observation qu'ils font concernant le comportement d'enfants difficiles : « ce n'est pas votre faute, mais la solution est entre vos mains ». Ce conseil s'applique à la fois aux parents mais aussi aux professionnels de la petite enfance.⁶⁷ Dans leur livre ils décrivent **5 types de personnalité** ainsi que quelques clés pour nous permettre de mieux comprendre et de mieux nous faire comprendre des enfants. Ils nous incitent cependant à nous servir avec prudence de cette classification car un enfant peut ne pas correspondre exactement à une classe mais au contraire en chevaucher plusieurs. Il appartient donc aux parents d'adopter la conduite la plus adéquate pour permettre à leur enfant de surmonter ses difficultés et dévoiler les dons qui lui sont propres.

2.1.1.1.1. Hypersensible

L'enfant **hypersensible** (ou *hyperesthésique*, pour reprendre le terme médical français) est souvent un enfant brillant, créatif, il s'exprime bien. Il est perspicace, perçoit et devine facilement les sentiments des autres. Cependant, l'enfant hyperesthésique même doué et

particulièrement intelligent, ne parvient pas à maîtriser son système sensoriel. Il peut donc facilement devenir collant, geignard ou autoritaire et exigeant.

Petit, l'enfant est souvent **capricieux, irritable** et donne l'impression, aux parents épuisés, de passer sa première année à pleurer en permanence. Normalement au bout de quelques mois, l'enfant se calme naturellement en commençant à s'intéresser à son environnement. Mais tout cela est inaccessible pour le bébé hypersensible, tout ce qu'il voit ou découvre (comme le fait de toucher la barbe de son papa...) l'indispose et le fait pleurer. Avec l'approche de la scolarité, l'enfant devient plus revendicateur (« mes chaussettes me serrent trop », « ce sandwich me fait mal à la bouche »...). A l'âge scolaire, l'enfant paraît égocentrique et exubérant, il fera preuve de beaucoup d'obéissance mais fera une scène si on l'emmène jouer dans un endroit inhabituel ou si on lui présente de nouvelles personnes (comme le dentiste...).

les comportements à éviter : petit quand il ne cesse de pleurer, **on le calme avec des câlins, des jus d'orange ou des jouets**. Plus tard quand il se sent rejeté par ses camarades, on reçoit pour lui d'autres enfants, on va au devant de tous ses désirs. A 11 ans, quand il se plaint d'avoir trop de devoirs à faire, on met la main à la pâte et certains parents vont jusqu'à se plaindre du volume trop lourd de travail de leur enfant. Malheureusement cela ne contribue qu'à rendre l'enfant plus désarmé et plus dépendant.

Comment l'aider ? l'objectif consiste à aménager l'environnement de l'enfant afin de lui permettre d'accéder aux expériences psychologiques essentielles à son développement affectif. L'enfant hypersensible a besoin de compréhension, de plus de sollicitudes, de compassion et de souplesse que la plupart des enfants. Dans le même temps, il lui faut plus de discipline. Autrement dit, il faut privilégier la carotte au bâton. De plus, il faut encourager l'initiative car ses émotions passives le laissent sans défense et sont difficiles à supporter pour tout le monde. L'objectif est d'aider l'enfant à ne pas se contenter de réagir à ses sensations par la fuite ou la colère et à prendre conscience de ses sentiments et des façons qui s'offrent à lui pour les maîtriser.

2.1.1.1.2. **Introverti**

Les parents d'un bébé qui a tendance à se replier sur lui-même se félicitent souvent d'avoir un **bébé si facile**. Ces bébés pleurent peu et restent volontiers dans leur poussette ou leur berceau à s'amuser avec leurs doigts ou à contempler un mobile. Il ne semble intéressé que par ce qui

se passe en lui, indifférent au monde extérieur, qu'il s'agisse du regard souriant de son papa, d'un nouveau jouet ou de la brise estivale sur sa peau.

L'inquiétude des parents se fait sentir quand ceux ci découvrent qu'il ne joue pas avec les autres enfants. Ces enfants passifs et trop calmes ; ce sont les Professeurs Tournesol de la vie, plus à l'aise dans leurs rêves que dans la réalité.

les comportements à éviter : malheureusement, il est très facile de **baïsser les bras** sans s'en rendre compte avec un enfant introverti. Tandis que les autres enfants « apprennent » à leurs parents ce dont ils ont besoin en revendiquant, l'enfant introverti dépend complètement de l'initiative parentale. Il a besoin d'être très énergiquement sollicité pour s'intégrer au monde environnant. Les parents d'un tel enfant peuvent facilement se laisser absorber par leur travail ou leurs activités puisque l'enfant semble si bien se passer de leur attention.

Comment l'aider ?: Il est important de rappeler que ces enfants ne désirent pas délibérément s'isoler dans leur propre univers ; il leur est seulement plus facile de se replier que de s'intégrer au monde réel. Plus on réussit à sortir l'enfant de lui-même, plus on l'implique dans la réalité, plus il y prendra goût. **Il faut pétiller d'enthousiasme**, cela ne signifie ni harcèlement, ni activisme (« Hé, Emilie, regarde-moi ! Regarde-moi ! Tu ne me regardes pas là ! Emilie! Tourne-toi !... ») mais l'expression, l'intonation, le tonus doivent donner l'impression d'une personne avec qui il doit être bien agréable de jouer ou de bavarder. La réponse de l'enfant ne doit rien avoir d'aimable ou d'enthousiaste, il s'agit seulement de susciter une réaction et de partir de là.

2.1.1.1.3. Réfractaire

Buté, négatif, autoritaire, l'enfant réfractaire transforme la moindre activité en épreuve de force. Sa première réaction en toute circonstance est systématiquement négative : « je ne veux pas ! », « je m'en fiche », « non »... Il se comporte en dictateur au sein de son petit univers. La plupart des enfants finissent avec le temps par adopter un mode de communication plus coopératif. L'enfant réfractaire, lui, semble en être resté au stade du « non ». Un tel enfant éprouve une grande difficulté à passer d'un point A à un point B (comme se lever, aller à l'école, s'asseoir à table...).

Le comportement propre à l'enfant réfractaire se manifeste dès la première année quand il accède à la communication intentionnelle. Il boude, geint, pleure la plupart du temps et rejette

toute tentative de consolation. Plus grand, il est généralement **très autoritaire**, il veut toujours faire à sa manière (l'heure du coucher, les vêtements qu'il doit porter, les gens qu'il est susceptible de rencontrer...). A l'école, l'enfant paraît plus pragmatique que ses petits camarades, il cherche à maîtriser une petite partie de son univers au lieu de se poser des grandes questions sur tout. Il reviendra inlassablement à la même question. Il a tellement besoin d'ordre et de maîtriser la situation qu'il préférera se concentrer intensément sur une seule tâche. L'enfant réfractaire manque de souplesse émotionnelle et est resté au stade du « tout ou rien ».

les comportements à éviter : on peut sans y prendre garde contribuer à l'opposition et la rébellion de l'enfant réfractaire en étant **trop envahissant et en lui imposant nos vues**. Parler trop fort, le chatouiller trop souvent ou le faire trop sauter dans nos bras peut le surstimuler. Le bébé ne fait pas face, proteste et pleure. En étant trop dirigiste, on peut perturber un enfant scolarisé, même quand celui-ci se livre à une activité agréable. Ce sont généralement les parents très stricts qui suscitent les plus formidables batailles de pouvoir entre eux et leur enfant réfractaire. Ils voient dans son esprit de contradiction une hostilité à leur égard et non une tentative d'organisation de son univers.

Comment l'aider? : la meilleure façon d'aider un enfant rétif est de prendre conscience de son sentiment d'insécurité et de vulnérabilité, et **d'être aussi apaisant que possible**. Il s'agit donc en premier lieu de gagner sa confiance, sans tenir compte de son hostilité et de lui offrir ce dont il a besoin, de faire en sorte que voix et gestes soient les plus apaisants possible. **Opposez à sa rigidité votre souplesse**. En parallèle, encourager la prise de conscience : attirez son attention sur ce qu'il fait et ne le faites pas quand il est en crise.

2.1.1.1.4. Distrait

L'enfant distrait semble voltiger dans la vie sans jamais s'attarder nulle part. L'enfant oublie par exemple de lacer ses chaussures, de rapporter à la maison les devoirs qu'il a à faire, de ramasser ses jouets. Ses maîtres disent **qu'il ne fixe pas son attention**, qu'il n'arrive pas à suivre, ni à se concentrer. Il est tête en l'air et saute constamment d'un sujet à un autre. On parle de plus en plus de « problème d'attention » dans les écoles. Ces problèmes ne sont pas uniquement un souci chez les enfants scolarisés, chez le nourrisson on observe aussi des difficultés à fixer l'attention sur un visage ou un jouet.

mécanisme de l'attention : certaines personnes croient que l'attention est un processus passif où l'enfant se contente d'ouvrir les yeux et les oreilles en laissant l'adulte l'inonder de sensations. En fait *faire attention* implique un processus beaucoup plus actif et dynamique où l'enfant qui prend un objet intègre mentalement différentes informations (couleur, sensation, bruit, fonctionnement...) C'est cet échange actif entre ce qu'il voit/perçoit et la manipulation du jouet qui aboutit à une concentration et à l'attention. Par exemple, lancer un ballon dans un panier : pour un droitier ce geste effectué avec la main droite provoque le plaisir de l'adresse, de la coordination des muscles, de la stratégie. La même chose effectuée de la main gauche est plus difficile et peut aboutir à la frustration d'avancer avec hésitation. L'activité est désagréable et l'enfant a envie d'abandonner. L'attention n'est pas la même.

comportements à éviter : Obnubilé par les problèmes d'attention de l'enfant, on a bien souvent **tendance à oublier ou minimiser les nombreux atouts de l'enfant**. En faisant toute une affaire des points faibles de l'enfant, on compromet les aptitudes qui permettraient de compenser ses difficultés. L'autre erreur consiste à traiter l'enfant distrait de façon rigide et stéréotypée. Comme on a l'impression que ces enfants ne sont pas motivés et sont incapables de réflexion, on leur dit toujours ce qu'ils doivent faire. Au lieu de les motiver et de les inciter à réfléchir sur leur comportement, on évite ainsi toute discussion.

Comment l'aider? Il aura plus besoin que les autres d'analyser ses comportements, ses sentiments, ses tendances. S'il est conscient des difficultés qu'il doit surmonter, il saura mieux s'observer et développer des facultés compensatrices. La tâche essentielle consiste donc à **le faire partir de ses points forts**, à le faire exceller dans les sphères où il est doué. L'enfant doit avoir *envie* d'apprendre ; cela doit être agréable et amusant (au contraire de pointer ses difficultés...). Au cours du développement, les parents peuvent remarquer que certains stimuli ont tendance à diminuer l'attention de leur enfant ; il suffira donc de les modifier : **exemple** : parler trop vite → concentration émue → parler plus lentement, séquences verbales plus courtes → attention fixée. Il faut essayer de jouer sur la corde réactive de l'enfant : si on se rend compte que l'enfant est un très bon auditeur mais a du mal à se concentrer visuellement, il ne faut pas « sauter » la difficulté. Cela prend un peu de temps mais on peut essayer d'associer une histoire avec des mimiques expressives pour l'aider à se concentrer sur le visuel avec un support qu'il aime : la lecture. On peut aussi conseiller l'utilisation du dialogue interne à visée positive. Cette aptitude se développe entre 5 et 12 ans. Cela permet par exemple de se rappeler périodiquement qu'il faut se concentrer et trouver un

procédé pour y parvenir. (à l'école un enfant qui prend des notes peut se demander régulièrement « qu'est ce qu'elle vient de dire ? » afin de recentrer son attention sur le problème).

Recours à un professionnel : si malgré ces petits changements l'enfant n'arrive toujours pas à fixer son attention on peut avoir recours à une orthophoniste (pour rééduquer ses difficultés du traitement de l'information), à un ergothérapeute (s'il souffre de difficultés motrices ou sensorielles qui l'empêchent de se concentrer), ou à un psychologue (pour lui montrer de nouvelles stratégies de comportement pour voir par exemple les choses « globalement » plutôt que de se perdre dans les petits détails quotidiens). L'aide psychologique aidera également l'enfant qui doit suivre un traitement médical dans le cas de troubles affectifs.

2.1.1.1.5. Actif-agressif

L'enfant impulsif et agressif est **toujours sur la brèche**. Il ne marche pas, il court. Il ne parle pas, il agit. Garçon ou fille, il se jette dans l'aventure la tête la première. Il fonce et puis il voit. Les enfants de ce type là, quand ils apprennent à utiliser leur énergie débordante de façon constructive, sont des actifs, inventifs, enthousiastes, meneurs d'hommes. Ils peuvent aussi facilement prendre mal les choses. Les enfants qui ont tendance à être agressifs le sont pour différentes raisons, certains parce qu'ils sont hypersensibles et facilement irritables, d'autres parce qu'ils ont besoin de fortes stimulations...Mais en comprenant l'origine physique et les raisons affectives, on peut se mettre au service de leur croissance et de leur développement émotionnel.

Petit l'enfant casse tout, pour la seule raison **qu'il passe son temps à tout manipuler**. A 10 mois, il aimera donner des coups de tête dans le ventre de son père, à 2 ans, il adorera glisser la tête la première sur le toboggan. Il veut tout toucher et s'emparer de tout ce qui se trouve à sa portée. Son besoin d'action et de mouvement peut donner à penser qu'il est distrait et inattentif : il faut alors regarder s'il tient correctement son crayon, s'il peut recopier (actif) ou s'il fait des gribouillis (distract). De plus, comme il ne comprend pas les situations, il les interprète mal. **Par exemple** : une fillette s'approche pour lui offrir un bonbon mais il la repousse car il a cru qu'elle voulait lui prendre quelque chose...

comportements à éviter : le manque d'affection peut rendre n'importe quel enfant agressif même s'il n'a pas tendance à rechercher des sensations fortes. Mais l'enfant agressif en quête

de ces sensations est simplement plus prédisposé à ce type de comportement. L'autre erreur courante à l'égard de l'enfant, sûr de lui et prompt à la colère, est **d'hésiter entre l'indulgence et l'explosion de rage**, avant d'en revenir au laxisme. Parce que l'enfant découvre en fait un univers doux et gentil, puis explosif pour redevenir doux et gentil. **Exemple** : Un enfant s'approchant d'une boîte d'allumettes : « Allons, Philippe, s'il te plaît ne touche pas aux allumettes. Tu ne m'écoutes pas Philippe. Écoute-moi... » Comme l'enfant sourit mais s'approche tout de même, la mère continue à essayer de l'en dissuader jusqu'à ce qu'elle explose. Elle a fait peur à l'enfant qui ne s'attendait pas à ce coup de colère. Ensuite la mère se sent coupable et tente de se rattraper en consolant son enfant...à force l'enfant n'arrive plus à décrypter les situations.

comment l'aider ? les parents doivent apprendre à exploiter l'énergie et l'exubérance de leur enfant en l'incitant à les mettre au service de la face généreuse et altruiste de sa personnalité et en l'aidant à résoudre ses problèmes de façon plus réfléchie. Avant toute chose, un tel enfant a besoin de protection, de tendresse et d'attentions. Il faut aussi comprendre la vulnérabilité qui se cache sous l'agressivité et désamorcer progressivement cette agressivité : les menaces et les punitions ne réussissent bien souvent qu'à effrayer l'enfant et à l'inhiber ; il faut donc adopter **une autre démarche qui consiste à modifier son point de vue de base** (le monde est un endroit dangereux) mais aussi montrer à l'enfant qu'il peut obtenir ce qu'il veut par d'autres moyens. Enfin l'entourage doit apprendre à éviter l'alternance d'attitudes contradictoires (mansuétude et explosion de colère) que l'enfant interprétera comme de l'incertitude.

2.1.1.2. Selon Manara et Sapelli

Manara et Sapelli ont, quand à eux, établi une classification s'appliquant aux enfants au fauteuil et qui reprend, par certains aspects, celle énoncée précédemment.⁸⁹

2.1.1.2.1. Coopérant

Il ne pose pas de problème car il a totalement **confiance** en ce qu'on lui fait

2.1.1.2.2. Qui collabore mais est tendu

C'est un enfant parfaitement coopérant car il veut montrer qu'il est à la hauteur de la situation vis à vis du dentiste, de lui-même et de ses parents. Bien qu'il résiste pendant toute la durée du traitement, à la fin il peut s'évanouir ou vomir. Il vit l'expérience odontologique **sous un**

immense stress, sa collaboration lui coûte une immense fatigue psychique et il est incapable de se relaxer de toute la séance.

2.1.1.2.3. **Rebelle**

Habitué à ce qu'on lui cède, il se comporte avec le dentiste comme avec ses parents. Il est **impoli, impertinent, habitué** à n'en faire qu'à sa tête.

On pourrait rapprocher ce comportement de celui de l'« enfant réfractaire » cité par Greenspan.

2.1.1.2.4. **Peureux**

Il se réfugie dans les coins, il **veut s'enfuir**, il a le regard terrorisé et implorant. Il est absolument impossible de soigner cet enfant tant qu'il n'aura pas réglé son problème de peur.

Ce comportement rappelle les côtés extrêmes de l'« enfant hypersensible » dans son côté disproportionné.

2.1.1.2.5. **Craintif**

Indécis, il demande des explications, pleurniche même parfois et ne sait que faire.

On retrouve des aspects de l'« enfant hypersensible » dans cette description comme le grand intérêt pour les détails ou les incidents affectifs/émotionnels qui le bouleversent beaucoup.

2.1.1.2.6. **Emotif**

Son comportement est **imprévisible**, étant donné sa fragilité émotive, son *hyperesthésie*. Il s'agit généralement d'enfants jeunes, ou qui continuent à dépendre totalement de leurs parents et qui n'ont pas encore élaboré de ligne de conduite personnelle. Leur réactions imprévisibles se manifestent par des mouvements subits d'humeur pouvant aller jusqu'à une interruption inattendue de la séance.

⇒ Bien entendu ces comportements peuvent se regrouper et ne sont nullement des vérités indiscutables. Il convient évidemment d'essayer de comprendre les réactions d'un enfant pour pouvoir les anticiper et s'adapter au mieux en créant ainsi un environnement propice au bon déroulement des soins.

2.1.2. Autres facteurs

2.1.2.1. *Fatigue*

Alors que la peur et l'anxiété sont les principales causes d'un comportement non coopérant, on peut aussi citer d'autres raisons, passagères mais non négligeables qui peuvent affecter un enfant lors de ses rendez vous. La fatigue et/ou la maladie (grippe, gastro-entérite...) peuvent **diminuer le seuil de tolérance d'un enfant** pour des actes inconfortables comme ouvrir la bouche (encore plus quand son nez est bouché), rester sans bouger ou attentif malgré le manque de sommeil.⁷⁸

2.1.2.2. *La peur d'avoir mal*

La douleur est un phénomène **subjectif**, c'est à dire ressenti différemment d'un individu à un autre. Contrairement à d'autres sensations qui surviennent de façon inattendue, elle peut facilement être anticipée. Cette anticipation fait naître l'anxiété ou la peur d'avoir mal qui est modulée et amplifiée par l'imagination. Ainsi les soins dentaires peuvent, pour les plus jeunes, devenir un évènement terrifiant, dans lequel le dentiste joue le rôle du « méchant », de l'agresseur. C'est là un élément psychologique qui vient marquer les premières expériences chez le dentiste.²⁵

De plus, l'enfant peut présenter un **seuil de douleur diminué**, ce qui limite encore plus le type de soins envisageables ou pose l'indication pour des anesthésies quasi systématiques avec l'appréhension de l'injection.⁷⁸ Ce sont les événements de la petite enfance qui abaissent ce seuil de douleur, différent selon les individus.

La compréhension de l'enfant (et sa vulnérabilité) pour la douleur varie considérablement en fonction de ses capacités cognitives et les réactions et pensées concernant un stimulus douloureux dépendent de son âge et de sa maturité. En addition à cela, des facteurs comme son développement socio-émotionnel, le support parental, le rapport avec l'équipe dentaire affectent sa capacité à gérer le stress, la douleur et l'inconfort.⁷⁹

2.1.2.3. *Problèmes de développement*

Le patient porteur de **handicap** peut présenter des difficultés variables, en fonction du problème originel : capacité d'attention brève ou négligeable, éventail limité de comportements pour faire face à une nouvelle situation, compétences cognitives immatures.

Leurs réponses peuvent être **maladroites dans des situations anxiogènes**. La déficience intellectuelle ne permet pas d'élaborer des mécanismes de réponse et de défense et l'anxiété s'installe plus vite.²³

Les enfants présentant une **hyperactivité** (Attention Déficit, Hyperactivity Disorder), des **troubles de l'attention** (Deficit in Attention, Motor control and Perception) et de **l'apprentissage** ainsi que des troubles psychologiques sont le plus souvent très anxieux. Or les DAMP et les ADHD sont tous les deux assez communs chez les enfants ; une étude épidémiologique a montré qu'en Suède 5 à 8% des enfants de 7 ans présentés un DAMP et 2 à 4% une ADHD.⁷⁹

2.2. Facteurs liés à l'environnement de l'enfant

2.2.1. Statut économique et social

Parce que la pauvreté diminue les opportunités de soins et augmente la prévalence des facteurs de risques sanitaires, elle est **l'unique prédicateur fiable d'une mauvaise santé et d'un mal-être chez l'enfant**. Un enfant né dans une famille pauvre sera plus enclin aux dépressions, à une faible estime de lui-même ou encore aux conflits avec ses pairs.¹²⁹

Les sociétés modernes présentent de nombreux groupes de personnes vivant en marge par un aspect ou un autre de leur vie et il a été reporté que les problèmes de peur au cabinet dentaire étaient plus fréquents dans ces populations (comme les immigrants par exemple). Les groupes avec de faibles statuts économiques et sociaux présentent plus fréquemment une anxiété et des troubles du comportement, par rapport à une population moyenne.⁷⁹ Bourassa explique en partie ce phénomène : les gens à faible revenu et dont le niveau d'éducation est relativement bas sont peu enclins à recevoir régulièrement des soins, premièrement à cause du coût de ces soins et deuxièmement, parce qu'ils ne sont généralement pas sensibilisés à l'importance d'un suivi médical. Ils auraient donc tendance à consulter le dentiste seulement en cas de symptômes, de douleur donc **dans une situation d'urgence**. D'où le cercle vicieux suivant: l'anticipation de la douleur provoque un phénomène d'anxiété qui fait éviter les soins ; l'état dentaire empire et nécessite des soins et des traitements plus intensifs, infligeant de plus grandes douleurs au patient.²⁵

Il semble possible de gommer en partie ces différences dans les pays où les soins dentaires pour les enfants sont gratuits. Cependant il existe des études suédoises et norvégiennes qui ont

échoué à montrer une corrélation entre le statut socio-économique et les peurs dentaires. Et une des explications fournies serait que la santé bucco-dentaire, elle, ne dépend pas de ce statut mais du niveau d'éducation des parents. C'est ce niveau d'éducation/sensibilisation qui fixe les priorités en matière de santé bucco-dentaire. Or qui dit bonne santé dentaire dit moins de risque carieux et donc moins d'inconfort et douleur en cabinet et moins d'anxiété.¹²⁹

Une autre étude¹¹⁸ donne quelques clés concernant ces problèmes de comportement liés au statut. En effet, lors de cette étude, les enfants de famille défavorisées ont principalement choisi l'élément « **être touché par un étranger** » comme raison de leur anxiété dentaire; il semblerait que ces enfants aient des vies plus instables, moins sécurisantes et donc qu'ils soient plus sensibilisés à la dangerosité d'un inconnu que les enfants de familles moyennes ou aisées.

On peut aussi citer le cas particulier des familles de réfugiés dans lesquelles on trouve des parents ayant des problèmes à fonctionner en tant qu'adultes ou parents « actifs » lors du traitement de leur enfant. Ces parents subissent généralement un important stress post-traumatique et le risque de développer une anxiété dentaire pour leur enfant est évident.¹²⁹

Si la pauvreté influence le comportement des parents, elle n'interfère en aucun cas dans l'amour que ces parents apportent à leurs enfants par rapport à d'autres familles. Et ces parents savent bien que leurs circonstances sociales et leurs états émotionnels affectent les interactions de leurs enfants.¹²⁹

2.2.2. Origine ethnique⁸²

Une prise en compte globale des **différentes cultures** est importante quand on prend en considération l'impact parental sur le comportement de l'enfant.

Cet aspect culturel est retrouvé dans **le régime et les habitudes alimentaires** de l'enfant. Ainsi la quantité de sucre peut varier d'un repas traditionnel à un autre et certaines pratiques, comme « sucer du citron » très en vogue dans les pays du Moyen Orient, peuvent avoir des effets très délétères sur la santé bucco-dentaire. Certaines cultures encouragent aussi l'allaitement prolongé ou les repas nocturnes. L'heure des prises alimentaires varie beaucoup et l'on peut voir que dans certains pays, les repas sont pris juste avant le coucher ou avant une longue sieste postprandiale, souvent dans les pays méditerranéens.

La **place accordée à la santé bucco-dentaire** varie beaucoup d'une culture à l'autre et même dans les pays développés on retrouve parfois l'idée que « ce ne sont que des dents de lait qui vont tomber de toute façon ».

Enfin, l'aspect culturel modifie l'éducation et les valeurs que chaque parent apporte à son enfant et ceci peut donc affecter l'influence du dentiste sur l'enfant notamment en ce qui concerne la prise en compte d'une autre autorité que celle de la famille.

2.2.3. Parents

« Les enfants sont les symptômes des parents. » *Françoise DOLTO*

Le problème n'est pas juste de traiter une dent, l'équipe dentaire rencontre, à ce moment, une famille.

Cette équipe ne peut pas résoudre seule les problèmes de comportements, les parents doivent prendre une part active en trouvant une façon de gérer les traitements dentaires de leur enfant. Une discussion, d'adulte à adulte est nécessaire pour évaluer leurs attentes et ce qu'ils pensent abordables pour leur enfant lors de soins (temps au fauteuil, écoute et compréhension des directives du praticien par l'enfant, appréhensions éventuelles...) De cette façon, le dentiste inclut activement les parents et obtient leur confiance. Cette technique permet de rassurer l'enfant et de protéger son intégrité ⁷⁹

2.2.3.1. Typologie parentale

2.2.3.1.1. L'attitude appropriée

Le parent est **aimant et protecteur** et pourtant **transfère sans problème son autorité** au dentiste. Le chirurgien-dentiste est « autorisé » à parler à l'enfant directement tandis que le parent facilite le procédé de communication et la création de liens au lieu de s'interposer.⁸²

Ces parents donnent à leur enfant un bon équilibre : ils sont affectueux, respectueux, donnent des limites fermes tout en conservant une certaine flexibilité. Ce comportement permet à leur enfant d'entretenir de bonnes relations sociales et d'avoir un comportement coopérant.¹²⁹

2.2.3.1.2. Les comportements problématiques

Cette classification a été établie en fonction des caractéristiques des parents qui interféraient fréquemment avec le travail du pédodontiste.^{82; 89; 97}

Sur la base de leur comportement dans le cabinet dentaire, on peut distinguer différents « types » de parents. Ils se manifestent surtout dans la phase initiale du rapport avec le chirurgien-dentiste ; à ce moment le risque d'interruption parentale est grand et le praticien est plus enclin à commettre des « erreurs » d'approche avec l'enfant.

Il faut cependant préciser que on se trouve très souvent face à des types parentaux « mixtes », avec des caractéristiques qui appartiennent à plusieurs catégories. Le comportement parental peut aussi évoluer selon les événements extérieurs.

2.2.3.1.2.1. Méfiants

Bien qu'ils aient reçu au début du traitement d'amples explications sur le déroulement du projet thérapeutique et sur le coût des soins odontologiques, ils ont **peur d'être exploités** moralement ou financièrement par le praticien. Bien évidemment, une information complète est nécessaire. Le facteur financier est abordé ici, chez l'enfant, car les études et observations ont été faites pour la plupart aux Etats-Unis où le système de prise en charge est différent de la France.

2.2.3.1.2.2. Impatients

Ils **ne supportent aucune attente** (indépendamment de sa durée) et voudraient voir diminuer le nombre de séances grâce à une concentration maximale du travail (et peu importe si le malaise de leur enfant se fait ressentir lorsqu'une séance se prolonge trop). Ils s'irritent du comportement de leur enfant, ne tolèrent pas qu'il ait peur de se faire soigner, rendant son effort à surmonter les difficultés encore plus difficile. Ils ne peuvent pas accepter leur enfant en tant que tel et attendent de lui un comportement qu'il ne peut pas assumer.

Avec patience et encouragement, on peut faire, de leur enfant, un excellent patient.

2.2.3.1.2.3. Anxieux

Ils souffrent d'une **peur spécifique du dentiste** par suite d'expériences personnelles négatives, qu'ils revivent en s'identifiant à leur enfant. Ces caractéristiques s'appliquent aussi aux parents qui s'inquiètent de toute situation nouvelle et qui ont en général des difficultés quotidiennes à gérer leur peurs, même en dehors de toute situation odontologique.

Cette anxiété parentale peut également être motivée par des expériences réelles (maladies passées de leur enfant ou difficultés lors des soins précédents), une profonde inquiétude pour

la santé de leur enfant. Elle peut aussi résulter d'un drame dans la famille (deuil, divorce, déménagement, chômage...) qui a pour conséquence la surprotection de l'enfant. Chaque incident est exagéré et ces enfants sont en général de bons patients dont il faudra cependant éliminer les peurs.

2.2.3.1.2.4. Contrôlants

Il s'agit généralement de **mères hyperprotectrices** qui semblent se réaliser à travers leurs enfants : elles les suivent donc de très près et ne cessent de contrôler leur rendement. Il ne faut pas, selon elles, perdre de temps car l'enfant doit également faire son travail scolaire ou diverses activités en rentrant à la maison et le dentiste devra généralement les rassurer à chaque fois sur le fait qu'il a donné le meilleur de lui même au cours de chaque séance.

Ces parents sont aussi souvent répertoriés comme **manipulateurs** ; ils cherchent à tout prix à diriger le rendez vous (on retrouve ici un peu des caractéristiques du parent « impatient »). Cette attitude cache souvent un problème sous jacent de contrôle et pouvoir.

Dans ce cas, il faut suivre à la lettre la politique de prise en charge d'un enfant établie pour le cabinet, afin de ne pas se laisser submerger par les directives parentales. Il faut aussi aider le parent à voir que cette attitude de constante opposition ne sert pas les meilleurs intérêts de leur enfant.

2.2.3.1.2.5. Agressifs

Ils ont **tendance à culpabiliser le dentiste**, généralement sans fondement, ils se plaignent de la cariosensibilité de leur enfant ou d'autres problèmes qui peuvent apparaître même si l'enfant a toujours fait l'attention d'excellents soins et de contrôles réguliers.

On classe aussi les personnes irascibles dans cette catégorie. Bien qu'elles essayent de contrôler leurs réactions, elles manifestent leur nervosité à la moindre contrariété et créent ainsi un climat de malaise relationnel. S'il s'installe lors de soins prolongés, il peut faire naître chez le dentiste un sentiment de frustration croissante.

2.2.3.1.2.6. Protecteurs

Certains parents ont tendance à fantasmer et à identifier la personne du dentiste comme le « méchant » dont on a besoin mais contre qui on se coalise et on combat.

Ces personnes, mues par ces **sentiments inconscients de persécution**, tolèrent et justifient tous les caprices de l'enfant et souvent même les consolent alors que la situation ne présente aucune difficulté objective, qu'il n'y a aucun risque d'éprouver de la douleur, comme s'ils voulaient souligner, par cette alliance avec leur enfant, leur « bonté » en opposition à la « méchanceté » de l'autre.

On décrit aussi des **comportements surprotecteurs**, qui peuvent se rapprocher d'une certaine façon, d'un comportement anxieux. Les parents ont risqué de perdre leur enfant ou l'ont eu tard, ils ont besoin d'une dépendance de leur enfant envers eux pour se sentir utiles, pour sentir qu'ils « contrôlent » la situation. Ces parents doivent être approchés par une discussion calme sur les compétences réelles de leur enfant à faire face, seul, à une difficulté et à son besoin grandissant d'indépendance. Un fort lien de confiance doit s'établir entre les trois acteurs (le dentiste, l'enfant, les parents) pour que cette relation de soins soit un succès.

Cette protection excessive peut alors prendre **deux aspects** : la domination (caractéristique du parent « contrôleur ») ou l'indulgence sans limite.

Ce genre de parents **dominants** produit généralement des enfants très timides, délicats, soumis et peureux qui sont, en principe, de bons patients car ils répondent sans discuter à toute forme de discipline.

L'**indulgence excessive**, par contre, va conduire à un enfant têtu, capricieux et égoïste. Ces enfants sont très difficiles à soigner mais en dosant discipline, fermeté et compréhension, on peut en faire d'excellents patients. Très souvent, ces parents refusent de les laisser entrer seuls dans la salle de soins, il faut alors user d'une bonne dose de tact et de fermeté.

2.2.3.1.2.7. Passifs

A l'opposé des précédents, dès la première rencontre, ils **délèguent totalement au dentiste** le « pouvoir » de soigner. Ils adoptent une attitude passive et dépendante qu'ils transmettent généralement à l'enfant, à qui ils ne demandent aucune participation active, l'empêchant ainsi d'affronter une expérience qui le ferait mûrir, grandir.

Ce sont généralement des personnes qui nourrissent envers la médecine et ses représentants des attentes magiques.

2.2.3.1.2.8. Négligents

Ces parents peuvent être **très occupés** par leur travail, ne pas évaluer l'importance des soins dentaires ou y être indifférents. Ils **rejettent leur enfant ou l'ignorent** et celui-ci a tendance à être très introverti. Il peut faire preuve de comportements très inadaptés pour qu'on le remarque. Il nous faut faire comprendre à l'enfant qu'il aura notre attention et notre approbation, mais uniquement dans la mesure où il se comporte convenablement dans notre cabinet.

Les parents doivent être, quant à eux, informés sur l'importance de la santé bucco-dentaire et sur l'impact de leur attitude sur le bien être de leur enfant.

2.2.3.2. *L'éducation des enfants*

« Pour le meilleur et pour le pire, chacun de nous transporte en soi sa famille originelle, en tant qu'ingrédient, en tant que constituant de son organisation comportementale propre, tantôt comme un poids et une source de limitation, tantôt au contraire comme une force et une richesse » Osterriech, 1970.¹²⁴

2.2.3.2.1. La famille : unité éducative universelle

C'est généralement au sein de la famille que l'enfant passe les premières années de sa vie. Un grand nombre d'apprentissages de base s'y réalise. La transmission des habitudes et des modes de communication, la socialisation de l'enfant, la transmission des valeurs morales, des règles sociales et des modes privilégiés d'adaptation à l'environnement physique (hygiène, nutrition, etc.) se font dans la famille.¹²⁴ On pourrait dire que **chaque famille possède ses rudiments d'une théorie éducationnelle.**¹¹⁰

La façon dont les standards sont transmis semble aussi avoir une influence significative sur l'enfant. Par exemple, une mère peut expliquer à son enfant que le lait est bon pour la santé. Si l'enfant demande « pourquoi ? » et que la mère lui répond « parce que je te le dis », la compréhension de l'enfant sera moins favorisée qu'avec une explication adaptée à son niveau. L'effet du développement de la situation sur le développement intellectuel de l'enfant sera différent selon que son milieu familial encourage le questionnement face à la réalité ou décourage ce dernier en imposant les faits d'autorité.¹³¹ L'enfant qui reçoit les justificatifs aux normes qu'on lui propose intègre non seulement les directives mais aussi les raisons qui les motivent. L'enfant à qui l'autorité parentale impose des directives d'autorité, perd non

seulement le contact qu'implique l'échange avec le parent, mais aussi la stimulation qu'apporte la compréhension du « pourquoi » d'une situation.¹²⁴

2.2.3.2.2. Modèles d'éducation

Principalement, **trois styles d'éducation** ont été décrits dans la littérature.^{79; 124} Alors que le style autoritaire devient de moins en moins commun, le style permissif se rencontre de plus en plus fréquemment. Cela engendre donc des enfants qui ont souvent du mal à coopérer, avec l'équipe dentaire, aussi bien que leur âge et leur développement chronologique le laisseraient penser.

2.2.3.2.2.1. Le style autoritaire

Il est caractérisé par des **limites strictes**, des punitions, une distance émotionnelle ainsi qu'une toute puissance dans les désirs parentaux. Les enfants élevés dans ce style deviennent souvent méfiants et soupçonneux, hostiles et malheureux. Les directives proviennent des parents, **sans possibilité de discussion** par l'enfant.

2.2.3.2.2.2. Le style permissif

Dans ce type d'éducation, les règles peuvent être enfreintes, les **attentes envers les enfants sont faibles**. Le parent cache son irritation et a souvent une attitude réconfortante et aimante envers son enfant. Celui-ci grandit en manquant d'indépendance, d'estime personnelle, de self contrôle et semble malheureux. Il a tendance à faire du cinéma et à être effrayé parce qu'il n'a pas une réelle idée de ce qui va se passer et parce qu'il n'a pas le support parental nécessaire pour faire face à une nouvelle situation et à ses exigences. Dans ce style d'éducation, la famille n'intervient pas pour dicter des normes et pratique une politique de « laisser faire » par rapport à ses membres.

2.2.3.2.2.3. Le style autorisant/ démocratique

Dans ce type d'éducation, les parents semblent avoir une vision « démocratique » des relations, sont **clairs à propos de leurs règles** et demandes mais sont **ouverts au dialogue** avec leur enfant. Ils sont compréhensifs et à l'écoute de ses besoins et de ses souhaits, le tout dans une attitude affectueuse. Et à l'intérieur de ces limites clairement définies, l'enfant a ainsi la possibilité de faire de nouvelles expériences et son indépendance est accompagnée. Ces enfants développent généralement une bonne aptitude à s'autocontrôler, une bonne estime

personnelle, sont capables de coopérer et semblent bien dans leur vie. Dans ce style, les règles à suivre peuvent être modifiées ou créées à partir de discussions parents-enfants.

→ Il est aussi à noter que l'on voit émerger un **quatrième type éducationnel appelé « overindulgent »** ou le « trop-indulgent ». Dans ce cas, les parents se sont un peu intéressés aux aspects pédopsychiatriques de l'éducation et émettent des inquiétudes concernant les dommages qui pourraient être causés à l'estime personnelle de leur enfant. Ces parents posent peu de limites et autorisent leur enfant à faire des choix plutôt significatifs. Ce sont des partenaires de soins assez difficiles car ils sont souvent convaincus que leur « oui » est d'un meilleur intérêt pour leur enfant que notre « non ».

		Facteur de Nurturance	
		Fort	Faible
Facteur de restriction	Fort	DEMOCRATIQUE	AUTORITAIRE
	Faible	PERMISSIF	SUR-PROTECTEUR

Tableau 4 : Diagramme illustrant les styles d'éducation parental.⁸⁰

Ce tableau est présent dans une étude qui conclut que le niveau d'anxiété de l'enfant et son comportement au fauteuil ne dépendraient pas du style d'éducation qu'il a reçu. Dans ce diagramme, le terme « Nurturance » est utilisé pour décrire les soins tant physiques et psychologiques que spirituels que l'on dispense à un enfant. Comme cette étude décrit une situation où les parents ne sont pas autorisés dans la salle de soins, les résultats semblent fortement souligner l'influence que l'équipe dentaire peut avoir sur l'enfant. Ces conclusions sont néanmoins pondérées par le fait que l'éclatement de la dyade parent-enfant peut aussi modifier la donne ; en créant une distance artificielle entre le parent et son enfant on fait ainsi de la place pour réaffirmer une communication entre le dentiste et l'enfant en dehors de toute norme éducationnelle.

Il semble que ce soit le style démocratique qui favorise le plus l'autonomie et la coopération sociale. Les styles autoritaire et permissif peuvent empêcher l'enfant de vivre les expériences nécessaires à son adaptation sociale autonome.²⁰ Un cadre de référence autoritaire peut faire que l'enfant soit démuni lorsque laissé seul face à une décision à prendre, et l'absence de lignes directrices qu'implique un cadre trop permissif peut gêner l'adaptation sociale en favorisant un non-conformisme excessif.¹²⁴

2.2.3.2.3. Dyade mère-enfant

Dans sa recherche pour créer un guide clinique de communication au cabinet, Freeman établit qu'il est indispensable pour l'opérateur d'identifier avant toute chose le type de relation qu'il existe entre l'enfant et sa mère afin de mener à bien une relation thérapeutique. Il définit trois types de dyades : compétente, agressive et anxieuse.

L'auteur conclut que des problèmes de communication peuvent apparaître avec les mères des dyades anxieuses et agressives. Les situations nouvelles et anxiogènes sont enclines à déclencher des comportements régressifs et perturbateurs chez la mère et l'enfant de ces dyades et on assiste à des attitudes plus intrusives et inadaptées de la part de ces parents lors des séances de soins.

Freeman conseille donc aux praticiens de s'appliquer à devenir efficaces dans la reconnaissance des dyades mère-enfant et ce afin de pouvoir établir avant les soins une alliance avec les parents et de réduire leurs interventions inappropriées.

Types de dyades mère-enfant	Caractéristiques
La dyade compétente	<p>La mère se comporte de façon consistante</p> <p>La mère pose des limites et contrôle le comportement de son enfant</p> <p>Interaction émotionnellement positive avec son enfant</p> <p>Nourrit et encourage l'indépendance de son enfant et le développement de ses capacités sociales</p>
La dyade agressive	<p>La mère se comporte de façon inconsistante</p> <p>La mère pose peu de limites au comportement de son enfant</p> <p>La mère est alternativement attentive/inattentive, étouffante/distante émotionnellement</p> <p>Si l'enfant fait preuve d'un comportement négatif, la mère y répond d'une façon inappropriée ou agressive</p>
La dyade anxieuse	<p>La mère se comporte de façon autoritaire</p> <p>La mère place des limites très strictes et inhibe la prise d'autonomie ou le développement des capacités sociales de son enfant</p> <p>La mère est « négative » et punitive</p> <p>La mère montre peu de chaleur ou de réactivité face aux besoins de son enfant</p>

Tableau 5 : Caractéristiques des dyades mère-enfant .⁵⁹

Dans une étude de Moore et coll., il a été trouvé qu'en général, les mères d'enfants anxieux étaient moins chaleureuses que les autres et ceci indépendamment de leur propre niveau d'anxiété.⁹⁶ Les auteurs en concluent que la critique et le rejet maternel jouaient un rôle significatif dans le développement de l'anxiété chez l'enfant.

Enfin, bien que les parents d'enfants anxieux appliquent pour la plupart une éducation de type anxieuse et sur-protective, il semble que ce soit **le rejet qui soit le plus fortement associé aux problèmes d'anxiété juvénile.**²⁷

2.2.3.3. Anxiété d'un ou des 2 parents

De nombreuses articles étudiant l'anxiété en tant que problème (en opposition à l'anxiété en tant qu'étape du développement) ont montré 3 types d'acquisition : apprentissage par modèle, information négative et conditionnement.¹⁰⁰ Assumant que les parents sont les modèles les plus importants lors de l'enfance, nous allons essayer de comprendre la contribution de ce « modelage parental » dans l'acquisition de l'anxiété par l'enfant.

2.2.3.3.1. Transmission de l'anxiété

Les enfants de parents anxieux sont **7 fois plus susceptibles** d'être diagnostiqués comme tels que les autres¹⁵².

En 2002, Woodruff-Borden et coll. décident d'examiner le comportement de parents anxieux afin de tester des hypothèses à propos d'un possible mécanisme psychosocial de transmission de l'anxiété.¹⁶⁵ Des dyades parent-enfant ont donc été filmées lors de la réalisation de deux tâches de 10 minutes ; ces deux tâches ont été sélectionnées en tant qu'exemples d'accomplissement et d'interaction sociale, deux thèmes communs à la conceptualisation de l'anxiété. Ensuite des questionnaires d'auto-évaluation (pensées et sentiments) ont été donnés aux différents participants.

Les résultats de cette évaluation ont suggéré qu'un **parent anxieux** interagit différemment avec son enfant qu'un parent non anxieux. En effet, ce type de parent apparaît **plus effacé**, moins engagé dans les tâches effectuées par l'enfant et certains items du test montrent que ces enfants sont **moins félicités** voire parfois ignorés. Ce « retrait » parental laisse donc plus souvent l'enfant dans des situations potentiellement stressantes sans la complète assistance qu'un parent non anxieux pourrait lui apporter ; l'enfant doit donc apprendre à faire face seul aux diverses difficultés qu'il rencontre.¹⁶⁵

Plusieurs hypothèses ont été émises quant aux raisons de ce désengagement parental :

les parents ayant à contrôler leur propres peurs, il leur reste peu de ressources pour aider leur enfant.

leur propre schéma de réponses à une situation difficile étant inefficace, ils ne peuvent apprendre à leur enfant une façon adaptée de faire face à un problème.

Une revue de la littérature semble caractériser le **comportement-type** d'un parent anxieux face à son enfant dans une situation stressante comme suit: le parent se retire tout d'abord des interactions de son enfant jusqu'à ce que celui-ci manifeste un sentiment négatif, moment à partir duquel le parent réintègre son rôle à l'aide d'un contrôle excessif. Ce modèle de réponse suggère que le parent base son implication dans les tâches de son enfant sur le déclin des sentiments de celui-ci et non pas sur ses besoins. Ce comportement peut donc être très déconcertant pour l'enfant et ne lui apprend au final que très peu de façons de faire face à un problème.¹⁶⁵

Le travail de Carson et Freeman suggère qu'une interaction très complexe existe dans laquelle on retrouve l'anxiété du parent et sa conscience d'une forte implication émotionnelle de la part de son enfant. Ces facteurs ne servent qu'à diminuer la confiance du parent en la capacité de son enfant à faire face à un traitement dentaire.³³

Ainsi on voit très clairement que certains parents ont un attitude qui influence positivement le comportement de leur enfant⁸² alors que d'autres l'influencent négativement en reportant leur problème sur la façon d'élever leur enfant.^{82; 97}

En passant en revue toute la littérature traitant de la relation entre l'éducation et l'anxiété chez les enfants, Wood et coll. en 2003 en ont conclu que l'anxiété juvénile était souvent associée à 3 facteurs parentaux : le contrôle parental, la tolérance et l'apprentissage par modèle d'un comportement anxieux/évitant.¹⁶⁴ En effet des recherches ont montré que **les parents d'enfants anxieux étaient plus sur-protecteurs^{93; 135}, moins tolérants¹³⁰ et leur octroyaient moins d'autonomie.^{18; 136}** Plus particulièrement, Siqueland et coll. ont pu observer que les parents d'enfants anxieux étaient moins tolérants vis à vis d'éventuelles divergences d'opinions, montraient moins de respect pour les points de vue

de leur enfant, et affichaient plus d'opinions critiques ou dédaigneuses que les parents d'enfants non anxieux.¹³⁶

2.2.3.3.2. Anxiété maternelle

Comme nous l'avons déjà dit, des études récentes ont réussi à classifier les facteurs environnementaux de la peur en 3 voies d'acquisition : l'apprentissage par modèle, l'information négative et le conditionnement.^{100; 119}

L'étude de Muris et coll. examine en détail la contribution du **modelage** à l'acquisition de la peur et étudie la part de l'apprentissage du modèle parental. Les résultats de cette étude confirment deux hypothèses :

Il existe une relation significativement positive entre la peur de la mère et la peur de l'enfant.

les enfants de mères qui expriment beaucoup leurs peurs présentent eux-mêmes des peurs importantes et à l'inverse, les enfant de mères qui l'expriment peu montrent un faible niveau d'anxiété.¹⁰⁰

L'étude montre donc qu'il existe une contribution évidente de la mère à l'acquisition de la peur de son enfant. En partant du principe que le niveau d'anxiété se développe tôt chez l'enfant, le principe de « **référenciation sociale** » peut être aussi évoqué.¹⁰⁰ Cette référenciation sociale a fait l'objet de nombreuses investigations chez le jeune enfant depuis les travaux pionniers de Joseph Campos (1981) et Saul Feinman (1982). Ces travaux montrent que, en fin de première année et début de deuxième année, les jeunes enfants utilisent l'expression émotionnelle d'autrui pour une situation afin de forger leurs propres opinions : ils modifient leur conduite de façon appropriée et non renforcée à la suite de l'émission par l'adulte d'un message interprétatif de la situation.^{41; 52; 77} Dans cette perspective, les comportements de référenciation retenus par les différents auteurs sont les regards orientés vers la source d'information et le stimulus, les réponses motrices (approches, recul...) et les réponses émotionnelles.

En étudiant les réactions de l'enfant envers des personnes étrangères, il semble que la mère soit sa source d'information privilégiée.¹⁰¹ Feinman et Lewis montrent que des nourrissons âgés de 10 mois acceptent plus facilement l'intrusion d'une personne étrangère lorsque le discours maternel, les informant sur cette personne, revêt une tonalité émotionnelle joyeuse.⁵² De plus, lorsque la mère exprime la peur ou le dégoût en présence d'un nouvel objet, l'enfant fait preuve d'évitement vis à vis de cet objet et si elle exprime d'autres sentiments négatifs, l'enfant exprime lui des sentiments beaucoup plus forts de peur au

contact de l'objet.⁶³ Face à une situation extrêmement anxiogène, les enfants réagissent selon les informations émotionnelles apportées par la mère.¹³⁸ Pour ce test, des enfants de 12 mois ont été placés face à leur mère, séparés d'elle par un petit fossé de 30 cm créé visuellement. 74% des enfants dont la mère exprima la joie traversèrent contre aucun pour ceux dont la mère exprima de l'anxiété.^{100; 138}

L'avis des chercheurs est unanime : la fonction d'apprentissage par modèle est une fonction de régulation du comportement.⁷⁷

L'anxiété de la mère serait donc un facteur prédisposant à l'anxiété chez l'enfant et agirait en tant que pré-conditionnement négatif.^{23; 25; 91}

2.3. Facteurs liés à un acte de soins

2.3.1. Expérience antérieure

Les antécédents médicaux peuvent donner des indices sur l'anxiété des jeunes patients.²⁵

2.3.1.1. Médicale

Des études montrent que les enfants qui ont vécu des **expériences difficiles** ou douloureuses **chez leur pédiatre** auraient tendance à être plus anxieux et **moins coopératifs** quand ils viennent pour la première fois **chez le dentiste**. C'est ce qu'on appelle la mémorisation de la douleur. Cette tendance tient moins au nombre d'interventions qu'à l'ambiance et au climat dans lesquels celles-ci se sont déroulées.²⁵ La ressemblance des détails communs à un cabinet médical et à un cabinet dentaire et son impact sur l'anxiété dentaire ont déjà été précisés plus haut.

2.3.1.2. Dentaire

Il existe une relation entre le nombre d'expériences dentaires invasives vécues par l'enfant et son niveau d'anxiété.

Les enfants qui ont eu de nombreuses consultations dentaires simples, sans traitement invasif, n'acquièrent pas d'anxiété ou ont un niveau d'anxiété faible lors de leurs visites chez le chirurgien dentiste. A l'inverse, les enfants ayant subi de nombreuses procédures invasives, comme des extractions, présentent un niveau d'anxiété plus élevé que les autres enfants.

De plus, il semblerait que la capacité de l'enfant à gérer la potentialité d'un geste invasif est meilleure chez ceux qui ont auparavant eu de nombreuses visites non invasives.¹⁴⁶

L'expérience permet aux enfants de réduire leur niveau d'anxiété. Chez les enfants préscolaires de 2 à 5 ans, la première consultation chez un chirurgien dentiste génère un niveau d'anxiété assez élevé. Cette anxiété diminue progressivement au cours des visites suivantes. L'expérience permet en effet à ces enfants d'être sensibilisés aux soins dentaires et de distinguer progressivement les procédures anxiogènes de celles qui ne le sont pas.¹⁵⁴

Enfin certains auteurs expliquent que les sensations expérimentées lors de précédents soins restaurateurs telles que le pincement lors de l'injection, les vibrations de la fraise ou encore la constriction du clamp à digue ont pu être évaluées par l'enfant comme hautement désagréables. A la vue du cabinet dentaire et ses souvenirs déplaisants, l'enfant peut adopter un comportement, qui dans le passé, lui aurait déjà permis de soustraire aux soins. Cette fuite peut alors être interprétée comme une expression de la peur de l'enfant alors qu'elle ne signifie qu'un grand inconfort.⁷

La situation des soins en bouche : Lorsque le patient se fait soigner, il peut avoir un sentiment d'impuissance lié au fait qu'il ne peut pas voir, ni contrôler ce qui se passe dans sa bouche : il peut avoir l'impression **de se sentir forcé ou dominé**. De plus, le patient ne peut plus s'exprimer verbalement, puisque sa cavité est encombrée d'instruments, et cela peut faire accroître son sentiment d'impuissance et faire naître l'anxiété.¹¹³

2.3.2.Symbolisme de la bouche et des dents⁶⁴

Pour bien comprendre le phénomène de peur lié à la dentisterie, il faut connaître la signification psychologique et la valeur symbolique que chacun accorde à la bouche.

C'est par la cavité buccale que le nouveau né expérimente la vie au début de son existence, cette partie de son corps lui fournissant ses premières satisfactions. C'est par la bouche qu'il se nourrit, qu'il contente sa soif.²⁵ Pour l'enfant, la bouche est donc **d'abord liée au principe de plaisir**, à la baisse de tension, ce qui nous renvoie au stade oral dans le schéma freudien. En effet immédiatement après la naissance, la bouche permet de créer des liens affectifs avec sa mère par la satisfaction de ses besoins physiologiques.⁶⁰ Par l'intermédiaire de la bouche, la mère apporte sécurité, chaleur et nourriture. Toutes ses expériences positives font de la cavité buccale, au début de la vie, une source de plaisirs multiples.

Graduellement, l'enfant poursuit son développement et, lorsque les dents apparaissent, il expérimente **la douleur et la frustration**. C'est avec ses dents qu'il exprime la colère, en mordant par exemple. Tout au long de son développement, la signification émotionnelle de la bouche balancera entre deux pôles : **plaisir et douleur**.²⁵

L'odontologiste est le plus souvent exposé à des situations où la bouche est source de **souffrances**, ce qui peut interférer avec sa pratique.¹¹³

Les dents ont aussi une valeur très importante pour un individu, elles sont considérées comme des organes de défense (morsure) , des instruments pour l'alimentation et jouent un rôle très important dans la socialisation de l'individu à travers le sourire et toute extraction peut être considérée comme une véritable mutilation.

3. Evaluation

3.1. Evaluation de l'enfant

Comme nous l'avons vu plus tôt, Klingberg a montré qu'il existait un lien entre anxiété et problèmes comportementaux mais que ce lien n'était pas invariable et on peut donc rencontrer des enfants anxieux sans problème au fauteuil ou à l'inverse des enfants non anxieux mais avec des problèmes de comportement. C'est pourquoi il est judicieux de **savoir différencier** une cause de l'autre avant d'envisager une quelconque prise en charge. Pour cela de nombreux tests sont à notre disposition.

3.1.1. Anxiété

Le niveau d'anxiété d'un enfant peut se déterminer selon plusieurs tests : des tests physiologiques ou des tests psychologiques. Il est évident que les tests psychologiques sont plus simples à mettre en place au cabinet dentaire, à l'aide de questionnaires ou de feuilles vierges, que les tests physiologiques qui demandent plus de matériels mais tous les deux ont une valeur non négligeable.



Figure 5 Dessin de Rémi MalinGréy.²³

3.1.1.1. *Physiologique*

Les mesures physiologiques permettent d'obtenir des résultats objectifs et directs de l'anxiété mais elles sont souvent négligées en raison du matériel nécessaire à leurs mises en œuvre.²⁵ En effet, les mesures physiologiques nécessitent un équipement dont une partie est reliée au patient ce qui peut augmenter le caractère agressif de la visite et donner à l'enfant déjà anxieux une perception encore plus négative du chirurgien-dentiste.⁸ Ces tests sont intéressants dans le cadre de recherches mais difficilement applicables au cabinet dentaire.

La mesure la plus utilisée est la mesure cardiaque et l'intérêt qu'on lui porte remonte à plusieurs années déjà.⁷¹ Cette mesure reste cependant plus une mesure de l'« éveil physiologique » plutôt qu'un test d'anxiété ; on présume en effet qu'une augmentation de la fréquence cardiaque peut être associée à un état de stress intense et cela peut donc en faire un bon index d'anxiété induite.¹⁵⁴ Pour ce test, un capteur photoélectrique est fixé au doigt de l'enfant en début de séance et les mesures sont enregistrées tout au long du soin.

La pression sanguine et la fréquence cardiaque s'adaptent continuellement à des stimuli internes et externes. La fréquence cardiaque est affectée directement par le système nerveux autonome et peut augmenter avec l'adrénaline hormonale, produite par la médulla. La pression sanguine dépend de la contractilité du cœur et de la résistance des artères périphériques. L'adrénaline, qui augmente la fréquence cardiaque, induit aussi une constriction des artères périphériques, ce qui par conséquent augmente la pression sanguine.²⁶

Howitt et coll. ont montré que les pics d' « éveil cardiaque » avaient lieu en début de séances, en particulier lors de la première visite. Il est à noter que cette fréquence cardiaque diminue d'une séance à l'autre ainsi qu'au sein d'une même séance à mesure que le temps avance. Enfin, il a été démontré que cette fréquence cardiaque diminue avec l'âge.⁷¹

En 1999, Brand a, quant à lui, étudié plus précisément l'effet « première visite ». Un groupe d'enfants de 3 et 4 ans a été reçu par un chirurgien-dentiste sans sa blouse. Une augmentation de 10 bpm (battement de cœur par minute) en moyenne a été observée dès lors qu'il a mis sa blouse blanche, et quand le praticien a dit « je suis dentiste » une autre augmentation de 5 bpm a été enregistrée.

D'autres tests peuvent aussi être mis en place comme l'étude des pulsations digitales, ou encore la conductivité de la peau de la paume. Bastawi et coll., en 1979, ont en effet considéré que l'utilisation d'un seul et unique test physiologique n'était pas suffisante. En effet certains sujets répondent au stress par d'autres voies physiologiques. Par exemple, la technique qui matérialise le plus de changements du système autonome, en fonction du type de soin effectué, est le test de la conductivité.¹⁹ Or ce test est rarement utilisé, aux dépens des mesures cardiaques.

3.1.1.2. Tests psychométriques

Les mesures psychométriques sont des tests qui permettent d'évaluer la capacité intellectuelle et le fonctionnement mental, en particulier l'évaluation chiffrée des fonctions cognitives et instrumentales.

Pour apprécier le niveau d'anxiété, des mesures cognitives peuvent être relevées soit à l'aide de questionnaires soit à l'aide d'échelles.⁸ Ces outils permettent de mesurer le vécu subjectif du patient.²⁵

3.1.1.2.1. Généralités

Selon Buchanan²⁸, 4 critères sont nécessaires pour obtenir une échelle ou un questionnaire de bonne qualité :

la durée : le test ne doit pas être trop long afin d'optimiser la réponse de l'enfant et de minimiser le temps nécessaire pour y répondre.

le contenu : il doit contenir des items qui sont pertinents par rapport à l'objectif du test.

la forme : il doit retenir au maximum l'attention de l'enfant.

le résultat : il doit être simple à interpréter (le calcul du résultat doit être relativement rapide pour le praticien).

Il existe des tests généraux d'évaluation d'anxiété chez l'enfant ainsi que des tests spécifiques à l'anxiété au cabinet dentaire.

3.1.1.2.2. Evaluation de l'anxiété

Ces tests permettent d'évaluer l'anxiété générale d'un enfant.

➤ Echelle visuelle analogique (EVA)

L'EVA a été créée à partir des travaux d'Aitken qui souhaitait obtenir une échelle visuelle capable de déterminer un sentiment sans utiliser de mot pour le décrire³. Ainsi l'EVA peut tout aussi bien servir pour décrire l'anxiété mais aussi la douleur.

Principe : L'échelle EVA se présente sous forme d'une réglette, à 2 faces orientées de gauche à droite, sur laquelle on déplace un curseur. Une face ou recto est destinée au patient et son envers ou verso est utilisé par le praticien afin de déterminer le niveau d'anxiété du jeune patient.

→**Face patient** : Son extrémité gauche est marquée « pas de douleur » et elle est reliée par un trait bleu à l'extrémité droite où est marqué « douleur maximale ». Cette réglette peut être utilisée dans le cadre de l'évaluation de l'anxiété, en remplaçant le mot « douleur » par « anxiété » ; le chirurgien-dentiste demande donc au patient de déplacer le curseur de la gauche vers la droite selon ce qu'il perçoit comme anxiété.

→**Face praticien** : C'est la face de mesure. Le praticien peut alors retourner la réglette sur laquelle on peut voir une graduation de 0 à 10 de droite à gauche. Il peut ainsi visualiser le score EVA localisé par le curseur rouge que le patient a positionné.



Figure 6 : Réglage d'Évaluation Visuelle Analogique.

Il s'agit d'une **autoévaluation** ; l'enfant évalue lui-même son niveau d'anxiété en indiquant par une croix son degré d'anxiété sur la ligne graduée.

Indications : Selon Hosey et Blinkhorn⁶⁹, cette échelle de valeur peut être utilisée chez les enfants et adolescents de 4 et 15 ans,. Cette échelle fait partie des *méthodes directes* d'évaluation de la douleur adaptable à l'anxiété, et certains auteurs précisent que cet âge d'utilisation dépend avant tout du niveau d'éveil et de l'enfant.²³

Avantages : Cette échelle est simple à utiliser et à interpréter.⁶⁹ Selon le concept analogique de Aitken, la mesure d'un sentiment par ce moyen est plus appropriée qu'avec des mots qui entraînent souvent une inexactitude dans la description d'un sentiment subjectif. Un mot a en effet plusieurs significations et leurs utilisations dépendent bien souvent du vécu de l'individu.

Inconvénients : La simplicité de cette échelle la rend limitée dans son utilisation et il est bon de la coupler à d'autres tests afin de vérifier la concordance des résultats et d'émettre des conclusions.^{1;23}

Variantes : *Echelle visuelle numérique* (EVN) : cette échelle permet d'évaluer l'intensité de l'anxiété par l'attribution d'un chiffre (entre 0 et 10 par exemple) ou d'un pourcentage. Sa présentation peut être écrite ou verbale pour les plus jeunes.



Figure 7 : Règlette d'Evaluation Visuelle Numérique.

Echelle verbale simple (EVS) : sur le même principe que l'EVS appliquée à l'évaluation de la douleur, on peut imaginer une échelle catégorielle constituée d'une liste de 4 ou 5 qualificatifs classés dans un ordre croissant d'intensité (par exemple : anxiété absente, modérée, moyenne, forte, insoutenable). Ses inconvénients sont un manque de sensibilité (nombre limité de réponses) et des réponses suggestives pouvant orienter les réponses de l'évaluateur.

Moyens	Avantages	Inconvénients
<u>Echelle Verbale Simple EVS</u> 0= pas d'anxiété 1= anxiété faible 2= anxiété modérée 3= anxiété intense 4= la pire anxiété imaginable	La plus simple à comprendre Utilisable chez l'enfant	Peu fiable Subjective Risques de mémorisation
<u>Echelle Numérique EN</u> De 0 (pas d'anxiété) à 100 (la pire anxiété imaginable)	Simple, rapide, toujours possible Adaptée chez l'enfant en âge de compter	Moins sensible que l'EVA Risque de mémorisation
<u>Echelle visuelle analogique EVA</u> Réglette avec curseur	Plus objectif, choix important Mémorisation de la position précédente peu probable	Importance de la position initiale du curseur Difficultés d'utilisation en cas de troubles visuels ou de capacités d'abstraction limitées Pas utilisable chez le tout petit qui va jouer avec

Tableau 6 : Modalités d'auto évaluation disponibles chez l'enfant d'après le référentiel ADAAM⁴ 23

➤ Questionnaire d'anxiété de Spielberger

Le questionnaire d'anxiété pour enfant ou State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) a été présenté en 1973 par Spielberger ; il a été élaboré à partir d'un questionnaire pour adulte du même auteur.^{111; 141}

L'auto-questionnaire STAIC 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.

Principe : ce test se compose de 2 questionnaires indépendants qui comprennent 20 items chacun^{106; 139} :

Le premier a pour but de quantifier l'intensité de l'anxiété ressentie par l'enfant au cours de la vie de tous les jours; celui-ci évalue lui-même ce qu'il ressent en général. Il met en évidence la personnalité de l'enfant et sa tendance ou non à l'anxiété. Parmi les items proposés, on retrouve « je me sens calme », « je suis en sécurité » ou encore « je suis tendu, crispé ». On cherche à voir l'endurance de l'enfant face à une situation stressante, c'est la partie d'évaluation de l'**anxiété-trait** (STAIC).

le second évalue le niveau d'anxiété de l'enfant à un moment donné, dans notre cas au cours d'une visite dentaire. Il comprend des items comme « je suis content(e) de moi », « j'ai un sentiment d'échec », ou « je me sens de bonne humeur », c'est la partie d'évaluation de l'**anxiété-état**, situationnelle (STAIC)

Pour y répondre, l'enfant dispose de quatre possibilités, notées de 0 à 3 points : non, plutôt non, plutôt oui, oui. Plus le score est élevé, plus l'anxiété est élevée.

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 elles s'appliquent à toi, presque jamais, quelquefois, souvent ou très 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. »

Indications : dans l'étude originelle, ce questionnaire s'adressait aux enfants de 9 à 12 ans mais il peut également être utilisé chez des enfants plus jeunes, dès qu'ils savent lire, ou même sous forme de questionnaire oral.

Avantages : cette échelle est très précise et permet de bien quantifier l'anxiété de l'enfant, de lui donner un degré de sévérité.

Inconvénients : une étude en français a été réalisée en 2003 par Turgeon et Chartrand à partir d'une traduction canadienne des items, mais cette équivalence canadienne est parfois difficile à comprendre, surtout pour les enfants¹⁵¹.

→ Questionnaire d'ANXIÉTÉ-TRAIT

		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(e), 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(e), détendu(e)	<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(e), 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(e), réfléchi(e)	<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"/>

Tableau 7 : Questionnaire d'Anxiété TRAIT de Spielberger.¹⁴¹

→ Questionnaire d'ANXIETE-ETAT

		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(se) 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"/>

Tableau 8 : Questionnaire d'Anxiété ETAT de Spielberger.¹⁴¹

➤ Echelle revisitée d'anxiété manifeste de l'enfant

Cette échelle, en anglais Revisited Children's Manifest Anxiety Scale, R-CMAS, est une révision de l'échelle d'anxiété manifeste de l'enfant de Castaneda élaborée en 1956.³⁴

Pendant 20 ans, la CMAS a été utilisée dans plus d'une centaine d'articles visant à définir de façon plus précise la nature de l'anxiété manifeste de l'enfant et ses relations avec de multiples variables telles que l'émotivité, la réussite ou la cognition.

Cependant les doléances répétées d'enseignants et de chercheurs ont poussé à sa révision. On lui reprochait de ne pas couvrir tous les domaines de manifestations de l'anxiété et d'utiliser des items trop compliqués à comprendre chez certains enfants du primaire. Enfin certains auteurs (comme Flanigan en 1969) ont révélé qu'en fait seuls 12 items, parmi les 42 constitutifs de la CMAS, rencontraient les critères nécessaires à un bon test.

Reynolds et Richmond, en 1978, ont donc entrepris de réviser cette échelle afin d'en réduire la durée d'administration, d'en faciliter la compréhension et d'augmenter la précision des réponses données.¹²¹

Il s'agit de l'un des questionnaires les plus utilisés pour évaluer l'anxiété globale ou générale des enfants ou des adolescents. Plutôt que d'évaluer la présence de troubles anxieux spécifiques, la R-CMAS mesure la tendance générale à l'anxiété. Ce nouveau questionnaire comprend 37 items répartis en deux sous-échelles : 28 items servent pour l'évaluation de l'*anxiété* de l'enfant et 9 items pour celle de la *désirabilité sociale* (le concept ne se traduit pas en français mais l'auteur explique que c'est la tendance qu'a un individu à vouloir se faire accepter par les autres).

Indications : cette échelle a été revisitée de façon à convenir aux enfants dès 6 ans (l'entrée en primaire) et ce jusqu'à la fin du lycée, c'est à dire à peu près 19 ans. Cependant les auteurs soulignent que les meilleurs résultats sont obtenus avec de enfants d'au moins 8 ans, moins impressionnables et pour lesquels un haut score de désirabilité sociale montre plus des caractéristiques de personnalité bien établies qu'un souhait de plaire aux autres.

Avantages : Les items ont été réduits en nombre et simplifiés dans leur intitulé rendant ainsi le test plus facile à effectuer : parmi les 28 items originels, 25 ont été retenus pour faire partie de la nouvelle liste et 3 ont été « créés » avec le concours des enseignants.

Lis chaque question avec attention. Entoure le mot OUI si tu penses que c'est ton cas, le mot NON si tu penses que ce n'est pas ton cas.

N° et Type Items

- 1 A J'ai du mal à me décider
- 2 A Je suis nerveux quand les choses ne vont pas comme je veux
- 3 A J'ai l'impression que les autres font les choses plus facilement que moi
- 4 D J'aime tout ce que je connais
- 5 A Souvent, j'ai du mal à reprendre ma respiration
- 6 A Je m'inquiète tout le temps
- 7 A Je suis effrayé par beaucoup de choses
- 8 D Je suis toujours gentil
- 9 A Je me mets en colère facilement
- 10 A Je m'inquiète de ce que mes parents vont me dire
- 11 A J'ai l'impression que les autres n'aiment pas la façon dont je fais les choses
- 12 D J'ai toujours de bonnes manières
- 13 A J'ai du mal à m'endormir le soir
- 14 A Je m'inquiète de ce que les autres vont penser de moi
- 15 A Je me sens seul même si il y a des gens avec moi
- 16 D Je suis toujours bien
- 17 A Souvent, j'ai des douleurs à l'estomac
- 18 A Mes sentiments sont facilement heurtés
- 19 A Mes mains sont moites
- 20 D Je suis toujours gentil avec tout le monde
- 21 A Je suis souvent fatigué
- 22 A Je m'inquiète de ce qu'il va arriver
- 23 A Les autres ont l'air plus heureux que moi
- 24 D Je dis la vérité à chaque fois
- 25 A Je fais des cauchemars
- 26 A Mes sentiments sont facilement heurtés quand je suis inquiet
- 27 A J'ai l'impression que quelqu'un va me dire que je fais mal les choses
- 28 D Je ne suis jamais furieux
- 29 A Je me réveille parfois effrayé
- 30 A Je suis inquiet quand je vais me coucher le soir
- 31 A J'ai du mal à rester concentrer sur mon travail
- 32 D Je ne dis jamais de choses que je ne devrais pas
- 33 A Je m'agite souvent sur mon siège
- 34 A Je suis nerveux
- 35 A Beaucoup de personnes sont contre moi
- 36 D Je ne mens jamais
- 37 A J'ai souvent peur que quelque chose de mal m'arrive

A= sous-échelle d'anxiété

D= sous-échelle de désirabilité sociale

Tableau 9 : Echelle revisitée de la CMAS.¹²¹

3.1.1.2.3. Tests d'anxiété dans une situation dentaire

Certains auteurs ont développé des échelles qui permettent d'objectiver l'anxiété liée aux soins dentaires ; il est en effet important de détecter au plus tôt les enfants anxieux face à de telles situations afin de rechercher des solutions et limiter l'évitement des soins. Pour cela, de nombreuses techniques ont été proposées telles que le dessin, l'observation du comportement ou encore une notation par le praticien. Bien que ces techniques soient tout à fait fiables chez les adultes, elles posent certains problèmes de fiabilité quand elles sont appliquées aux enfants ; en particulier celles où une auto-évaluation est demandée.

➤ Echelle de Corah (DAS)

L'échelle de Corah ou DAS (Dental Anxiety Scale) a été initialement mise en place afin de mesurer l'anxiété et la peur chez des patients adultes. Cette version n'a pas pu être autant utilisée chez les enfants que chez les adultes/adolescents du fait de la difficulté pour les plus jeunes à comprendre les items.³⁹

Principe : initialement, le questionnaire comportait 4 questions auxquelles 5 réponses pouvaient être données. Les scores des réponses étaient additionnés et l'on obtenait un résultat variant de 4 (pas anxieux) à 20 (extrêmement anxieux). Les résultats au dessus de 15 indiquaient une anxiété phobique.¹

Indications : comme expliqué plus haut, cette échelle est originellement destinée aux adultes mais elle peut aussi être utilisée chez les adolescents. Il est en effet difficile pour les plus jeunes enfants de tout comprendre. Cette échelle peut cependant très bien être utilisée chez les parents de nos jeunes patients afin d'estimer leur propre anxiété.^{8; 75}

Evolution : des versions adaptées ont été développées pour les plus jeunes. Par exemple, Parkin¹¹² a changé la formulation des questions et Wright et coll.¹⁶⁶ ont effectué des changements radicaux tels que l'utilisation de cartes-réponses ou l'ajout d'un cinquième item.

Inconvénients : Les scores totaux de l'échelle originelle sont trop étroits pour être utilisés de manière efficace dans des études cliniques.¹⁰⁵ La DAS s'est aussi révélée être inutilisable chez l'enfant, qui ne saisit pas les différentes nuances des réponses.

Qualités statistiques : De nombreuses études ont prouvé les qualités statistiques et la stabilité de la DAS concernant l'évaluation de l'anxiété chez les adultes, mais peu de résultats ont été donnés concernant son application aux enfants¹

Imaginez-vous dans la situation où vous allez demain chez le dentiste. Comment vous sentez-vous ?

- cela ne me dérange pas du tout
- cela ne m'inquiète pas particulièrement
- cela m'inquiète un peu
- j'aurais peur que cela soit désagréable ou douloureux
- je serais paniqué à l'idée de ce que va faire le dentiste

Imaginez-vous assis dans la salle d'attente. Que ressentiriez-vous ?

- parfaitement calme
- un peu inquiet
- tendu
- nerveux et anxieux
- si nerveux et paniqué que cela me ferait transpirer et me sentir mal

Imaginez-vous que c'est votre tour. Vous prenez face sur le fauteuil et vous voyez le dentiste préparer ses instruments. Que ressentiriez-vous ?

- parfaitement calme
- un peu inquiet
- tendu
- nerveux et anxieux
- si nerveux et paniqué que cela me ferait transpirer et me sentir mal

Imaginez-vous installé dans le fauteuil. Le chirurgien-dentiste va commencer son soin. Comment vous sentez-vous ?

- parfaitement calme
- un peu inquiet
- tendu
- nerveux et anxieux
- si nerveux et paniqué que cela me ferait transpirer et me sentir mal

Figure 8 : Echelle d'anxiété dentaire de Corah.³⁹

➤ Echelle d'anxiété dentaire de l'enfant ou C-DAS

Parkin a donc adapté la DAS de Corah aux enfants¹¹²: il remplace le choix des réponses verbales par une « échelle visuelle analogue », déjà utilisée pour évaluer l'anxiété générale. 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 ». Ainsi l'enfant doit répondre aux questions en pointant sur une ligne son état d'esprit. On obtient un score qui peut varier

de 0 à 400. Les mots utilisés pour signifier l'anxiété ont été choisis pour être compris par un enfant de 9 ans.

Parkin ajoute aussi un cinquième item, placé au début, au questionnaire de Corah afin de préciser les origines de la peur. Les réponses données ne servent pas au calcul du score, elles servent surtout d'indicatif.

Indications : l'étude de la fiabilité de cette échelle portait sur des enfants de 9 à 15 ans.

Qualités statistiques : les conclusions de l'étude de Parkin ont montré que les résultats étaient significatifs mais que les intitulés des extrémités auraient pu être plus proches des originels comme « détendu » ou « tellement anxieux que ça me rend malade ». En plus, en comparant les différents résultats des différentes échelles, il a été mis en évidence que les résultats de C-DAS corroboraient plus ceux des tests d'anxiété-état que ceux d'anxiété-trait ; ce qui semble prouver que l'anxiété dentaire est plus un état passager

1. Quand les garçons et les filles de ton âge vont chez le dentiste, ils sont souvent inquiets. 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
- j'ai peur de quelque chose dont m'ont parlé mes parents
- j'ai peur parce que je ne connais personne
- j'ai peur mais je ne sais pas pourquoi
- j'ai peur à cause de ce que racontent mes camarades de classe
- je n'ai pas peur
-

Comment te sens-tu quand tu 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 100mm _____ j'ai peur

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 100mm _____ j'ai peur

Quand tu es assis(e) 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 100mm _____ j'ai peur

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 100mm _____ j'ai peur

Figure 9 : Child's Dental Anxiety Scale de Parkin. ¹¹²

➤ Echelle dentaire de l'évaluation de la peur de l'enfant (CFSS-DS)

En 1975, Melamed et coll. mettent au point une échelle qui vise à évaluer l'anxiété dentaire des enfants⁴³. Ce test est une adaptation aux situations dentaires de l'échelle appelée CFSS (Fear Survey Schedule for Children) qui avait alors pour but d'évaluer les peurs générales de l'enfant telles que peur du noir ou peur de la mort. Dans ce questionnaire, l'interrogation porte uniquement sur des situations dentaires plus ou moins anxiogènes (DS : Dental Subscale). ^{1; 87; 94}

Principe : il s'agit donc d'un auto-questionnaire comprenant 15 items que l'enfant doit noter. Ce questionnaire permet d'évaluer l'anxiété d'anticipation et situationnelle de l'enfant vis à vis d'un rendez-vous dentaire.

Pour chacun de ces items, l'enfant a le choix entre un panel de 5 réponses qui vont de « pas effrayé/ 1 » à « très effrayé/5). Les scores totaux varient donc de 15 à 75. Klingberg, en 2004 a établi que le score obtenu par des enfants hautement anxieux avoisinait les 38.⁷⁴

	Pas effrayé	Un peu effrayé	Assez effrayé	Effrayé	Très effrayé
	du tout				
Dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piqûres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelqu'un qui regarde dans ta bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devoir ouvrir la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un étranger qui te touche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelqu'un qui te regarde dentiste qui fraise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voir le dentiste fraiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bruit de la fraise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des instruments dans la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'étouffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les personnes en blouse blanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'infirmière qui brosse les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figure 10 : Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale –.¹

En 2005, Buchanan²⁸ classe ces 15 items en 3 catégories :

- la peur des procédures invasives,
- la peur d'une « victimisation » potentielle, c'est à dire la peur des étrangers ou la peur des hôpitaux en général,
- la peur des procédures non-invasives.

Indications : Cuthbert et Melamed, en 1982, ont utilisé cette échelle sur des enfants et des adolescents de 5 à 14 ans, Klingberg et coll. (en 1995) l'ont appliquée dès 4 ans, tout comme Majstorovic et coll. (2003) qui l'ont utilisée chez des jeunes patients de 4 à 15 ans.

Qualités statistiques : Il a été démontré que ce test possédait de bonnes propriétés d'évaluation psychométrique^{73; 105} bien que son utilisation en cabinet avant traitement soit peu appropriée étant donné que le test présente quelques items qui ne correspondent pas complètement à la situation, comme « devoir aller à l'hôpital ». ¹ De plus, le test étant un peu long, il semblerait que les enfants perdent l'envie de le compléter, altérant donc un peu la validité des réponses données.²⁸

➤ Echelle des visages (FIS)

L'échelle des visages (ou Facial Image Scale) de Buchanan et Niven propose une rangée de 5 visages allant de très heureux à très malheureux.²⁹ Lors de l'élaboration de cette échelle, en 2002, le **but** était :

- d'avoir de bonnes propriétés statistiques,
- d'être adapté aux capacités cognitives et intellectuelles de l'enfant,
- et d'être simple et pratique dans son utilisation pour une application quotidienne au cabinet dentaire.

Principe : on demande à l'enfant de pointer le visage qui exprime le mieux son sentiment, son ressenti du moment. Le score varie de 1 quand l'enfant point le visage à l'affecte le plus positif à 5 pour le visage à l'affecte le plus négatif.

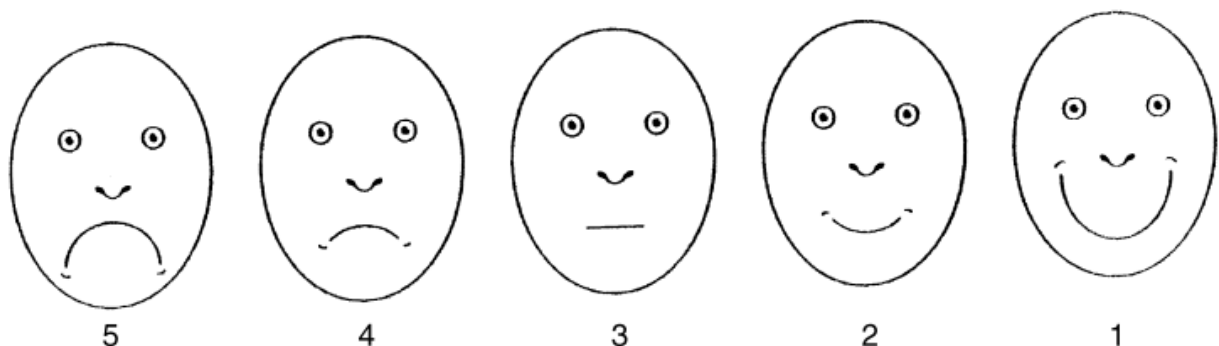


Figure 11 Echelle des Visages de Buchanan et Niven.²⁹

Dans une étude approfondie de la validité de ce test³⁰, les auteurs donnent le test à remplir à l'enfant et à son accompagnant en salle d'attente, puis à nouveau à l'enfant et à son chirurgien-dentiste, une fois au fauteuil.

Indications : l'étude a été réalisée sur de jeunes patients de 3 à 18 ans ; la FIS a un nombre fixe de visages (et non une ligne continue) à partir desquels l'enfant doit choisir son sentiment ce qui rend plus facile l'évaluation dans des conditions cliniques mais aussi pour les plus jeunes.

Qualités statistiques : la FIS a montré une validité satisfaisante lors de ses comparaisons au test des visages de Venham. Les auteurs recommandent d'obtenir, le plus souvent possible, la réponse directement par l'enfant afin d'éviter le biais parental. De plus, lors des comparaisons de résultats entre le score de la salle d'attente et le score au fauteuil, très peu de différences ont été notées : on peut en conclure que l'anxiété de l'enfant est significativement la même à tout moment du rendez-vous et le test peut donc être effectué par une assistante par exemple lors de l'arrivée de l'enfant au cabinet, ceci afin d'informer le praticien des dispositions de son patient.

Evolution : en 2005, Buchanan propose l'échelle des visages informatisée ou Smiley Faces Program (SFP). La SFP est une échelle visant à évaluer l'anxiété-trait de l'enfant à l'aide de 4 items numérisés²⁸. Cette échelle présente de nombreux avantages :

son faible nombre de questions permet de **maximiser** les réponses des enfants en diminuant la durée du test,

parmi les questions, on retrouve des situations que la plupart des enfants ont déjà eu à expérimenter.

L'utilisation de graphiques informatisés offre une **animation interactive**, ce qui permet au participant de contrôler les aspects qu'il souhaite donner à son « visage ». Une étude menée par Nelson et Cooper a même noté que l'enfant préférerait les versions informatisés des tests aux versions papier¹⁰⁴.

Quatre items vont être proposés à l'enfant pour lesquels l'enfant aura à choisir un état d'esprit:

- avoir un traitement le lendemain
- attendre en salle d'attente
- avoir une dent soignée (avec une turbine)
- avoir une injection d'anesthésique local

Un premier item s'affiche à l'écran puis disparaît pour laisser place à un visage neutre. L'enfant peut faire varier son expression à l'aide de clics informatiques ; il y a un choix total de 7 visages, le visage neutre étant à la 4^{ème} place. Une fois que l'enfant trouve un résultat approprié à son sentiment, il valide et effectue la même démarche pour les 3 autres items.

L'étude a été menée sur des enfants et adolescents de 6 à 15 ans qui n'ont eu besoin d'aucune aide pour les questions ou l'utilisation de l'ordinateur ; la SFP montre une bonne fiabilité.

➤ Echelle d'images de Venham (VPT)

Le VPT (ou Venham Picture Test) est une auto-évaluation utilisant la technique des images pour répondre.^{29; 155} Ce test permet à l'aide de 8 images de mesurer l'anxiété situationnelle d'un enfant.¹

Principe : 8 paires de dessins sont présentées à l'enfant représentant des émotions variées ; on lui demande d'indiquer celle qui le représente le mieux pour chaque paire présentée. Le score représente le nombre de fois où l'enfant a choisi l'image la plus anxieuse; il varie donc de 0 (pas d'anxiété) à 8 (très anxieux).

Indications : ce test est destiné aux enfants de moins de 6 ans qui ne peuvent pas exprimer leur peur verbalement.⁸ Les auteurs ont utilisé ce test chez des enfants de 2 à 5 ans.¹⁵⁵

Avantages : il est très facile à comprendre pour les enfants et facile à utiliser pour les praticiens.²⁹ De plus, il est très rapide à faire ; il ne prend qu'une à deux minutes.^{1; 8}

Inconvénients : le fait que les images représentent des petits garçons pourrait être un biais lorsque ce sont des petites filles qui le font et les situations décrites sont parfois ambiguës et peuvent être interprétées de façon différente.²⁹



Figure 12 Le Venham Picture Test .¹

➤ Echelle d'évaluation avec jetons

Les échelles d'auto-évaluation peuvent être considérées comme fiables à partir de 6 ans, sauf peut être les EVA avec visages comme la VPT ou la FIS qui peuvent être utilisées dès 4 ans (bien que certains auteurs l'utilisent plus tôt). Chez les plus jeunes, dès l'âge de 3 ans, il existe un système de jetons.²³

Principe : Plusieurs jetons sont proposés à l'enfant, censés représenter des « morceaux de peur » ; la consigne est « prends autant de jetons que tu es inquiet ».

➤ Echelle modifiée ou Com-DAS

En 2006, Dogan et coll. publient une étude portant sur la validité d'une nouvelle échelle d'évaluation de l'anxiété appelée Com-DAS (pour COMbined Dental Anxiety Scale).⁴⁶ Cette échelle a pour but d'indiquer l'anxiété perçue par l'enfant mais aussi d'examiner l'effet de l'âge, du sexe et des conditions économiques et sociales sur cette anxiété. Ce nouveau test a été développé en combinant l'échelle d'anxiété dentaire de l'enfant (C-DAS) et l'échelle des visages (FIS).

Principe : le nouveau test compile les 2 tests précédemment cités. La C-DAS a donc été modifiée en remplaçant les 5 réponses originelles par une FIS, c'est à dire une suite de 5 visages, courant de très heureux à très triste. Les résultats sont ensuite calculés avec une valeur maximale de 5 points par réponse (1= visage très heureux → 5= visage très triste).

Indication : la Com-DAS a initialement été mise en place afin de pallier à plusieurs problèmes que présentait la DAS et la C-DAS. La DAS originel avait été élaboré pour des adolescents et des adultes ayant un niveau de développement intellectuel et psychologique suffisant. En 1989, Parkin la modifie en C-DAS pour pouvoir utiliser son échelle sur des enfants plus jeunes (à partir de 9 ans) en remplaçant les questions par une échelle visuelle analogue mais il a été démontré que les jeunes enfants ont tendance à choisir les extrémités dans ces échelles en ne se servant pas des points médians.

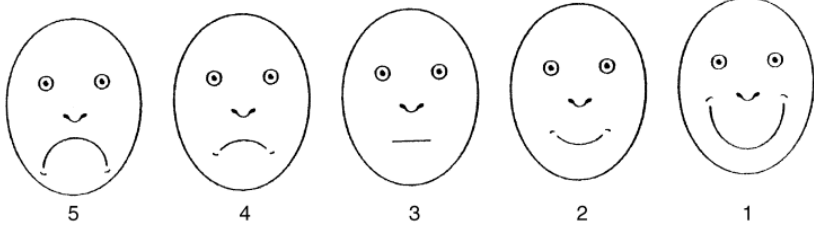
Dans cette étude, la Com-DAS a été donné à des enfants de 8 à 12 ans sans expérience dentaire. Les auteurs cherchaient à évaluer les peurs conditionnées par l'entourage ou par une mauvaise information, décrites par Rachman (1977).¹¹⁹

Résultats : il est connu que l'application de la C-DAS est une échelle validée et c'est pour cette raison que dans ce test, elle a été utilisée en comparatif. A cause du faible niveau d'alphabétisation et des faibles capacités de socialisation de certains enfants, il est apparu approprié d'examiner la fiabilité d'une nouvelle échelle qui limiterait le besoin d'intervention adulte.

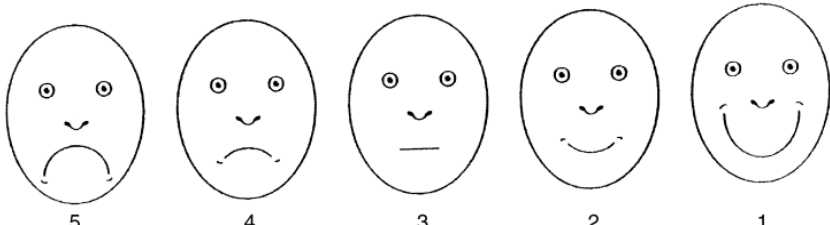
Les résultats semblent probants mais les auteurs recommandent une certaine prudence dans leurs interprétations parce que c'est la première étude sur cette nouvelle échelle et qu'un biais peut avoir été introduit par l'intermédiaire de l'aide apportée par les instituteurs. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer la totale fiabilité de la Com-DAS.

Cette échelle semble intéressante pour les communautés où les familles et les enfants ont un niveau d'alphabétisation et de compréhension des procédures médicales modernes faible.

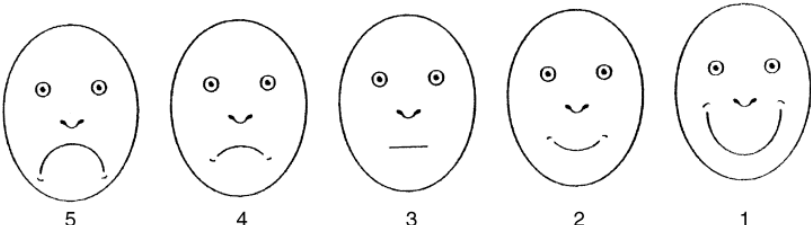
Comment te sens-tu quand tu te réveilles le matin et que tu te souviens que tu as rendez-vous chez le dentiste aujourd'hui ?



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



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



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

Figure 13 : Echelle Com-DAS.⁴⁶

3.1.2. Comportement

Il arrive que certains enfants présentent des troubles du comportement au fauteuil bien qu'ils ne présentent aucune angoisse particulière par rapport au rendez-vous dentaire; cela peut être

expliqué par différents facteurs comme la personnalité de l'enfant ou son type d'éducation. Il convient donc maintenant de déterminer **dans quelle mesure ce comportement va interférer avec nos soins.**²⁵

3.1.2.1. Fiche d'historique comportemental remplie avec les parents

Au premier rendez vous, un questionnaire oral doit être effectué et à ce moment, l'historique comportemental de l'enfant (si besoin est) pourra être évoqué et commenté avec les parents.¹⁰ Il y sera question des précédentes visites de l'enfant, de son comportement au fauteuil, des problèmes qu'il a rencontré et à quel moment au cours du soin...

3.1.2.2. Echelle de Frankl

Cette échelle a été proposée par Frankl en 1962, dans le but d'évaluer le comportement d'enfants préscolaires qui n'avaient jamais eu d'expérience au cabinet dentaire et que l'on séparait de leur mère lors de cette première visite.⁵⁵

Principe : cette échelle est la plus simple à utiliser, elle repose sur une note de 0 à 3.

Il s'agit d'une hétéro-évaluation faite par le praticien. Elle permet de suivre l'évolution du comportement de l'enfant au fil des séances.²³ On peut aussi grâce à cette évaluation évaluer le comportement de l'enfant au cours de la séance, comme dans l'étude originelle⁵⁵ :

lors première visite, on peut évaluer le comportement lors de la séparation (ou de la non-séparation) de la mère et de son enfant, de l'examen bucco-dentaire, d'un traitement prophylactique, d'une radiographie rétro-alvéolaire et lors de son départ du cabinet.

à la seconde visite, cette même évaluation peut se faire lors de la séparation d'avec le parent, de l'injection du produit anesthésique, du soin conservateur et toujours lors de son départ.

Niveau 0 : comportement définitivement négatif	Refuse le traitement, crie avec force, est effrayé, opposant aux soins
Niveau 1 : comportement négatif	Peu disposé à accepter les soins, non coopérant, montre des signes d'opposition comme visage sombre ou renfrogné, attitude de retrait
Niveau 2 : comportement positif	Accepte le traitement sous certaines conditions, montre de la bonne volonté à coopérer avec parfois une certaine réserve, suit malgré tout les directives du praticien
Niveau 3 : comportement définitivement positif	Bon rapport avec le praticien, intéressé par le traitement, rit et accepte la situation de bonne humeur

Figure 14 : Echelle de comportement de Frankl.⁵⁵

Selon Frankl et coll.⁵⁵, un enfant ayant eu au moins 5 comportements positifs sur 2 séances peut être considéré comme coopérant.

Indication : Frankl et coll. ont utilisé cette échelle sur un panel d'enfants pré-scolaires de 3 ans ½ à 5 ans ½.

3.1.2.3. Echelles comportementales de Venham

Les échelles de comportement et d'anxiété ont été créées par Venham en 1978 dans le but de limiter les biais liés à une évaluation globale de l'anxiété. Pour limiter ces erreurs, l'auteur a mis en place deux échelles bien distinctes¹⁵⁶.

L'échelle comportementale et l'échelle d'anxiété décrivent donc des comportements bien définis, empêchant ainsi toute interprétation subjective de la part de l'évaluateur.¹⁵⁷

Principe : chaque échelle comporte 6 catégories, notées de 0 à 5, les scores les plus élevés étant les plus négatifs. Le praticien observe l'enfant au cours de la séance et note le score correspondant à celui de l'enfant en fonction des items établis.

Indications : cette évaluation a été effectuée chez des enfants en âge de lire mais elle peut aussi être utilisée chez des adolescents jusque 18 ans.^{8; 157} C'est une échelle d'hétéro-évaluation simple et rapide.

Qualités statistiques_: les résultats sont fiables même quand l'évaluation est remplie par un observateur non entraîné.¹⁰⁵

→ Echelle modifiée par Veerkamp

L'échelle de Venham modifiée par Veerkamp regroupe les deux échelles de Venham et possède également 6 catégories^{23; 153}. Elle peut être utilisée lors des soins sous sédation et dans ce cas, un score est attribué à chaque étape de la séance.

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

Figure 15 : Echelle de Venham modifiée par Veerkamp.¹⁵³

3.1.2.4. *Autres échelles comportementales*

3.1.2.4.1. **Echelle de Houpt**

D'autres échelles d'évaluation existent, comme l'échelle de Houpt, mais sont moins citées dans la littérature. Cette échelle repose sur l'étude de 4 éléments du comportement (pleurs, coopération, appréhension/attention et éveil) selon un enregistrement vidéo.²³

Principe : l'échelle se compose de 4 catégories contenant chacune plusieurs items. A chaque étape de la séance, le praticien évalue son patient et sélectionne les items qui correspondent le mieux.⁶⁹

Pleurs	1 : Crie, hurle 2 : Pleure continuellement 3 : Pleure par intermittence 4 : Ne pleure pas
Coopération/ Mouvements	1 : Traitement avorté 2 : Résiste violemment, interrompt le traitement, soin partiellement effectué 3 : Résiste, interrompt le traitement mais au final soin effectué 4 : Agité pendant le traitement 5 : Peu de mouvement ou mouvement intermittents 6 : Pas de mouvement
Appréhension/attention	1 : Hystérique : désobéit à toutes les instructions 2 : Extrêmement anxieux, désobéit à quelques directives, dérange le traitement 3 : Moyennement anxieux, accepte le traitement après motivation 4 : Calme, détendu, suit les instructions
Eveil	1 : Bien réveillé 2 : Somnolent, désorienté 3 : Endormi

Figure 16 : Echelle de Houpt.⁷⁰

3.1.2.4.2. **Code de comportement perturbateur et d'anxiété**

Ce code ou ADBC (Anxiety and Disruptive Behaviour Code) a été développé en 1980 par Allard, Kennedy et Stokes.⁵ Il se compose de 4 catégories : mouvement de la tête, mouvement du corps, plaintes et contraintes.

Pour chaque catégorie, une définition est donnée pour éviter toute subjectivité.

Exemple : mouvement du corps = mouvement de n'importe quelle partie du corps de 15 cm ou plus, de façon continue ou discontinue, d'un minimum de 1 seconde. Les critères d'évaluation de cette catégorie se fait sur la magnitude du mouvement et sa durée.¹⁴²

3.1.3. Autres tests et questionnaires

Pour finir avec les tests de l'enfant, on peut citer deux façons de préciser le niveau d'anxiété de l'enfant et d'anticiper son éventuelle difficulté à coopérer au cours des soins à venir.

3.1.3.1. Dessin

Le dessin permet, par une auto-évaluation, de comprendre et d'approcher le type de personnalité de l'enfant et sa façon d'aborder les soins.

Sur un dessin d'enfant, on peut noter :

- l'importance donnée aux objets et aux personnes,
- sa représentation en situation de soins.

On peut également de demander à l'enfant de dessiner une situation particulière comme « un jour de pluie »; cela peut nous permettre de voir comment l'enfant met en œuvre un mécanisme de défense et son potentiel de protection.²³

3.1.3.2. Conditions d'admission de l'enfant en soin

Les situations d'urgence sont celles qui remettent le plus en question les essais de prévention de la peur et de l'anxiété au cabinet dentaire. Ce sont des situations typiques dans lesquelles l'enfant doit subir des procédures douloureuses et/ou inconfortables sans pouvoir avoir un quelconque sentiment de contrôle. C'est pour cela, que face à un tel cas, il est très important que le chirurgien-dentiste analyse le degré d'urgence et les différentes alternatives possibles.

Une douleur dentaire en elle même n'est pas une condition absolue pour démarrer une procédure douloureuse sur un enfant réticent sous contrainte alors que la douleur va passer et peut être traitée par analgésique. De même, une infection de la pulpe peut être diminuée par antibiothérapie.

Cela permet à l'enfant de comprendre que le praticien est là pour l'aider et revenir confiant.

Dans les cas où la situation exige une intervention immédiate, l'aide des parents, une prémédication ou l'utilisation de la sédation associée à une exposition graduelle peut aider l'enfant.⁷⁹

3.2. Place et rôle des parents

De nos jours, les parents veulent être plus impliqués dans les décisions thérapeutiques et bien souvent présentent des attentes spécifiques concernant leur enfant. Les émotions et attitudes parentales peuvent bien souvent affecter la dynamique du rendez-vous et influencer de façon négative la perception qu'aura l'enfant de cet événement.

Il est donc important de comprendre la dynamique de la famille et les passés respectifs de chaque parent pour pouvoir aborder cette relation triangulaire avec le maximum de clés en main.¹⁴⁰

3.2.1. Schéma relationnel parents-enfant, éducation

La famille peut être vue comme une unité de personnalités interactives, qui cohabitent dans une structure en perpétuel remodelage.³¹



Figure 17 : Dessin de Rémi MalinGrëy.

Le test des systèmes familiaux ou FaST (= Family System Test) est une **technique figurative de placement** pour une représentation dans l'espace de la cohésion et de la hiérarchie/structure de la famille et de ses systèmes sous-jacents.⁶² Ce test a été créé par

Gehring, ses premiers essais datent de 1980 et utilisent un plateau de 81 carrés (9X9), des pions représentant de façon schématique des figures masculines et féminines ainsi que des blocs de hauteur différente. On demande à l'enfant de placer sur ce plateau les différents protagonistes de sa famille (père, mère, frères et sœurs) il peut élever les figurines à l'aide des blocs. La cohésion est alors étudiée en analysant les placements des différentes figures sur le plateau : on voit apparaître des dyades entre les différents individus, et une dyade mère-enfant est évaluée comme plus cohésive qu'une dyade d'adultes, la hiérarchie est, elle, symbolisée par les blocs (ex : inversion hiérarchique quand la figurine de l'enfant dépasse celle de son parent).²⁴

→ Dans ce test, la représentation familiale par des enfants hautement anxieux de 8 à 12 ans est beaucoup plus déséquilibrée (grande cohésion avec faible hiérarchie ou faible ou grande cohésion avec forte hiérarchie) que chez les enfants moyennement anxieux.

En 2001, Peleg-Popko et Dar montrent aussi qu'une forte cohésion familiale est souvent associée avec une forte anxiété sociale de l'enfant et une peur des évaluations négatives, alors qu'un manque d'adaptabilité familiale est souvent associée avec une peur des étrangers.¹¹⁴

Chapitre 3 : Prise en charge non pharmacologique

1. 1^{ère} consultation

Il est important de retenir que nous n'aurons jamais une seconde occasion de faire une première bonne impression, c'est pourquoi il est crucial de **réussir la première consultation** et ceci à tout âge. Les premiers contacts avec l'enfant, ses parents, le praticien et l'équipe soignante sont des moments privilégiés qui resteront gravés dans la mémoire de l'enfant et qui donneront la tonalité à la suite de la relation thérapeutique. Ils doivent être d'emblée réussis car difficilement rattrapables.¹⁴⁷

1.1. Environnement

L'environnement compte autant pour l'adulte que pour l'enfant, mais avec ce dernier il faut être plus attentif car il est plus réceptif à nos soins vu son ignorance, son inexpérience, le cabinet dentaire étant souvent une grande découverte.

1.1.1. Salle d'attente

C'est un lieu où s'épanouissent les « fantasmes du patient ». C'est par cette salle que la patient pénètre dans ce monde inhabituel qui est le nôtre et que débute l'**attente**, elle-même anxiogène.^{10; 25; 125; 147} C'est aussi le lieu du « premier contact », l'endroit où l'enfant reçoit ses premières sensations et où se forment ses premières impressions avant d'entrer dans la salle de soins. Ce temps d'attente est un facteur d'anxiété et c'est pourquoi la salle d'attente doit contenir des éléments qui captent l'attention et suscitent l'intérêt de l'enfant.

Il est conseillé d'éviter les caricatures dites humoristiques qui représentent notre profession sous un aspect anachronique ou cruel que le patient a tout loisir de contempler ainsi que les gravures de nos ancêtres professionnels ou les meubles vieillots. Il n'est pas besoin d'installations luxueuses ou onéreuses pour créer une ambiance chaleureuse et familière où l'attention des enfants et de leurs parents est attirée par des pôles d'intérêts correspondant à chacun. Cette pièce doit faire office de « **pièce à vivre** », elle doit être attrayante et organisée de façon à ce que l'enfant s'y sente en sécurité

Comme les enfants n'aiment pas être assis sur des chaises d'adultes et qu'ils aiment être assis à même le sol, des coussins ou des tapis peuvent être disposés devant une corbeille de jouets. Chez le pédodontiste exclusif, une salle spécialement conçue pour les enfants avec une décoration adéquate et des jeux ou de la lecture enfantine peut être **aménagée** ; tandis que

chez l'omnipraticien, l'alternance adulte-enfant empêche une telle exclusivité. Il est cependant tout à fait possible d'aménager un coin enfant dans toute salle d'attente.

Les **parents**, dont l'inquiétude sous jacente est déterminante pour le conditionnement de l'enfant, trouveront des sièges confortables et des lectures diversifiées, intéressantes et récentes. En incitant l'enfant à jouer ou à dessiner pendant que son père ou sa mère lit, on favorise chez lui une certaine autonomie et on amorce la future séparation d'avec les parents.

Le **calme** est de mise mais pas un silence inquiétant ; il convient donc d'éloigner, dans la mesure du possible, cette salle d'attente de la salle de soins d'où proviennent généralement des bruits et sons inconnus et/ou inquiétants. Une petite musique en sourdine pourra baigner l'ambiance de sa douceur en continuum de l'entrée à la salle d'attente. Il est à souligner par ailleurs que les activités ludiques de l'enfant ont pour but de le distraire tout en le maintenant dans un état de calme ; les jouets ne doivent donc être ni bruyants, ni violents.

La **couleur**, comme le démontrent les recherches, a beaucoup d'effets sur la psychophysiologie humaine, ce dont il faut tenir compte dans le choix du décor de salle d'attente. Il est donc recommandé d'utiliser des couleurs apaisantes, tel que le vert qui selon des études produit cet effet de sérénité.

Les facteurs de stress, bruit, odeurs, températures, images doivent être identifiés afin d'être atténués sinon supprimés. L'**environnement** doit donc éviter toute notion d'agressivité et il peut être intéressant d'exposer dans des points stratégiques des dessins d'autres enfants afin de bien signifier à l'enfant et à ses parents que celui ci est le bienvenu et qu'il n'y a aucune raison de s'inquiéter.

Enfin il est à noter que c'est dans cet environnement ainsi aménagé que l'assistance ou la **réceptionniste** joue son plus grand rôle comme nous le verrons un peu plus tard.

1.1.2.Cabinet dentaire

Au cabinet, la place de travail doit être particulièrement accueillante^{113; 125}.

Le pédodontiste exclusif préférera un **fauteuil** petit et discret mais l'installation ne semble pas impressionner les enfants qui vivent dans un monde de machines et d'appareils. Peu d'enfants refusent de s'asseoir sur un fauteuil par contre ils sont inquiets quand apparaissent fraises, pièces à mains, turbines, etc.... C'est donc la petite **instrumentation** qui entre dans la bouche

qui leur fait peur. Seuls un miroir d'auscultation, tout au plus une sonde, doivent être visibles. Il faut tâcher de persuader l'enfant que cette première visite se limite à un état de lieu avec sonde et miroir et si l'enfant se montre très coopératif, un déplaquage peut être effectué.

La **décoration** est importante, elle accroche le regard et distrait momentanément l'enfant de l'acte opératoire : aquarium, tableaux aux sujets non professionnels, écran de télévision... Même si on peut opposer à ces bonnes idées le fait qu'une trop grande distraction empêchera l'enfant d'entendre correctement notre discours et donc de comprendre nos actes. Dans le même registre, la **musique** distrait l'enfant et dans le cas d'une intervention d'urgence peut couvrir les éventuels bruits d'instruments rotatifs qui inquiètent l'enfant.

Enfin les **odeurs**, encore plus désagréables pour l'enfant que pour l'adulte, sont d'autant plus difficiles à éliminer chez l'omnipraticien que par accoutumance nous ne les percevons plus. Il faudra donc aérer systématiquement la salle de soins.

Il faut aussi garder en tête que la première qualité que l'enfant attribue au chirurgien-dentiste et au cabinet dentaire, dans les études de Rozencweig citées par Demard et Fortier est la **propreté**.⁵⁴

1.2. Personnel assistant/équipe

Dès les premiers contacts avec les parents au téléphone ou à l'ouverture de la porte, l'influence de la **réceptionniste** s'exerce^{54; 113; 147}. Tous les membres de l'équipe dentaire doivent s'entendre sur une approche psychologique commune, créer un accueil chaleureux, souriant dans son langage verbal et comportemental. L'assistante sera capable de donner le plus de renseignements possibles pour qu'enfants et parents se sentent encadrés. L'intérêt qu'elle porte à l'enfant lors de son installation dans la salle d'attente est déjà une préparation psychologique. La réceptionniste ou l'assistante en retour transmette au dentiste l'information recueillie sur l'enfant, ses gestes, ses attitudes, ses relations avec ses parents. Ces précieux renseignements faciliteront l'approche du praticien.

Le rôle de l'**assistante** au fauteuil est primordial et gagne à être dissocié de l'activité de la réceptionniste. Les enfants sont ainsi soignés dans le calme et le déroulement clinique se fait sans interruption. L'attention complète du praticien vis à vis du jeune enfant ne peut être obtenue qu'avec l'aide d'une auxiliaire au fauteuil, qui, par son efficacité assure le bon déroulement de la séance ; d'où une difficulté supplémentaire pour le praticien travaillant sans

assistante. Dans les sessions suivantes, elle peut détourner l'attention de l'enfant à l'aide d'histoires ou en verbalisant des techniques de relaxation/respiration. Lors de séances de renforcement d'un comportement positif au fauteuil (à l'aide de « temps mort » par exemple, procédure qui sera expliquée plus loin), l'attitude attendue par l'équipe dentaire, le comportement souhaitable de l'enfant peuvent être expliqués par le chirurgien dentiste mais aussi son assistante.⁷

Le personnel joue donc un rôle d'intermédiaire fondamental et « humanise » le rapport du patient avec les soins dentaires.

1.3. Praticien

Les idées préconçues peuvent influencer le bon développement de la séance de soins, or on sait que très tôt l'enfant reçoit une quantité plus ou moins véridique d'informations concernant le chirurgien dentiste.²⁵

1.3.1. Image

En effet, le praticien est souvent représenté comme le bourreau, « l'arracheur de dent », celui qui fait mal. L'image du chirurgien-dentiste est donc assez négative et peut être source de peur chez l'enfant.

E. BERNHEIM a décrit dans sa thèse, avec ironie, les rapports entre l'humoriste et le chirurgien-dentiste. Après le psychanalyste, le praticien est le second personnage le plus représenté dans les histoires drôles, à travers les stéréotypes du patient victime et du dentiste bourreau.¹¹³

Dans l'inconscient collectif, **l'image stéréotypé** du chirurgien-dentiste puissant et craint survit encore, en faisant un personnage hautement « **castrateur** ». ⁴⁴ Mais heureusement, pour certains psychanalystes, il n'est plus castrateur mais au contraire « **revitalisant** », en mesure de restituer la puissance masticatoire et l'efficacité esthétique.¹⁴⁸ Et comme nous l'avons vu précédemment, ce sont aussi les images de l'inconscient collectif qui sont transmises à l'enfant par ses proches ou ses camarades, il nous reste donc à espérer, quand un enfant entre dans notre cabinet, que c'est le second personnage qui lui a été conté....

1.3.2. Personnalité

La personnalité du chirurgien dentiste influence, de façon positive ou négative, le niveau d'anxiété de l'enfant et son comportement.¹⁶⁰

Ainsi certains praticiens ont naturellement une approche assez autoritaire de l'enfant alors que d'autres ont une approche plus empathique, plus personnelle de l'enfant. Le contexte culturel joue un rôle dans la personnalité du chirurgien dentiste. Il affecte sa manière de communiquer et son rapport à l'autorité.⁸²

Les jeunes patients et leurs parents sont très attentifs au mode de communication des professionnels de santé en général. Le comportement communicatif du chirurgien-dentiste est un facteur majeur dans la satisfaction des patients. Ce comportement agit sur celui de l'enfant et sur l'implication de ses parents dans les soins dentaires.⁹

1.3.2.1. *Facteurs comportementaux de la personnalité du praticien.*

Parmi les nombreux facteurs de la personnalité, on peut citer les trois principaux qui interviennent dans la relation thérapeutique.^{25; 82; 149}

L'autorité : la façon dont le chirurgien dentiste gère son autorité vis à vis de son jeune patient au cours du soin agit sur le comportement de celui-ci. Les praticiens qui donnent des instructions claires et encouragent l'enfant sont ceux qui rencontrent le moins de conduites non productives. Au contraire les instructions négatives, la contrainte ou la répression semblent conduire à l'augmentation de l'anxiété et donc à des problèmes de comportements au fauteuil. Il faut cependant faire bien attention à alterner les récepteurs de notre communication verbale (l'enfant mais aussi ses parents ou notre assistance) sous peine de « noyer » notre jeune patient sous un flot auditif trop important.

L'empathie : L'empathie est la faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent. C'est une autre aire du comportement influencée par la personnalité du chirurgien dentiste.

L'empathie comprend une dimension affective et une dimension cognitive. La dimension affective, c'est le fait d'être proche émotionnellement de son patient qui souffre ou se pose des questions, en gardant cependant une distance suffisante pour une relation thérapeutique efficace. La dimension cognitive permet au praticien de saisir par interférence ou par intuition

le message de son patient. Ce message peut être transmis par communication verbale ou non verbale et nous renseigne sur les émotions de celui-ci.

Ainsi questionner l'enfant au cours du soin sur ce qu'il ressent et prendre en compte ce ressenti à une influence positive et tend à le rassurer. L'enfant comprend qu'il « participe » au soin et la perte de contrôle au fauteuil, souvent anxiogène, diminue.

Le contact physique : La faculté d'entretenir un contact physique avec un jeune patient est plus ou moins naturelle selon les praticiens. Un contact positif (petite tape sur l'épaule, caresse sur la joue) a des effets bénéfiques en confortant un enfant dans son bon comportement ou en l'aidant à se détendre.

1.3.2.2. Influence de la personnalité sur le comportement du patient

White décrit 4 types de personnalités : pragmatique, extraverti, aimable, analytique¹⁶².

Selon lui, la plupart des praticiens auraient une personnalité de type pragmatique, ils aiment l'autorité qu'ils ont sur leur patient, apprécient le titre de Docteur, et montrent leur autorité par un style vestimentaire assez expressif (blouse blanche, costume, uniforme très identifiable...). Ils comprennent très rapidement le fond des propositions et sont très rapides à prendre des décisions car sûrs d'eux.

Au contraire, le tempérament aimable est lent à se décider et donne plus d'importance à la solidité des liens amicaux qu'aux faits lorsqu'il prend des décisions. Ce sont des personnes plus émotives, chaleureuses qui préfèrent « materner » une décision.

L'extraverti est chaleureux, amical et agressif. Il ne donne aucune importance aux détails, il apprécie les événements sociaux, politiques et sportifs de haut niveau.

Le type analytique n'est pas agressif et apprécie énormément les détails. Il est plutôt passif et froid. Lorsqu'il s'agit de prendre une décision, il donne souvent l'impression d'avoir besoin d'un détail supplémentaire pour y aboutir.

Il semblerait que les enfants aient plutôt une personnalité de type *aimable* et les étudiants *pragmatiques*.

→ nous allons voir surtout les rapports avec les *pragmatiques* étant donné que la majorité des dentistes sont de ce type.

aimable-pragmatique: le patient est souvent déconcerté par la rapidité du praticien *pragmatique* qui souhaite une soumission rapide pour débiter les soins alors que lui souhaite, avant de démarrer, établir une relation. Le patient veut poser énormément des questions et met trop de temps à se décider pour ce type de praticien.

extraverti-pragmatique: le patient peut paraître difficile car il se base sur l'« énergie » des événements pour prendre une décision. Il ne se sent pas concerné par les détails c'est pourquoi les longues discussions concernant les radiographies ou les modèles prothétiques peuvent être bannies.

analytique-pragmatique: ce type de patient aime développer les détails et demande de nombreuses explications. La difficulté vient du fait qu'il veut connaître chaque détail avant le début du traitement et avant de pouvoir prendre sa décision. Pour le praticien *pragmatique*, ces patients semblent repousser constamment la décision à opter pour un traitement.

1.3.3. Influence de l'anxiété de l'enfant sur le Chirurgien-dentiste

Comme nous l'avons vu précédemment, le comportement du chirurgien-dentiste peut induire de l'anxiété chez l'enfant. A l'inverse, l'anxiété de jeunes patients peut influencer le comportement du praticien.^{102; 145}

Le chirurgien-dentiste est constamment confronté à ce vécu anxieux et il est pleinement conscient d'en être le responsable. Ces conditions de travail créent un climat qui rend la situation de soins difficile pour les deux parties ; au début le chirurgien-dentiste qui n'a pas l'habitude de soigner des enfants a souvent du mal à être détendu à l'approche de son patient anxieux, ce qui a un impact sur l'anxiété de ce même patient.²⁵ Et ce « double » stress peut entraîner une diminution des visites chez le dentiste voire un abandon des soins ce qui, bien sûr, a un effet négatif sur la santé bucco dentaire de cet enfant.¹⁴⁵

En 1999, une étude menée par Ten Berge et coll. a en effet mis en évidence l'adaptation du comportement du chirurgien-dentiste au niveau **d'anxiété de son jeune patient**. Les résultats de cette étude montrent que les enfants qui ont été adressés dans des centres spécialisés en soins dentaires ont vu leur anxiété diminuer. Une **approche plus directive** a été observée ; il

semblerait que face à un enfant nerveux, le chirurgien-dentiste ait besoin de plus prendre le contrôle et ce afin de structurer l'enfant. On peut donc conclure que ce type d'approche a eu un effet positif au long terme chez ces enfants.¹⁴⁵

Il est donc nécessaire pour le praticien de **gérer au mieux son stress en limitant au maximum ses comportements négatifs** comme l'irritabilité, l'impatience, l'agressivité ou encore les maladresses envers son jeune patient.¹²⁶

1.3.4. Expérience de soins avec un enfant

Comme nous l'avons vu précédemment, l'état émotionnel du chirurgien-dentiste a un impact important sur les enfants et vice versa. Ceci devient évident quand on observe un étudiant soigner ses premiers jeunes patients. Ainsi **une augmentation des problèmes comportementaux** de l'enfant a été observée **chez les étudiants** en comparaison avec des cliniciens expérimentés.²⁵

Cependant il est à noter que l'expérience ne fait pas tout et que l'on peut aussi observer un comportement défavorable chez un praticien installé et ceci à cause d'aléas professionnels ou personnels.⁹

L'intérêt de l'expérience en odontologie pédiatrique est d'acquérir un sens clinique qui permettra au praticien d'évaluer le niveau d'anxiété de son jeune patient et donc par la suite de s'y adapter. **En identifiant correctement les raisons du refus de soin chez l'enfant on peut ainsi mettre en place une stratégie de prise en charge adaptée.**⁶⁸

1.4. Relation praticien-parents

1.4.1. La première rencontre

Une bonne communication donne l'opportunité au pédodontiste d'instaurer une bonne ambiance autour des soins avec l'enfant, d'améliorer les interactions avec les parents et de faire de la visite chez le dentiste une bonne expérience pour tous. L'académie américaine suggère même que la **communication permettrait de poser des limites dans l'implication parentale au cours des séances** et ceci en anticipant les conflits potentiels à l'aide de discussions au préalable sur les choix thérapeutiques.⁵⁹ L'inquiétude principale du praticien est, bien souvent, la potentialité d'une interruption parentale à l'aide d'une communication inappropriée ou de l'expressivité de leur propre anxiété. Le désir d'exclure le parent reflète

aussi le fait que la plupart des dentistes ont l'habitude d'une relation à double sens avec leur patient et que l'arrivée d'une interaction à 3 protagonistes peut paraître menaçante.^{57; 72} Cependant, en incluant le parent dans la préparation et en soulignant son rôle d'aide silencieuse, on peut aboutir à une présence réconfortante sans interférence inutile.^{55; 98}

Avant de traiter un enfant, il est préférable de **rencontrer ses parents** ou l'adulte qui l'accompagnera.²⁵ Ceux-ci sont souvent plus en mesure de fournir au praticien les renseignements qu'il veut recueillir : les antécédents médicaux et dentaires de l'enfant, ses caractéristiques, ses connaissances sur les soins mais aussi leur propre attitude à l'égard du dentiste, celle-ci ayant une incidence certaine sur celle de leur enfant. Le dentiste doit rassurer les parents en démontrant qu'il connaît la dentisterie pédiatrique, qu'il maîtrise les notions de psychologie de l'enfance, qu'il est compétent, qu'il est vraiment attentif à leur cas et qu'il s'intéresse à eux et à leur enfant. D'ailleurs des études démontrent que le principal motif de satisfaction pour les parents envers leur dentiste est son aptitude à établir une bonne relation avec leur enfant.^{84; 143}

Si la rencontre préalable avec les parents est impossible, on peut leur faire parvenir une **lettre** expliquant l'organisation du cabinet et la façon dont se déroulera la première visite de leur enfant ; cette lettre peut également comporter quelques conseils quant à la préparation de leur enfant.

Annoncez la visite comme un fait normal, sans exprimer d'émotion particulière : les visites font partie du développement de l'enfant ; il faut éviter d'offrir des récompenses ou à l'opposé de suggérer à l'enfant qu'il n'a rien à craindre.

Si votre enfant demande plus d'information, vous pourrez lui expliquer que le dentiste va regarder ses dents pour s'assurer qu'elles sont bien saines et pourra répondre à toutes les questions qu'il a en tête : évitez le vocabulaire inadapté, déléguer plutôt cette tâche au praticien

Veillez à ce que votre enfant soit en bonne forme physique le jour du rendez vous, sinon prévenez le chirurgien dentiste s'il est fatigué, perturbé ou malade ; il vaut mieux accepter de modifier le plan de traitement plutôt que de perdre sa confiance.

Ne menacez pas l'enfant « si tu n'es pas sage, tu auras une piqûre ! ». Il est souvent nécessaire d'anesthésier pour éviter la douleur et l'anesthésie ne doit pas être associée à une punition.

Ne mentionnez pas « la douleur » ou rassurez maladroitement « n'aie pas peur », « tu verras, ça ne fait pas mal... ». Ces phrases induisent ce qu'elles sont censées éviter. Il faut au contraire mettre les mots justes sur ces sensations pour lui montrer que c'est normal.

N'hésitez pas à poser les questions qui vous préoccupent car il est nécessaire que vous soyez bien informés avant le traitement.

Figure 18 : Exemples de conseils aux parents. ²³

1.4.2. Attente des parents

Comme nous l'avons déjà vu plus haut, l'attente principale des parents est la création d'une bonne relation entre le chirurgien-dentiste et leur enfant.²⁵

Les suppositions faites par ces parents, au regard des soins qui vont être apportés à leur enfant, incluent aussi les attentes suivantes¹⁰² :

la découverte du monde de la dentisterie par leur enfant doit être la plus plaisante possible et ceci avec compassion, compréhension, tolérance et patience,

tous les problèmes, les choix thérapeutiques et les solutions alternatives devront être évoqués,

leur enfant devra recevoir un traitement de qualité, effectué de façon efficace et au cours de séances à la durée adaptée,

les coûts devront être appropriés et annoncés le plus tôt possible au cours de la progression des soins (cet item correspond surtout à la situation américaine car en France, les soins non pris en charge par la sécurité sociale chez l'enfant restent restreints).

Le praticien et les parents doivent trouver un **terrain d'entente** afin de s'accorder sur les attentes de chacun et ceci afin d'éviter les éventuelles oppositions concernant la perception des problèmes de comportement de l'enfant: il faut déterminer ce qui est normal pour son âge et ce qui ne l'est pas.¹⁰²

De plus, les parents peuvent exprimer des attentes peu réalistes quant aux performances de leur enfant ou au déroulement des soins : étonnamment certains parents s'attendent à une résolution immédiate du problème en une ou deux séances sans tenir compte de la nature même de ce problème. On peut entendre « je ne veux pas revenir, soignez lui **juste** les dents... ». ¹⁰²

Indépendamment des attentes (réalistes ou non) parentales ou des compétences techniques du praticien, la relation thérapeutique est invariablement condamnée si le praticien manque à identifier ou à prendre en considération les préférences et les inquiétudes des parents.¹⁰²

La coopération des parents peut donc contribuer à faciliter le comportement de l'enfant, à condition que leur « discours » n'interfère pas avec notre communication et notre traitement. En fait, seule une collaboration étroite entre le parent et le praticien va donner les meilleures chances à l'enfant⁹⁸.

1.4.3. En pratique

En 1991, Koch définit le parent « difficile », qui dans la plupart des cas a juste besoin d'être aidé. Il résume plusieurs caractéristiques rapportées par divers auteurs.⁷⁸

Ce parent est souvent :

- anxieux lui aussi vis à vis des soins dentaires,
- incertain sur la façon de se comporter avec son enfant au cabinet et reconnaissant envers l'aide ou les conseils qui peuvent lui être apportés,
- coupable du comportement non coopératif de son enfant et étant partiellement responsable de son conditionnement,
- il se sous-estime beaucoup en tant que parent,
- il sous-estime les ressources/capacités de son enfant à faire face aux frustrations et au stress.

Ce parent a besoin :

- d'informations honnêtes à propos des besoins dentaires de son enfant,
- d'être rassuré dans son rôle de parent,
- d'être capable d'accepter que son enfant est une personne indépendante avec ses **propres** ressources pour faire face aux situations stressantes.

1.4.3.1. Travail avec les parents

Les chirurgiens-dentistes préfèrent souvent que les parents évitent toute forme de préparation pour la première visite de leur enfant⁹¹. Un courrier expliquant le fonctionnement du cabinet ainsi que les actes qui vont être réalisés au cours de cette séance peut être envoyé. Il peut aussi contenir des conseils vis à vis du rôle joué par les parents^{23; 25; 98} lors de cette première rencontre; on y explique par exemple qu'il est déconseillé « d'acheter » une bonne coopération ou qu'il est préférable que l'adulte le moins anxieux accompagne son enfant. Les parents apprécient généralement recevoir ce type d'informations car il les aide dans les explications qu'ils apportent à leur enfant.

Il est important de transmettre des consignes écrites car 50 % de l'information est oubliée dans les 5 minutes suivant le départ du cabinet dentaire²⁵.

1.4.3.2. Séparation parents/enfant

Jusqu'à récemment, l'implication parentale dans les soins dentaires de leur enfant était très minime ; elle était même fortement découragée par l'équipe soignante. Par la suite, la pratique pédodontique a évolué pour coller à la tendance sociale qui demande plus d'engagement de la part des parents⁵¹.

De façon générale, les parents accompagnent leur enfant au cours des consultations médicales pédiatriques donc ils pensent naturellement faire la même chose chez le chirurgien-dentiste. Certains veulent des informations de première-main, d'autres pensent que l'enfant les veut présents, d'autres encore pensent que le praticien ne pourra pas gérer le comportement de leur enfant sans eux. Il y a aussi des parents qui ne souhaitent pas être présents. Au final, la présence des parents est déterminée par la philosophie de chaque praticien ainsi que les circonstances qui garantissent la meilleure prise en charge de l'enfant¹⁴⁰.

La première visite ne doit pas seulement servir à rencontrer l'enfant mais aussi à instaurer une relation avec les parents. Si les deux parents viennent à ce rendez-vous, il faut les informer que seul un parent pourra, par la suite, rester dans la salle de soins afin d'éviter que l'enfant n'interprète mal l'importance de cette visite. Ils pourraient débiter une conversation ou une dispute pendant la procédure, créant ainsi une diversion¹⁴⁰.

Les praticiens font de plus en plus face à des enfants qui sont « mal-équipés » en terme de capacités pour faire face à un problème et d'autodiscipline nécessaires lors de nouvelles expériences. On peut estimer que l'enfant doit vivre son expérience des soins dentaires et arriver à l'assumer. Mais, il ne faudrait pas, par une conception trop rigide, priver certains enfants de leur sécurité et de leur mode de communication⁵⁴. Fréquemment, les attentes des parents concernant leur enfant sont irréalistes tandis que celles concernant les résultats du chirurgien-dentiste sont grandes.

Les objectifs de la présence/absence des parents doivent être :

- acquiescer l'attention du patient et maintenir une bonne coopération
- avorter les comportements négatifs ou d'évitement
- établir des rôles appropriés pour le chirurgien-dentiste et l'enfant
- améliorer la communication entre le chirurgien-dentiste et l'enfant
- minimiser l'anxiété et réussir une expérience dentaire positive.

Afin d'atteindre tous ces buts, le praticien doit évaluer quel type de support affectif est nécessaire à l'enfant : en effet un parent peut par sa **présence** aider l'équipe soignante à comprendre les références propres de son enfant, permettant ainsi une communication facilitée ou au contraire empêcher le chirurgien-dentiste de s'affirmer dans son rôle et son **absence** permettrait de rééquilibrer les rapports avec l'enfant⁹. Le choix de l'absence/présence du parent doit donc se faire en fonction du support qu'ils peuvent apporter à leur enfant dans des situations difficiles. Cependant, il est important de noter que l'accès parental à son enfant ne doit jamais être refusé³². Cette séparation, quand nécessaire, est facilitée si le parent comprend qu'à partir de 5 ans et chez la majorité des enfants de 4 ans, la séparation est une

étape importante mais normale du développement. Et cette attitude insinue surtout à l'enfant que son parent fait confiance au dentiste, qu'il n'a pas à s'inquiéter et qu'il est tout à fait capable de faire face à cette situation¹⁴⁰.

Chaque situation doit donc être adaptée à la fois à la maturité de l'enfant et à celle des parents :

le *tout jeune enfant* (moins de 4 ans) trouve un réel confort à pouvoir rester sur les genoux de sa mère, pour autant que celle-ci garde une attitude détendue et silencieuse. Elle assure alors à l'enfant le contact corporel rassurant dont il peut avoir besoin, mais laisse le dialogue au praticien qui pourra capter l'attention de l'enfant.

à *partir de 5-6 ans* l'enfant se sent très souvent valorisé par une relation personnelle. On peut alors judicieusement proposer les soins en l'absence des parents et favoriser le contact singulier que le petit patient considérera comme un véritable acquis⁵⁴.

Bien que vue comme un choix personnel de la part des praticiens, de nombreuses données supportent la présence des parents dans la salle de soins pour les jeunes enfants. Il est en effet important de montrer à l'enfant mais aussi aux parents que les approches sont différentes maintenant et c'est d'autant plus simple quand les deux parties en sont les témoins directs⁵¹.

1.5. Contenu de la 1^{ère} consultation

Il est capital de promouvoir la consultation des tout-petits à partir de 12 mois : c'est un moment privilégié pour faire connaissance avec l'enfant et instaurer un climat de confiance avec sa famille afin d'établir les bases d'une bonne relation thérapeutique. Cette « rencontre » est une étape importante et va permettre au praticien d'informer les parents des règles élémentaires d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire et des conséquences liées aux mauvaises habitudes.²³

1.5.1. Objectifs

Au cours de la première visite, le chirurgien-dentiste ne devrait tenter que des procédures simples et consciencieusement **expliquer à l'enfant tout ce qu'il va faire** de même que tous les instruments qu'il va utiliser et ceci afin de construire petit à petit une routine dans les procédures nécessaires aux soins. La première consultation doit avant tout être une rencontre. Bien que le contrôle de la voix soit généralement suffisant pour calmer un enfant effrayé, il

peut être occasionnellement nécessaire d'utiliser la contrainte physique. Les parents doivent être avertis, en particulier dans les situations d'urgence, que le dentiste ou son assistante peuvent être amenés à immobiliser leur enfant pour effectuer un examen même superficiel et ceci afin de lui démontrer que la procédure est différente de ce à quoi il s'attendait et anticipait.⁹¹

Des **petits livrets de présentation** peuvent être donnés à l'enfant à l'issue de cette première visite. Ces documents permettent d'aborder, dès l'âge de 2-3 ans, des notions telles que le cabinet dentaire, la carie, les soins ou la petite souris²³. Ces livrets permettent de répondre aux questions des enfants telles que « pourquoi faut-il aller chez le dentiste ? » ou « qu'est ce qui va se passer ? » dans un langage simple et très imagé. Cela permet aussi de donner aux parents la possibilité d'acquérir un vocabulaire adapté.

L'association **Sparadrap** a édité un livret de présentation préparé par des professionnels et intitulé « Je vais chez le dentiste ... Pourquoi ? ». A la fin de ce livret, on retrouve des conseils dispensés aux parents. Ils expliquent, par exemple, que l'enfant peut se préparer en s'entraînant à respirer par le nez, en gardant la bouche ouverte ou en crachant un liquide. Il y est surtout dit d'encourager l'enfant à poser toutes ses questions et de les poser éventuellement au chirurgien-dentiste si le parent ne se sent pas capable d'y répondre seul⁶¹.



Figure 19 Extraits du livret édité par l'Association Sparadrap.

1.5.2. Plan de Traitement

Il est fonction des lésions carieuses, d'une part et du comportement de l'enfant, d'autre part. Il est essentiel de débiter les soins lors de la seconde séance, la première étant une prise de contact avec l'enfant.¹⁰

Il est conseillé de débiter par des lésions simples ne nécessitant pas d'anesthésie locale ; les premières séances seront, dans la mesure des possibles, courts et non complexes en incluant de manière ludique la prévention. Au fur et à mesure, on peut avancer dans la technicité des actes pour finir avec les avulsions dentaires, car ce sont des actes traumatisants.¹⁰

Face à une difficulté de l'enfant à affronter certains soins, le plan de traitement peut être modifié en augmentant le nombre de rendez vous par exemple et ceci afin de ne pas engendrer de blocages réactionnels pour les futurs soins.⁹

Les problèmes dentaires ne sont généralement pas des problèmes qui mettent en danger la vie du patient et les soins dentaires peuvent être reportés dans certaines circonstances. Quand le comportement d'un enfant empêche le déroulement normal des séances, le dentiste doit évaluer l'« urgence » dentaire lors de l'établissement du plan de traitement. Un traumatisme, une douleur ou un risque infectieux indiquent généralement une prise en charge rapide. Cependant le retardement de certaines interventions peut être envisagé en évaluant les risques et les bénéfices de cette option. Dans ce cas, le praticien doit discuter et expliquer aux parents la situation ainsi que les alternatives possibles.⁹

1.5.3. Information dentaire et consentement

Les parents peuvent ne pas être familiers avec les techniques comportementales conduites en cabinet. Dans l'idéal, si le besoin de les utiliser est une possibilité, les méthodes devront être abordées avec les parents et cela avant le début des séances de soins. Ces techniques incluent le contrôle vocal, les renforcements, les expositions graduelles mais aussi la sédation ou l'anesthésie générale. Le praticien peut aider les parents dans leur décision et ceci en fonction de l'âge du patient, de son statut médical, de la quantité de lésions à traiter et de sa capacité à faire face à de tels soins.¹⁴⁰

En ayant cette discussion avant les séances, on offre aussi aux parents la possibilité de décider dans une atmosphère neutre si ces techniques comportementales sont en accord avec leur

propre philosophie parentale. Certains parents trouvent par exemple que le contrôle de la voix n'est pas une solution acceptable. Si ces parents semblent réticents vis à vis des techniques employées par le praticien, on peut aussi suggérer que le style d'approche d'un autre cabinet leur conviendrait peut être mieux.¹⁴⁰

Il est donc conseillé d'obtenir un consentement écrit des parents concernant les techniques comportementales avancées (c'est à dire les techniques persuasives); les techniques communicatives étant considérées comme une extension des éléments basiques de la communication patient-praticien.⁹ Cette décision éclairée signifie que le parent donne l'autorisation au praticien d'utiliser sur son enfant un type de méthode et que le parent comprend sa nécessité, son déroulement, ses éventuelles alternatives ainsi que ses bénéfices et inconvénients. Plus important encore, cela signifie que le parent a eu une réponse intelligible à chacune de ses questions.¹¹⁶

Enfin, le consentement éclairé nécessite bien souvent des explications répétées. Une étude a analysé la connaissance des parents 2 semaines après qu'on leur ait expliqué les traitements. Dans 40% des cas, les parents ne pouvaient pas répondre correctement à des questions concernant des aspects importants du soin de leur enfant. En plus d'une explication orale, des photographies, des modèles ou encore des brochures peuvent aider à fournir des informations complémentaires.¹⁴⁰

L'accomplissement avec succès d'un diagnostic et de soins dentaires doit donc être vu comme la réussite d'un partenariat entre le chirurgien dentiste, l'enfant et ses parents.⁹

1.5.4.Organisation des rendez vous dentaires

La prise des rendez-vous futurs doit être réfléchi car l'organisation des séances a aussi son importance dans la bonne réalisation des soins dentaires.¹²⁵

Il est recommandé de diminuer voire d'éviter au maximum l'attente en salle d'attente car elle augmente l'anxiété de l'enfant.^{113; 125} Il faut donc donner des rendez-vous précis et être à l'heure.

Pour l'omnipraticien, il y a des **heures plus favorables** que d'autres :

- le matin, l'enfant est frais et reposé donc plus coopérant

- le début d'après-midi après le repas est préconisé
- le soir après l'école est à éviter car l'enfant est souvent fatigué ou énervé.¹²⁵

Il faut que la visite chez le dentiste devienne naturelle, pour cela les séances doivent être courtes (10 à 20 minutes) précédées et suivies d'une conversation plus ou moins longue (prévoir des séances de 30 minutes au minimum).

En 1966, Lenchner conduit une étude sur l'influence de la durée des rendez-vous sur le comportement des enfants. Il y conclut qu'il n'y a pas de différence significative entre le comportement d'un enfant au cours d'un soin long ou court ; il préconise donc d'adapter la durée des soins aux types de procédures engagées, à la « compétence pédodontique » de l'équipe soignante et aux facteurs externes se rapportant à l'organisation familiale (activités extrascolaires, moyens de transport, baby-sitters...). Lenchner note cependant une nette préférence de la part des mères pour les longs rendez-vous, préférence s'expliquant par leurs commodités logistiques (excuses scolaires, trajet...).⁸⁵ En adaptant nos séances aux demandes maternelles, on observe moins d'absence et donc moins de rendez-vous sont nécessaires.

Ces séances ne doivent pas empiéter sur les loisirs et ne pas provoquer une saturation. Donc selon la quantité de soins et leur importance, il faut savoir doser les rendez-vous dans la semaine. Jusqu'à 4 séances, Royer de Verbizier et Touboul préconisent 2 rendez-vous par semaine et au delà un par semaine.¹²⁵

2. Principe des approches cognitivo-comportementales

L'approche comportementale suppose une interaction continue entre le soignant, l'enfant et ses parents, le tout dans un contexte de communication et d'éducation. Son but est de calmer les peurs ou anxiétés mais aussi de promouvoir la nécessité d'une bonne santé bucco-dentaire et les moyens nécessaires pour y parvenir.

Chaque technique doit être intégrée à une conduite comportementale globale, individualisée pour chaque enfant. Des compétences verbales, l'expression honnête de ses attentes, l'inhibition des réactions inappropriées et le renforcement des réponses adéquates permettront au praticien le maintien d'un comportement correct au cabinet.⁹

Les modes de communication de l'enfant sont différents de ceux de l'adulte avec la prépondérance des échanges tactiles et de la proximité spatiale. Il n'a pas encore

complètement la maîtrise du langage verbal et de l'idéation ; il va se servir de son corps aussi bien en réception qu'en émission de sentiments ou d'émotions. L'adolescent, souffrant ou angoissé, retrouvera en partie dans son comportement, ce langage non verbal de l'enfant.¹⁴⁷

2.1. Approches non verbales

La communication non verbale est définie comme l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés sonores.⁴⁰ La grande variété des échanges non verbaux permet de les considérer comme un moyen de communication autonome.

La force du message ne vient pas seulement de ce que l'on dit mais aussi de la façon dont on l'exprime.¹²⁶

2.1.1. Communication non verbale à travers des signaux visuels

Notre vue constitue le sens le plus sollicité lors de notre contact avec notre environnement⁸⁹. Nous recevons quotidiennement des milliards d'informations de notre champ de vision mais notre mémoire ne peut retenir que des informations partielles et imprécises.¹⁴

2.1.1.1. Présentation

Cette partie a déjà été partiellement évoquée plus tôt mais elle regroupe^{14; 126}:

- le **premier contact** : de ce premier contact va émerger la première impression spontanée, voire quasi réflexe, fondée sur un nombre limité d'informations conscientes. Ces informations sont collectées selon un rituel codifié où l'on regarde le visage (notamment le regard), le corps, la tenue vestimentaire, puis on procède à l'accueil proprement dit (serrage de mains, petite tape amicale...) et on écoute le son de la voix. Cette multitude d'indices s'associent pour former une empreinte profonde même si elle est rapide.
- l'**aspect vestimentaire** : concernant le praticien, la tenue vestimentaire reconnue par le patient comme professionnelle est restreinte à la blouse de couleur unie ou à la tenue de chirurgien. L'aspect immaculé et soigné de cette tenue est sensiblement apprécié par le patient (et dans notre cas, les parents de notre jeune patient) qui y associe l'hygiène du cabinet et la compétence du praticien.

- la **démarche** : elle reflète l'état d'esprit d'un individu ; un déplacement rapide avec un corps droit accompagné d'un pas rapide en balançant les bras indique plutôt une personne dynamique. Si, de plus, cette personne se déplace le corps en avant, on possède un indice sur la détermination ou son courage. A l'inverse, une démarche plus pesante signe la lassitude, voire le manque d'audace si le tronc se situe en arrière.

2.1.1.2. *Proxémie*

Il s'agit de la distance relationnelle physique qu'il existe entre deux individus.^{14; 126; 147} Il en existe 4 types :

- la **distance intime** (- de 45 cm d'espace) est réservée aux membres de la famille et aux amis proches. Lorsqu'un étranger la pénètre, des réactions de défense peuvent être observées et il faut quelques séances pour que cette réaction s'estompe.
- la **distance personnelle** (entre 45 et 125 cm) : c'est la distance établie naturellement entre deux personnes qui se rencontrent pour communiquer.
- la **distance sociale** (entre 125 et 210 cm) : cette distance permet une perception complète de la personne.
- la **distance publique** (210 à 750 cm) cette distance correspond à des échanges de type salutations à distance dans la rue.

En dépit du faible degré d'intimité qui unit l'odontologiste et son patient, ils sont contraints de se rapprocher physiquement du fait de la localisation de la zone de soins et de la minutie de la tâche à effectuer. Le praticien doit donc savoir préparer son patient à la distance intime que nécessitent les soins dentaires. Lorsque le patient s'installe sur le fauteuil, il est, par exemple, recommandé de respecter pendant un temps la distance personnelle avant de franchir la limite intime.

Dans le cas de tentatives d'échanges entre enfant et adulte, on assiste à la rencontre de deux mondes très différents : un monde bien organisé pour l'adulte face à un monde d'imaginaire, d'ignorance et d'angoisse pour les jeunes enfants ou à un monde de méfiance et vantardises pour l'adolescent. Et aller vers « son monde », c'est nous rendre intelligible, un peu moins impressionnant, un peu plus accessible ; cela nécessite aussi de **se mettre physiquement à sa hauteur**.

2.1.1.3. *Posture*

La posture correspond à l'orientation des éléments corporels.^{14; 47; 126} La communication non verbale utilise deux types de repère :

- l'orientation d'un élément du corps par rapport à un autre ou par rapport au reste du corps
- l'orientation du corps ou de ses parties par rapport à l'environnement.

Les éléments posturaux de notre interlocuteur sur lesquels il nous est possible de nous accorder sont, entre autres :

- **buste** : en avant, droit, en arrière, sur le côté,
- **épaules** : alignées ou non, voûtées, en arrière,
- **ensemble du corps** : rigide, souple, en mouvement.

Les comportements psychologiques sont capables d'influencer nos postures et le fonctionnement de notre corps de telle façon que nos problèmes neuropsychologiques deviennent apparents dans la structure et le fonctionnement du corps.

2.1.1.4. *Gestes*

Nous pouvons synchroniser nos gestes de la manière suivante⁴⁷:

- **mains/doigts** : fixes, mobiles, croisés, décroisés, crispés, détendus
- **tête** : fixe, mobile, penchée
- **bras/jambes** : fixes, mobiles, croisés, décroisés.

De nombreux chercheurs, dont Desmond Morris, ont observé des synchronisations gestuelles quasi invisibles à l'œil nu, qu'ils appellent *micro-comportements*. Effectivement ces micro-comportements s'accordent admirablement dans les cas d'une relation très forte.

2.1.1.5. *Expressions faciales*

Au niveau relationnel, cela permet d'apprécier la confiance du patient vis à vis de son praticien, notamment la nécessité de prodiguer plus d'explication afin de parvenir à la relaxation du patient.^{14; 47; 147}

Le sourire n'est pas un simple mouvement musculaire. La façon de sourire permet de traduire des comportements inhérents à chacun et des situations distinctes. Pour s'adapter aux

différentes circonstances, il existe plusieurs types de sourire, chacun porteur de sens, ce qui a permis à certains auteurs d'en distinguer pas moins de 19 parmi lesquels on retrouve la joie, la peur, la politesse, le mépris ou l'ironie.

Le regard permet non seulement de capter les informations provenant de l'extérieur mais aussi d'en fournir éventuellement. « Je te regarde, regarde-moi ». Cette prise de contact visuel est le prélude inévitable à l'écoute et à la compréhension du contenu logique de notre discours.

Le visage donne de nombreux éléments à observer pour une bonne congruence entre parties tels que les paupières, les yeux, les mâchoires ou les lèvres.

2.1.2. Communication non verbale au sein du dialogue

2.1.2.1. *Ecoute active*

Elle se définit comme un comportement de **réceptivité physique et psychologique** à l'égard d'une autre personne.^{14; 126} Même si elle est indispensable à l'établissement d'une relation thérapeutique, cette technique de communication doit rester une attitude naturelle en s'intégrant au comportement professionnel du praticien pour ne pas constituer un fardeau.¹⁴ L'écoute active et l'encouragement à parler se manifestent par des marques d'écoute verbales (interjection, répétition du dernier mot...) ainsi que par des comportements non verbaux comme des hochements de tête, un regard attentif, une expression du visage, une posture ou toute autre marque d'intérêt ou d'attention.¹⁰⁷

Dans la relation patient-praticien, l'écoute active lors de la consultation permet de recueillir des données **en plaçant le patient au centre de l'entretien**. C'est un savoir-faire qui suppose la maîtrise de deux notions : le questionnement et le silence.¹⁴

2.1.2.2. *Empathie*

Elle désigne la **faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent**. Cela revient à sortir de soi-même pour comprendre l'autre afin de saisir son point de vue mais avec ses yeux.^{14; 107} Trois facteurs semblent indispensables à la mise en œuvre d'un comportement empathique :

- la **volonté d'écoute** pour s'informer, vérifier, questionner, sonder, observer

- la **curiosité** : elle est une attitude d'ouverture envers son patient, son environnement culturel, familial et social pour saisir son fonctionnement dans sa globalité
- la **patience** qui suppose que le praticien consacre du temps et développe sa capacité à maîtriser ses émotions afin de parvenir à son acquisition.

Dans la relation praticien-patient, l'empathie doit permettre au praticien d'aboutir à une compréhension de ce que le patient exprime (plan cognitif) et de saisir l'expression des sentiments et des émotions du patient sans laisser apparaître ses propres sentiments (plan affectif).

Une personne qui se veut empathique effectue un effort volontaire pour recréer la façon dont son interlocuteur perçoit la réalité.

2.1.2.3. Silence

Il est considéré comme un moyen de communication dans la mesure où le silence n'est pas le contraire de la parole, car l'un comme l'autre sont actifs et significatifs.⁸³ En tant que modulateur de la communication, il peut être utilisé comme outil à usage quotidien multiple pour^{10; 14}:

- **contrôler l'interaction** par un habile maniement de la parole
- **susciter l'inquiétude** résorbant une mauvaise attitude au fauteuil
- établir le **contrôle de soi** pour ne pas se dévoiler
- réfréner une émotion qui déborde
- prendre le temps de la **réflexion**

Dans la relation patient-praticien, le silence obéit à des règles consensuelles : il doit être alterné avec la parole, ne doit pas durer trop longtemps et ne doit pas être accompagné d'une autre activité, il doit encourager à poursuivre l'entretien.

Il s'agit de l'ébauche d'un terrain neutre où chacun perçoit qu'il va pouvoir rencontrer l'autre sans crainte. Cette rencontre est souvent intense, authentique et vraie.

2.1.3. Synchronisation non verbale

Le praticien peut établir une communication non verbale à l'aide de la synchronisation.^{10; 126}

Ce processus consiste à synchroniser son comportement sur celui de l'enfant. L'information transmise s'intégrera plus aisément et les objectifs de notre argumentation

seront plus facilement atteints si on fait coïncider notre mode de pensée à celui de notre jeune patient.

Elle peut être réalisée, par exemple :

- en **ajustant notre posture** sur celle du corps de l'enfant,
- en **reproduisant la position de tête**, la position des bras et des jambes ou en copiant l'expression du visage de l'enfant,
- en reproduisant ses petits gestes ou certains de ses mouvements répétitifs,
- en ajustant notre respiration sur la sienne,
- ou encore en ajustant le **rythme de nos mouvements** aux siens.

Il n'est cependant pas question de singer notre patient en copiant ses tics ou son vocabulaire (ce qui est d'autant plus inadapté que l'on s'adresse en tant qu'adulte à un enfant), sa posture ou ses gestes. Mais une harmonisation de l'attitude, du rythme, des changements de position, des mouvements des membres, crée une parenté rassurante.

Le plus souvent, la synchronisation s'effectue **inconsciemment** avec discrétion et dans le respect de l'autre. Lorsqu'elle est volontaire, il est préférable d'adopter un mode croisé : cligner des paupières au rythme de la respiration de l'interlocuteur ou animer la main quand son corps modifie sa position.

Il s'agit d'un **puissant outil de communication** qui permet de rencontrer l'enfant sur son propre terrain, dans son propre monde en lui signifiant que nous le reconnaissons comme un être unique, digne d'intérêt.

2.2. Approches verbales

La communication orale est destinée à faire partager aux autres nos pensées, nos émotions, nos convictions. Elle fonctionne dans les deux sens en toute réciprocité.¹²⁶

Les mots sont des éléments de base du message parlé et possèdent une *partie stable* (définie par le dictionnaire et permettant de le comprendre) et une *partie variable* (ou connotation, moins bien définie et plus complexe).¹⁴

2.2.1.Particularités de la voix

Aussi riche que les mimiques, la voix permet l'expression des sentiments à l'aide de son timbre, de son ton et sa maîtrise du souffle.

Le praticien utilisera une voix faible, plutôt grave avec un rythme lent et lié.¹⁰

L'analyse de la voix se détermine rapidement selon la tonalité aiguë ou grave, l'intensité forte ou faible, le rythme modulé ou uniforme. L'émotion étrangle la voix, un dérapage vers les aigus montre une inhibition ou un blocage. Le volume peut être inadapté : trop fort, pour faire preuve d'autorité, dominer ou au contraire masquer un sentiment d'infériorité ; trop faible pour marquer le désintérêt, l'introversion ou l'absence de volonté d'être entendu.¹²⁶

Il existe une technique comportementale qui met en jeu ces particularités : cette technique ancienne consiste à parler à l'enfant avec conviction, sur un ton sans appel, l'expression faciale confirmant la détermination de la voix. Le dentiste module délibérément le ton et l'inflexion de sa voix afin de communiquer à l'enfant, la gravité relative de sa mauvaise conduite. Lorsque celui-ci coopère, le praticien adoucit le ton et se doit de renforcer positivement le changement de comportement. Cette pratique, certainement la plus douce des méthodes dissuasives/persuasives, ne présente pas de réelle contre-indication. Elle est cependant à employer avec modération face à des enfants trop petits, handicapés, craintifs ou émotivement fragiles.²⁵

2.2.2.Choix du langage

Un mot n'est pas seulement l'assemblage de sonorités syllabiques.^{23; 107; 126} Dès qu'il est prononcé, il devient une image.

Le choix des mots et la **tournure des phrases** placent le discours sur :

- un plan familier, langage populaire,
- un plan courant, langage habituel,
- un plan recherché, langage scientifique ou littéraire.

Pour s'emparer de l'attention, mieux vaut situer notre objectif au niveau de l'interlocuteur. L'adaptation au langage d'autrui implique de ne pas utiliser un vocabulaire trop technique ou une syntaxe trop recherchée. Connaître le niveau de développement ainsi que le niveau de

compréhension d'un enfant en fonction de son âge et de ses facteurs environnementaux est d'autant plus important que cela permet au praticien d'adapter son vocabulaire à celui de son jeune patient.

Il est donc conseillé d'utiliser un vocabulaire imagé pour expliquer ses actes.

EVITER	PREFERER
Ouvrir la bouche	Faire le crocodile
Anesthésique	Eau qui endort/potion magique
Piqûre	Petit moustique
Mordançage	Peinture bleu
Fluor	Vernis

Figure 20 : Exemples de vocabulaire adapté chez l'enfant.²³

2.2.3. Formulation

Il est conseillé d'employer un **langage positif** : le cerveau humain n'est pas structuré pour assimiler la négation^{23; 107; 126}; cela demande un cheminement de pensée double : se représenter la situation en question puis induire la négation.

Par exemple, lorsque l'on dit au patient ému qui tend sa main tremblante pour saisir le verre « *Ne renversez pas le gobelet* », son esprit doit effectuer un travail plus complexe que lorsqu'on annonce avec un sourire « *Voulez vous tenir le gobelet bien droit* » ou « *Prenez garde à ne pas vous salir* ».

Il ne faut, par exemple, pas dire « *N'aie pas peur* » car l'enfant va immédiatement créer la représentation de la peur, ce qui va l'accentuer, mais il vaut mieux dire « *Tout va bien se passer* ».

Le praticien en odontologie est fréquemment amené à mettre en œuvre des moyens de gestion de communication verbale :

- savoir poser des questions : questions ouvertes ou questions fermées
- parler lentement
- articuler
- simplifier les termes techniques
- choisir des images compréhensibles par un jeune patient

2.2.4. Synchronisation verbale

Comme pour la communication non verbale, il est possible de se synchroniser au niveau verbal.¹²⁶ En général, un individu choisit son mode d'expression selon son interlocuteur ; on ne parle pas de la même façon à son supérieur, ses amis ou à un enfant.

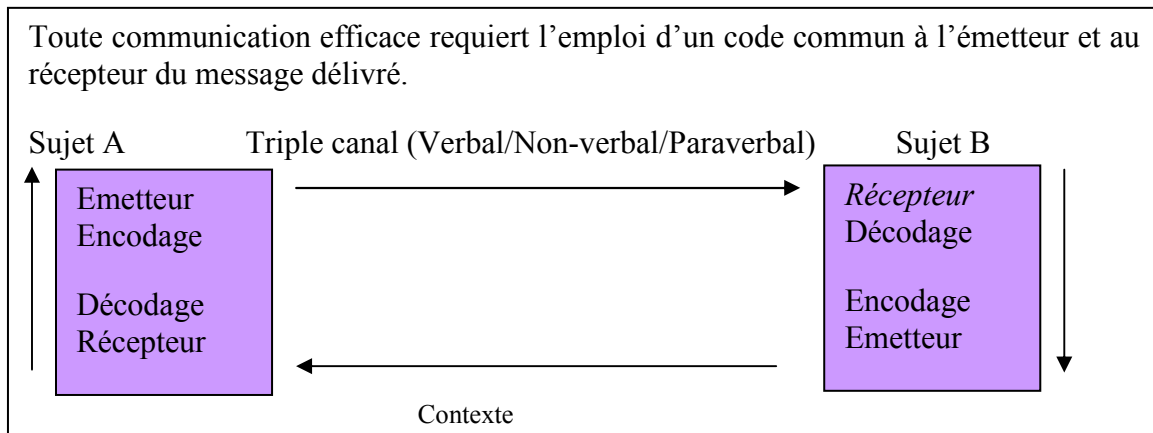


Figure 21 : Modèle de communication de Tubbs et Moss cité par Bourassa.²⁵

Ici la synchronisation consiste à détecter les particularités du patient au niveau des tournures de phrases, des expressions caractéristiques, du volume ou encore de la cadence. Elle reprend les différentes propriétés de la communication verbale développées précédemment. Et si on ne cherche pas à les imiter, il faut tout au moins veiller à ne pas adopter les attitudes inverses.

3. *Approches cognitivo-comportementales utilisables au cabinet dentaire*

En médecine dentaire, l'utilisation de tels outils est appropriée et hautement efficace. La peur du dentiste sera enrayée beaucoup plus facilement, plus rapidement et à moindre coût en utilisant une technique telle la désensibilisation systématique plutôt qu'en essayant de comprendre la signification inconsciente que revêt cette expérience de la peur chez le patient.²⁵

3.1. Modifications comportementales

3.1.1. Renforcement

Cette méthode de conditionnement opérant vise à **renforcer et à fixer graduellement les comportements désirés** par rapport à leurs conséquences.^{9; 23; 25; 144; 147}

Renforcement positif : on qualifie ainsi ce type de renforcement par référence au principe mathématique d'addition. Un renforcement est positif parce que l'on ajoute quelque chose à une situation dans le but de faire augmenter la fréquence d'apparition de la réponse (par exemple, lorsque l'enfant est félicité).

Renforcement négatif : la désignation de ce type de renforcement est basée sur le principe mathématique de la soustraction. Il s'agit alors de faire augmenter la fréquence de la réponse souhaitée en enlevant un élément de la situation (par exemple, lorsque l'enfant est réprimandé).

Dans le but d'établir un comportement approprié chez l'enfant, il est nécessaire de lui donner un juste retour de l'information (aussi appelé *feedback*) pour lui permettre de savoir quel type de comportement est souhaité au cabinet dentaire.

Complimenter l'enfant, dans cette situation, sur tout comportement de coopération, le remercier de sa collaboration, insister sur les points positifs, s'impliquer et l'impliquer dans toutes les petites victoires gagnées sur ses craintes et ignorer tout comportement indésirable seront des renforcements (positifs et négatifs) formidables et durables des comportements attendus.

Les souvenirs de l'intervention seront, à la longue, complètement dédramatisés et tout à fait gratifiants pour la personnalité de l'enfant.

La question du « renforcement par récompense » est aujourd'hui encore remise en question mais reste valable et appropriée. Pour agir comme un renforcement efficace, le présent doit bien évidemment être approprié à l'âge, aux goûts et aux intérêts de l'enfant. Cependant, la récompense ne doit jamais être perçue comme un élément de marchandage ; l'enfant ne doit pas se sentir « acheté », ce qui encouragerait à utiliser la manipulation. L'enfant peut aussi être récompensé par la remise d'un petit certificat de courage, comme en édite l'Association Sparadrap.



Figure 22 : Certificat de Bravoure édité par l'Association Sparadrap.

Le système du « tableau d'honneur » a, quant à lui, fait ses preuves. On demande à l'enfant de faire un dessin qui est conservé par le praticien et affiché à la prochaine visite bien en évidence sur le tableau d'honneur. Ce procédé permet entre autre de donner à l'enfant un renforcement positif mais aussi de personnaliser davantage sa relation avec le personnel du cabinet et le chirurgien-dentiste.

3.1.2. Apprentissage par modèle

Cette méthode très efficace consiste à faire observer à l'enfant des modèles de personnes (enfants et adultes) en train de recevoir un traitement dentaire et ayant une attitude détendue et des comportements coopérants.^{15; 23; 25; 65; 113; 144; 147} Cette stratégie s'appuie ainsi sur un des trois procédés connus d'apprentissage : l'apprentissage indirect.

Ces exemples démystifient le traitement dentaire et indiquent à l'enfant quels sont les comportements appropriés. Certains dentistes prennent comme modèles les frères et sœurs dont la façon de recevoir les traitements dentaires est correcte. D'autres projettent dans la salle d'attente des vidéos mettant en scène des enfants qui ont des comportements convenables.

Selon l'âge du patient et sa manière d'apprendre (seul ou en groupe), on peut envisager des jeux de rôles, l'observation d'autres enfants en cours de soin ou un jeu avec son doudou afin de mettre l'enfant en confiance.

Dans ce cas, assister à une séance de soin, réelle ou filmée, offre l'avantage d'avoir à sa disposition un modèle positif et surtout d'anticiper ce qui suivra. Des études (Melamed et coll.

1975⁹² ; Klingman et coll., 1984⁷⁶ ; Weisz et coll., 1995¹⁶¹) ont ainsi montré que les enfants pouvaient réellement profiter et apprendre de ces expériences indirectes.

Les inconvénients de cette méthode viennent plus du rôle-modèle que de sa mise en œuvre ; ainsi il se peut qu'un enfant de 4 ans qui voit un enfant de 9 ans recevoir des soins sans problème se dise « il est grand, c'est normal qu'il soit plus courageux » et qu'il n'en retire rien. Cet apprentissage par observation peut aussi avoir des conséquences négatives si les modèles ne sont pas choisis avec soin et c'est le cas de l'enfant qui peut avoir entendu une conversation ou vu son parent souffrir suite à une intervention dentaire.

3.1.3. Distraction

Même si les méthodes de contrôle du comportement donnent de bons résultats, l'enfant mieux disposé à coopérer parvient difficilement à supporter un long traitement.^{9; 25; 102; 113; 122; 147} Etant par nature actif et dynamique, l'enfant ne peut rester longtemps tranquille dans le fauteuil du chirurgien-dentiste. La séance de traitement devient, pour lui, ennuyeuse et fatigante et il finit assez vite par manifester son impatience.

Grâce aux techniques de distraction, on peut **détourner son attention vers des situations plus plaisantes**. Une vidéo suspendue au dessus du fauteuil lui permettrait de se voir sur l'écran, ce qui pourrait piquer sa curiosité et retenir son attention pendant un certain temps. Des dessins animés, un poste de télévision, un baladeur diffusant la musique de son choix sont des moyens très appréciés par l'enfant. Histoires, réponses avec les mains à des devinettes, jeux de doigts... toutes ces méthodes ont aussi fait leurs preuves.

Les objectifs de cette méthode sont :

- de diminuer l'impression d'inconfort,
- d'avorter les comportements négatifs ou d'évitement.

Distraction par la musique : lors de l'étude des réponses cardiovasculaires de l'enfant face à une situation de stress, il a été observé que la fréquence cardiaque avant une anesthésie locale pouvait être diminuée en permettant à celui-ci d'écouter la musique de son choix.²⁶ Cependant, Aitken conclut son étude différemment ; selon lui, la musique utilisée en distraction ne produirait pas de réduction de la douleur, de l'anxiété ou des comportements inappropriés chez les jeunes enfants. Malgré le manque d'effets de cette méthode, les patients

lui réservent un accueil plutôt chaleureux et choisissent d'écouter de la musique au cours des visites suivantes lorsqu'on le leur propose.²

Ces diverses techniques de distraction doivent être considérées comme un complément et non comme un substitut aux méthodes de contrôle du comportement traditionnelles.

3.2. Exposition

Le principe d'exposition consiste à aider le patient à affronter la situation anxiogène. Au cours des séances d'exposition, différents facteurs peuvent varier :

- la durée de la confrontation,
- la modalité d'approche (en imaginaire ou réelle),
- la progression de la confrontation (rapide ou progressive),
- le stimulus (concret, filmé ou en imaginaire),
- le contexte (seul ou en groupe),
- l'utilisation ou non d'un modèle effectuant une exposition analogue.

Pendant l'exposition, le sujet est encouragé à développer la reconnaissance des émotions nouvelles liées à ses comportements d'approche.

Chez l'enfant, l'exposition au stimulus anxiogène se fait principalement sous forme d'exposition graduelle, dans la réalité plutôt que dans l'imaginaire. En effet, les enfants et plus particulièrement les plus jeunes, ont beaucoup de mal à s'imaginer et à se représenter non seulement les situations anxiogènes, mais également les situations « agréables » nécessaires à l'efficacité de cette technique.¹²⁸

3.2.1. Pré-exposition

L'enfant fait l'apprentissage de la situation anxiogène dans sa cognition avant que celle-ci n'ait acquis de propriétés aversives, repoussantes. C'est le schéma de conditionnement classique.

La pré-exposition au stimulus habituellement anxiogène (ex : la visite chez le dentiste) associé au stimulus neutre (ex : la visite chez le dentiste sans traitement dentaire) permet l'acquisition d'un réflexe conditionné (plus de manifestation d'anxiété chez le dentiste).

Cette pré-exposition consiste à **familiariser l'enfant avec les instruments, l'image de ses dents et de sa bouche**. Le contact physique et visuel de l'enfant avec ces différents instruments est important puisque le toucher permet de diminuer la charge émotionnelle liée à l'objet inconnu.¹⁴⁷

3.2.2. Exposition graduelle

Cette technique utilise le principe de la **progressivité**. Pour commencer, l'enfant est confronté à des situations peu anxiogènes puis progressivement on l'expose à des situations plus anxiogènes.^{23; 158}

L'exposition graduelle peut être utilisée à toutes les étapes du traitement dentaire : avant le soin de la première carie ou avant la première anesthésie. Les instruments peuvent par exemple être présentés et utilisés en dehors de la cavité buccale avant d'être introduits en bouche.²³

L'exposition aux situations anxiogènes, par palier, va permettre à l'enfant de s'habituer aux soins, physiologiquement et psychologiquement. L'intérêt de cette technique est d'atténuer voire éliminer la réponse anxieuse de l'enfant.²³

Technique du Tell-Show-Do²⁵ : a été développée par Addelson (1959) et en est l'exemple le plus connu et le plus utilisé en odontologie pédiatrique.⁸² Il s'agit d'expliquer à l'enfant toutes les phases du traitement et chaque phase est expliquée en trois temps :

DIRE : le praticien commence en expliquant verbalement la procédure grâce à des phrases et des termes adaptés au développement cognitif de l'enfant.

MONTREZ : l'instrument ou le matériel utilisé est ensuite présenté à l'enfant qui peut l'« explorer » de manière visuelle, tactile, auditive et olfactive. Cette démonstration doit être effectuée avec précaution de façon à ce que l'enfant se sente en confiance et non menacé.

FAIRE : enfin, le praticien peut commencer la procédure en expliquant calmement tous ses gestes à l'enfant.⁹

Cette technique nécessite des capacités de communication verbale et non verbale et peut être associée au renforcement positif. Cette approche permet d'apprendre au patient les aspects importants de la visite dentaire et de le familiariser avec le fauteuil.⁹ Elle permet également de

rassurer et de modeler la réponse du patient tout en anticipant les comportements négatifs.⁸² Enfin c'est une méthode d'apprentissage indirecte pour les parents qui enrichissent ainsi leur vocabulaire et augmentent leur capacités à répondre ultérieurement aux questions de leur enfant en des termes moins traumatisants.⁸²

Le dentiste qui aura, au préalable, utilisé la technique de pré-exposition constatera que la méthode du « Dire-Montrer-Faire » est plus efficace parce que l'enfant se trouve en territoire connu. Incontestablement, ce moyen est très utile pour ouvrir un canal de communication et établir une relation de confiance en supprimant l'incertitude et l'anxiété. Il permet également de susciter et de soutenir l'intérêt et la curiosité de l'enfant sur les façons de faire en dentisterie, ce qui est un atout important dans toute relation thérapeutique constructive.²⁵

Le recours à cette approche semble surtout efficace auprès des enfants souffrant d'anxiété légère ou modérée et elle n'est pas suffisante pour les patients très anxieux.²⁵

3.3. Désensibilisation

La désensibilisation est la plus ancienne des thérapies comportementales, elle est généralement employée pour **briser l'association qui s'est créée chez un individu entre un stimulus et une réaction d'anxiété**. Cette méthode convient dans les cas de phobie ou d'état d'anxiété intense et irrationnelle où il est impossible de faire appel aux processus cognitifs de la personne.^{23; 25}

Elle consiste en une confrontation progressive du patient à une situation ou à un stimulus anxiogène. Cette confrontation se fait soit en imagination soit en réalité.²³ Le praticien réalise tout d'abord une liste hiérarchisée des stimuli anxiogènes avec le patient. Ces stimuli sont ensuite présentés au patient de façon graduelle, du moins anxiogène au plus anxiogène ; le passage de chaque palier n'est effectué que lorsque le niveau d'anxiété du patient est stabilisé.^{23; 144}

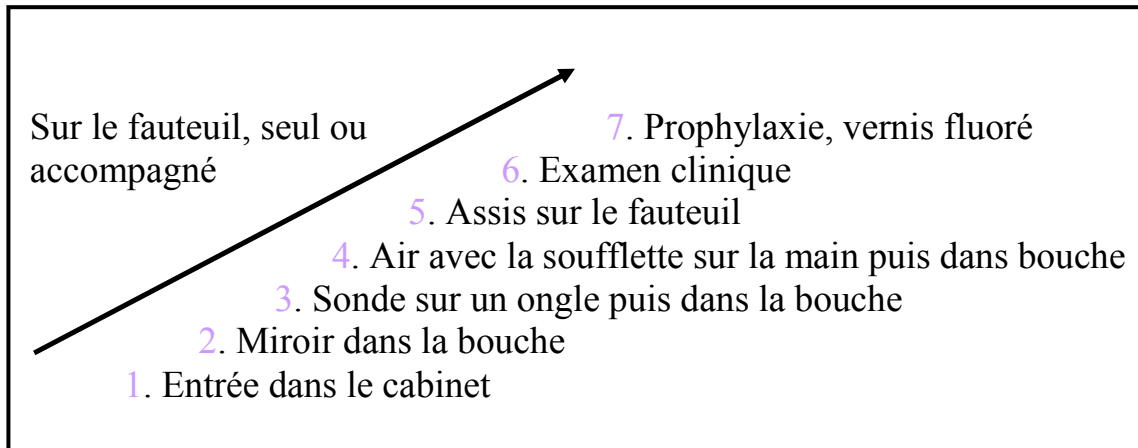


Figure 23 :Exemple de confrontation progressive dans le cas de phobie dentaire.²³

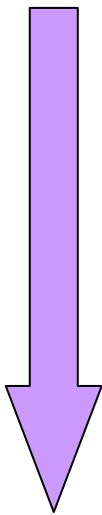
La méthode de désensibilisation développée par Wolpe¹⁶³ est basée sur le principe d'inhibition réciproque ; l'état d'anxiété est incompatible avec celui de la relaxation musculaire par exemple. Son objectif est la disparition graduelle de la réponse anxieuse au stimulus phobogène.¹¹³ Les étapes de ce procédé sont :

- l'établissement des degrés d'exposition au stimulus,
- l'utilisation et la maîtrise d'un agent de contre-conditionnement,
- la désensibilisation proprement dite.

Une fois la liste des situations anxiogènes établies avec le patient, on lui apprend à se placer dans un état de bien-être incompatible avec l'anxiété, par relaxation musculaire par exemple. C'est ce qu'on appelle le processus « Body-mind » ou « Corps-esprit » ; en effet on a observé que lorsque le corps et l'esprit son en contradiction, le corps a souvent le dessus, de sorte que la relaxation corporelle réduit l'anxiété liée à l'image évoquée.¹¹³

Quand le patient est en état de détente profonde, on lui demande d'imaginer à plusieurs reprises le premier élément de la liste tout en maintenant son état de relaxation. On ne passe au second élément que lorsque le premier ne produit plus d'anxiété.

Par exemple, pour la phobie des seringues, la liste pourrait être :



entendre parler d'une façon neutre de la seringue
voir l'image d'une seringue sur une photographie
apercevoir de loin une vraie seringue
entendre raconter une histoire où il est question d'une seringue
passer tout près d'une seringue
la toucher
prendre la seringue dans ses mains

Figure 24 Exemple de liste hiérarchisée des stimuli anxiogènes d'un patient phobique des aiguilles.¹¹³

Ce procédé est relativement long et doit généralement se poursuivre sur plusieurs séances. A la fin, si le traitement est réussi, l'association entre la situation stimulus et l'état d'anxiété est brisée et la réponse d'anxiété est supprimée.

En ce qui concerne le **chirurgien-dentiste**, l'idéal serait d'avoir recours à un psychothérapeute qui procéderait à cette désensibilisation lorsque l'état de l'enfant empêche le traitement dentaire. Mais un praticien qui connaît bien la méthode et qui a le temps de l'utiliser peut y avoir recours par lui-même. L'agent de contre-conditionnement n'est pas nécessairement la relaxation musculaire ; on peut aussi se servir de la représentation musculaire d'une scène plaisante et rassurante pour obtenir cet état de relaxation.^{23; 25}

3.4. Méthodes persuasives

Les techniques persuasives permettent l'accomplissement d'objectifs de traitement mais leurs indications sont très limitées à l'heure actuelle. Dans ces méthodes persuasives, on regroupe le contrôle de la voix, la main sur la bouche (Hand Over Mouth Exercise) et la stabilisation.¹¹⁶

Ce sont des techniques qui doivent être expliquées aux parents et qui nécessitent leur consentement. Cependant, il est parfois difficile d'anticiper leur utilisation comme pour la stabilisation, utilisée lorsqu'on retient un enfant agité pour ne pas qu'il tombe du fauteuil.¹¹⁶

Ces techniques font partie de la catégorie des « techniques de gestion avancée du comportement », qui inclut aussi la sédation et l'anesthésie générale.⁹

3.4.1. Contrôle de la voix

Le principe du contrôle de la voix est une altération intentionnelle et brutale du volume de la voix, du ton ou du débit pour orienter et diriger le comportement du patient.^{9; 103} Il est indispensable de prévenir et d'expliquer aux parents l'utilisation de cette technique afin d'éviter les malentendus.

Les objectifs de cette méthode sont :

- de gagner l'attention du patient,
- d'annihiler les comportements négatifs ou d'évitement,
- et surtout de ré-établir les rôles de chacun dans la relation de soins.

Certains auteurs ont en effet trouvé que l'utilisation spécifique d'ordres fermes, au moment où l'enfant commence à perdre son calme et se dissiper, mène à un meilleur comportement au moment des soins et à plus de sentiment d'autosatisfaction pour l'enfant après le soin.^{51; 66}

Cette technique peut être utilisée chez tous les patients.⁹ Cependant il semble que ses indications soient limitées chez les enfants au stade pré-coopérant.¹⁰² Enfin, il a été remarqué qu'elle fonctionnait mieux sur des enfants non coopérants et non anxieux que sur des enfants non coopérants et très anxieux.⁸² Bien qu'il n'y est pas de réelles contre-indications, il est à noter qu'elle est déconseillée sur les enfants porteurs d'appareils auditifs.⁹

3.4.2.H.O.M.E

La technique H.O.M.E ou Hand Over Mouth Exercise (main sur la bouche) est une technique avérée d'interception des comportements inappropriés au cabinet dentaire.^{9; 25; 82; 102; 103} Elle est utilisée quand les techniques d'approche comportementale basiques ne sont plus efficaces. Son objectif est d'aider un enfant hystérique, bruyant ou turbulent à regagner son calme afin que des techniques de communication puissent être remises en œuvre. Elle doit être utilisée uniquement dans ce cas et chez un enfant en âge de comprendre le but recherché.

Le protocole le plus communément recommandé est, pour le dentiste, **de placer fermement sa main sur la bouche de l'enfant**, sans obstruer les voies respiratoires nasales tout en

expliquant calmement ses attentes. Dès que l'enfant montre un changement positif de comportement, la main est retirée et des félicitations/ renforcements positifs sont donnés à l'enfant.

Les objectifs de cette technique :

- rediriger l'attention de l'enfant pour lui permettre d'entendre et d'appliquer les conseils comportementaux donnés par le chirurgien-dentiste,
- supprimer les comportements d'évitement excessif et aider l'enfant à retrouver son calme,
- assurer la sécurité de l'enfant au cours du soin,
- diminuer les indications pour la sédation ou l'anesthésie générale.

Les contre-indications :

- les enfants qui sont incapables de communiquer, comprendre et coopérer à cause de leur âge, leur handicap, leur médication ou leur immaturité émotionnelle,
- les enfants avec des problèmes d'obstruction des voies aériennes supérieures.

Les impératifs :

- le dossier du patient doit impérativement contenir un consentement éclairé des parents avant toute utilisation de cette technique.

L'attitude du chirurgien-dentiste est décisive : il est important de ne montrer aucun signe d'impatience ou de mauvaise humeur. La technique ne doit pas servir à se défouler. Une mauvaise utilisation donnerait les résultats contraires à ceux recherchés : l'enfant se considérerait comme une victime, son anxiété en serait décuplée et son comportement de fuite et d'évitement n'en serait qu'augmenté.

3.4.3. Stabilisation protectrice

La stabilisation protectrice ou contrainte physique est **l'application directe d'une force physique sur le patient**, avec ou sans la permission de celui-ci pour restreindre sa liberté de mouvement.^{9; 82} La force physique peut être humaine ou issue d'un dispositif mécanique ou les deux. L'utilisation d'une stabilisation protectrice est invasive, agressive et potentiellement dangereuse. Elle peut entraîner des blessures physiques ou psychologiques, une perte de la

dignité, une violation des droits du patient et même la mort. En raison des risques associés et des conséquences d'utilisation, il est nécessaire de l'évaluer avec la plus grande attention par rapport à ses alternatives avant d'y recourir.

Les objectifs de cette méthode sont de réduire ou éliminer les mouvements indésirables afin de protéger le patient, le personnel ou les parents de toute blessure et de faciliter la délivrance de soins dentaires de qualité.

Les indications sont :

- le patient qui vient en urgence et qui nécessite un diagnostic ou un traitement immédiat auquel il ne peut faire face dû à son manque de maturité, son handicap physique ou mental,
- lorsqu'au cours d'un soin la sécurité du patient, du personnel ou de ses parents est mise en danger sans l'utilisation de la stabilisation protectrice,
- pour contrer les mouvements indésirables d'un patient sous sédation.

Comme pour HOME, la mise en œuvre de la stabilisation nécessite un consentement parental ainsi qu'un dossier complet incluant le type d'immobilisation effectué, les indications qui ont amené à cette technique et la durée de la stabilisation.

La méthode est contre-indiquée pour les patients coopérants sans sédation, les patients qui ne peuvent pas être immobilisés en sécurité à cause de leur condition médicale ou physique et les patients qui ont expérimenté des traumatismes physiques ou psychologiques lors d'une précédente stabilisation.

Toutes ces méthodes persuasives sont à utiliser en dernier recours chez un enfant capable de coopérer et leur but est, avant tout, d'envoyer un message clair à l'enfant lui signifiant qu'il /elle ne peut pas manipuler le praticien.

→ En 2005, Eaton et son équipe ont conduit une étude visant à examiner l'attitude des parents vis à vis les techniques de prises en charge comportementales contemporaines en cabinet dentaire.⁴⁹ Leurs conclusions indiquent qu'une nouvelle hiérarchie s'est mise en place dans le degré d'acceptabilité des méthodes ; les techniques agressives et physiques (HOM et contraintes) sont de moins en moins tolérées alors que la prise en charge pharmacologique (sédation et anesthésie générale) devient tout à fait acceptable.

Les **techniques persuasives tendent donc à être délaissées**. Dès 1998, Bourassa se prononçait déjà contre une telle technique, malgré le manque de preuves scientifiques à propos d'éventuelles séquelles psychologiques. Il déplorait le manquement aux règles élémentaires de la communication interpersonnelle et expliquait, qu'en outre, ces techniques donnaient à l'enfant l'impression que les adultes recouvraient à leur force physique pour régler un conflit et que c'est là que se situait leur supériorité. Il est donc indispensable de l'associer à des techniques communicatives si toutefois on souhaite l'utiliser.

Eaton note cependant que ces résultats sont sujets à évoluer, au même titre que la société et qu'il conviendrait donc de les réévaluer régulièrement. Quand on sait que les solutions proposées au cabinet face à un enfant perturbateur nécessitent l'aval de ses parents, connaître les résultats d'une telle étude paraît indispensable.

4. Solution de prise en charge avec formation du praticien et/ou aide extérieure

De nombreuses approches psychologiques sont à notre disposition ; celles-ci se divisent en thérapies du profond s'intéressant au *pourquoi* des phénomènes et en thérapies plus fonctionnelles ; celles qui, sans s'occuper des racines du trouble, ont comme objectif le *comment* affronter les phénomènes émotifs qui peuvent interférer avec la pratique odontologique. Il est rarement du devoir du chirurgien-dentiste de prendre en charge les causes les plus profondes, il est au contraire utile de conseiller à ses patients une éventuelle psychothérapie. Les thérapies plus fonctionnelles sont, elles, plus appropriées à un dentiste intéressé par la psychologie médicale.

4.1. Formation du praticien

4.1.1.PNL

La Programmation NeuroLinguistique est née dans les années 1970 à l'université de Santa Cruz, en Californie. Richard Bandler (mathématicien) et John Grinder (professeur de linguistique) ont étudié des personnes considérées comme d'excellents communicateurs et agents de changement afin de trouver le déterminant commun qui leur permettait d'obtenir des résultats positifs.^{113; 120}

Le grand avantage qu'offre l'étude de la PNL est celui de fournir les moyens d'individualiser et d'utiliser les canaux à travers lesquels le patient communique, en fournissant donc les bases

pour un rapport patient-praticien optimal. La rapidité avec laquelle on arrive parfois à résoudre le malaise du patient (par exemple, l'intolérance d'avoir en bouche un produit ou un miroir) sont le produit d'un bon rapport avec le patient, compris comme une interaction positive pour atteindre un objectif.

Malheureusement, dans la pratique quotidienne, il n'est pas toujours possible d'individualiser les canaux de communication du patient et donc d'appliquer correctement les modalités d'intervention de la PNL.

4.1.1.1. Méta-programmes

Par ce mot, on désigne les **processus mentaux que nous utilisons pour organiser et structurer les informations provenant du monde extérieur.**^{45; 127} Nos méta-programmes et nos valeurs impliquent notre façon de nous diriger dans le monde : nos valeurs disent ce qui est important pour nous. Dans la mesure où ils concernent la structure de notre expérience, nos méta-programmes sont très largement **inconscients**. S'ils ne permettent pas d'établir un profil de personnalité au sens propre du terme, ils permettent en revanche de comprendre et de prédire comment une personne va se comporter dans un contexte donné.

Connaître les méta-programmes de son patient offre également la possibilité de se mettre plus facilement en rapport avec lui en se synchronisant sur ceux que l'on a repérés.

On peut classer ces méta-programmes en 3 groupes :

- méta-programmes de perception
 - **champ de perception/taille de découpage** : il est lié à l'utilisation des hémisphères cérébraux. Le « cerveau gauche » préférera tronçonner l'information pour mieux l'analyser et/ou se concentrer sur les détails alors que le « cerveau droit » a tendance à relier l'information à un ensemble, à avoir une vision globale.
 - la **direction de l'attention** : elle est liée à ce qui paraît le plus important, dans le moment présent. Le sujet est-il intéressé par ses propres réflexions, sensations, sentiments ou est-il intéressé par son interlocuteur, la tâche à accomplir, ce qui l'entoure ?
 - le **système de perception VAKOG** (Visuel-Auditif-Kinesthésique-Olfactif-Gustatif) : pour prendre l'information extérieure, nous utilisons nos cinq sens :

la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat et le goût. Selon le système d'accès mis en œuvre dans un contexte particulier, nous donnerons priorité à l'un ou à l'autre de ces sens. En effet, certaines personnes sont convaincues lorsqu'elles ont vu (V) comme Saint Thomas, d'autres lorsqu'elles ont entendu (A), et d'autres encore lorsqu'elles ont touché du doigt ou fait elles-mêmes l'expérience (K). Plus rares sont celles qui ont besoin de sentir (O) ou de goûter (G).

Une façon de détecter la dominance sensorielle d'une personne est de l'écouter parler. Lorsqu'il nous décrit son expérience, notre interlocuteur sélectionne, généralement à un niveau inconscient, ses mots. *Le langage reflète la pensée*. Ces mots sont le reflet des processus internes qu'il utilise pour construire son expérience présente. Les **prédicats** sont les mots utilisés par notre jeune patient qui reposent sur une *base sensorielle*. Certains prédicats ne sont pas précis d'un point de vue sensoriel, c'est pourquoi une question de précision aussi simple que « comment sais-tu cela ? » permet d'avoir l'information. On peut ainsi obtenir une réponse du type « eh bien, je vois que... », « je me dis que... » ou encore « je sens bien que... ». Parfois au contraire, on peut repérer plusieurs systèmes utilisés dans la même phrase : « Je vois bien ce que vous me dites ! ». Cette personne est vraisemblablement visuelle. Sa stratégie consiste à traduire que qu'on dit (A) en image (V). *C'est ainsi que nos propos peuvent prendre un sens pour elle*.

De plus, l'observation de certains mouvements instinctifs des yeux serait une bonne indication de la valence sensorielle.¹⁷ Ces mouvements dépendent des processus neurologiques actifs lors de la construction de nos représentations (cf annexe page). Il s'agit bien de mouvements **observables** vers le haut, au centre ou dirigés vers le bas du point de vue du thérapeute et non d'interprétations du type « il a le regard vide/gai/triste ». Ces mouvements sont souvent rapides (moins d'une seconde) et se succèdent. Ainsi, en prêtant attention aux relations qui existent entre le langage sensoriel d'une personne et ses mouvements oculaires, on peut remarquer que :

- ✓ lorsque cette personne s'exprime en terme visuel, elle aura tendance à *diriger ses yeux vers le haut*
- ✓ lorsque cette personne écoute de la musique ou entend des sons dans sa tête, ses yeux balayent une ligne *horizontale*

- ✓ lorsque la personne fait référence à une image construite, mémorisée, ses yeux resteraient *fixés à l'horizontal*.
- ✓ quand elle est dans un dialogue interne, ses yeux descendent *en bas à droite*.
- ✓ lorsqu'elle éprouve une émotion ou une sensation, ses yeux seront *dirigés vers le bas à gauche*.

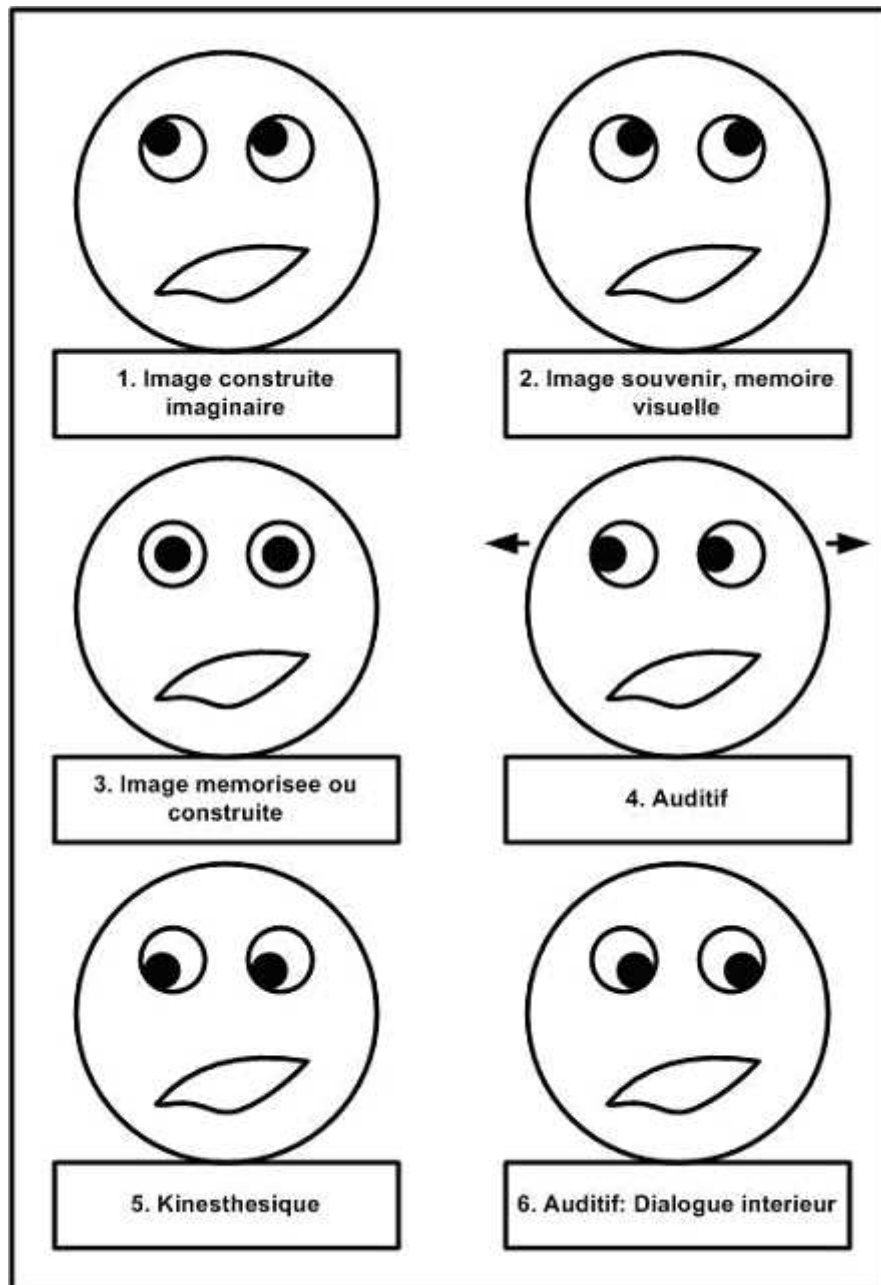


Figure 25 : Indications fournies par le mouvement des yeux (du point de vue de l'observateur), utilisables en PNL.³⁵

- métaprogrammes de traitement de l'information

- **origine de la motivation** : le cadre de référence peut être interne ou externe. Une personne en référence interne signifie qu'elle décide à partir de ses propres convictions. A l'inverse, une personne en référence externe se réfère à ce qu'en pensent, disent d'autres personnes ou à ce qu'elles pourraient dire ou penser.
- les **modalités pour se motiver** : on observe et écoute comment le sujet se parle à lui-même pour se motiver. Là encore, tout est dans le vocabulaire, on se sert ensuite de cette préférence pour se synchroniser efficacement au patient. « je veux... », « j'ai envie » indiquent des opérateurs modaux de désir, « je peux... » fait référence à des opérateurs modaux de possibilité, « je dois... », « il faut... », « j'ai besoin... » expriment plutôt la nécessité.
- **métaprogrammes de choix**
 - **mode de représentation** (associé/dissocié) : le sujet est-il associé, acteur de l'expérience qu'il décrit ou dissocié, spectateur. Ce métaprogramme est au cœur de la technique dite de « dissociation simple », développée un peu plus loin.
 - **direction de la motivation** : il y a trois directions possibles pour la motivation : *aller vers*, *s'éloigner* ou *aller contre*. En l'associant aux opérateurs de motivation, elle nous indique la meilleure façon de présenter nos demandes à nos patients. Par exemple, pour l'hygiène, on peut expliquer aux enfants qu'ils éviteront les soins sous anesthésie (*s'éloigner*) ou qu'ils auront un beau sourire (*aller vers*) s'ils se brossent correctement les dents.

Les souvenirs et réactions diffèrent d'une personne à l'autre lorsque nous sommes exposés aux mêmes stimuli car chacun procède à ses propres omissions, distorsions et généralisations en fonction de ses propres métaprogrammes, valeurs, croyances, attitudes, souvenirs et décisions : libre au thérapeute d'essayer de les déchiffrer ou non.

4.1.1.2. Ancrages

Une ancre est définie comme un **stimulus externe qui déclenche un état interne ou une réponse**.^{35; 42; 47; 120} En PNL, la notion d'ancrage est née des techniques de l'hypnothérapeute Milton Erickson qui utilisait comme déclencheurs des clés pour aider une personne à modifier son état interne en dehors de la sphère thérapeutique.

Les ancrés se fondent sur la réaction conditionnelle ; le chien de Pavlov en est l'illustration usuelle. Une information kinesthésique, visuelle ou auditive déclenche une réponse, un comportement spécifique. Les ancrés sont donc des **associations entre des signes extérieurs et des états émotionnels positifs ou négatifs**, enfouis dans notre inconscient et qui ressurgissent lorsque nous faisons quelque chose de particulier.

Nos souvenirs sont stockés sous forme d'associations à nos sens. Qui n'a jamais senti une odeur lui faisant revivre instantanément un souvenir plus ou moins heureux ? Nous créons en permanence des ancrés positifs ou négatifs. Le bon sens veut que nous ne définissions pas volontairement un ancrage négatif. Afin d'éviter de le faire, il faut, avant tout, identifier ce qui déclenche une réponse négative chez une personne et lui faire prendre conscience de l'existence du choix dans les types de réponses apportées. Ainsi, on aura la faculté de décider si la réponse est appropriée et utile ou si on souhaite apporter quelques changements.

Les ancrés créés doivent être :

- **distinctives** : différentes des mouvements, des sons et des images de la vie quotidienne
- **uniques** : spécifiques pour chaque personne
- **intenses** : définies lorsque l'état est à son apogée
- **opportunes** : au meilleur moment pour réaliser une association
- **renforcées** : il faut les utiliser ou on risque de les perdre. L'ancrage est une technique qui nécessite de l'entraînement.

En effet, il est important de noter que tous les codes, comme le langage par exemple, fonctionnent selon les principes de l'ancrage. Nous définissons et répondons à des ancrés en permanence ; par exemple, tout le monde sait qu'il faut s'arrêter à un feu rouge. L'ancrage, qui s'inscrit imperceptiblement dans la vie quotidienne de nos relations, se banalise par sa fréquence. Par contre, il peut devenir un allié précieux pour ceux qui savent s'en rendre maîtres en le pratiquant à bon escient.

Les ancrés peuvent être classés selon plusieurs systèmes :

- leurs répercussions

- *les ancrés positives* : ce sont celles qui suscitent des états intérieurs agréables. Les ancrés positives renforcent la confiance, l'assurance, la joie...
- *les ancrés négatives* : ce sont celles qui provoquent des émotions, des états internes désagréables, gênants, vis à vis desquels on cherche à se prémunir par l'agressivité ou la fuite (passivité, inhibition).
- leur aspect sensoriel selon le système VAKOG :
 - *Visuelles* : images, couleur, décoration, geste de la main, signe particulier, froncement de sourcils, déplacement du corps dans l'espace.
 - *Auditives* : musique, voix, chant d'oiseaux, cri, parole répétée, grattement de gorge.
 - *Kinesthésiques* : texture, sensation des éléments physiques ou contact physique, pression de la main.
 - *Olfactives* : odeurs, produits chimiques, parfums
 - *Gustatives* : goût, nourriture, boisson.

Définir une ancre et créer un état de ressource : Ian McDermott et Ian Shircore suggèrent la méthode suivante, en trois étapes, pour contrôler un état en établissant des ancrés pertinentes⁹⁰ :

le jeune patient doit avoir une idée bien précise de l'état positif dans lequel il souhaiterait idéalement être.

L'enfant peut être audacieux, spirituel, énergétique... Il lui faut décrire cet état avec clarté et précision. Par exemple, il peut souhaiter venir au fauteuil détendu, espérer passer une séance calme et ressortir du cabinet fier de ses accomplissements.

ensuite, il doit se souvenir d'un événement au cours duquel il était dans cet état.

On recherche ici une expérience comparable, même si le contexte peut être radicalement différent. Pour retrouver cet événement, on peut faire appel aux activités scolaires ou extra-scolaires de l'enfant : un concert de musique qui s'est bien passé, un jeu, un sport qu'il a apprécié faire...

l'enfant doit revivre ce moment aussi précis que possible.

Le praticien peut alors aider son patient à se replonger entièrement dans l'expérience vécue, les images, les sons, les odeurs, les sentiments physiques et les sensations internes.

→ Une fois ces trois étapes franchies et **l'état positif atteint au maximum, c'est le moment de définir une ancre**. En ce qui concerne les ancrages physiques (kinesthésiques), les mouvements des mains fonctionnent très bien tout comme le toucher. Une ancre auditive comme écouter une musique particulière ou une ancre visuelle comme visualiser une image peuvent tout aussi bien être utilisées. Lorsque l'on aura besoin de faire revenir le patient dans cet état positif, il suffira de déclencher ce stimulus.

4.1.1.3. Synchronisation verbale et non verbale

La synchronisation s'utilise pour créer un rapport avec l'interlocuteur. Se synchroniser sur une personne consiste à *refléter les processus du langage, verbal et non verbal, propres à celui-ci*. C'est l'une des façons les plus puissantes de « faire passer le courant » avec la personne de notre choix et de lui montrer qu'on la comprend. Non pas en le lui disant, mais en lui en faisant la démonstration. Nous rappellerons ici brièvement les neuf leviers de la synchronisation, déjà développés précédemment :

- la **posture** : cette phase d'harmonisation avec les rythmes généraux de notre interlocuteur est une véritable source de relation de confiance et de respect mutuel.
- les **gestes** : cette forme de synchronisation est surtout utilisée pour accentuer une argumentation, en reproduisant le bon geste, au bon moment.
- le **visage** : ce levier est particulièrement efficace pour s'accorder à l'émotion que notre interlocuteur vit.
- la **respiration** : cette forme de synchronisation nécessite beaucoup d'entraînement et une observation très fine car elle est relativement difficile, à la fois, à percevoir et à opérer.
- la **voix** : dans le management et la conduite des Hommes, la synchronisation sur la voix donne l'impression d'être unique et c'est un puissant levier de motivation.
- le **langage** : ce levier permet de ne pas nous enfermer dans un seul canal sensoriel et de pouvoir enrichir la relation.

- les **états émotionnels** : il faut d'abord s'accorder à un état émotionnel avant de pouvoir guider une personne. « C'est vrai que cela peut inquiéter et c'est normal. Mais, dis moi, qu'est ce qui t'inquiète dans tout ça ?... ».
- la **culture** : ce levier est très bien illustré par l'adage « quand on est à Rome, on fait comme les Romains ». Il permet une reconnaissance et un respect mutuel dans les échanges.
- les **métaprogrammes** : on ne s'adapte pas aux comportements de notre interlocuteur, mais à la structure qui détermine justement ces comportements.

Résumé des objectifs de la synchronisation⁴⁷

Créer et maintenir le rapport/la relation avec notre interlocuteur.

Renforcer la qualité de la relation entre deux individus.

Réussir plus facilement le premier contact.

Se mettre sur la même longueur d'onde.

Aller ensemble vers un objectif en respectant l'intégrité de la personne.

Gagner en temps, en compréhension et en plaisir.

Etre plus proche de l'autre, faire preuve d'empathie.

Rendre plus efficace le processus de changement.

Eviter les interprétations sauvages.

→ Ainsi en se fondant sur des observations précises, la PNL fournit un ensemble de notions et de méthodes qui permettent de mieux percevoir *comment* chacun s'organise « dans sa tête » pour construire son expérience de la réalité. Et ces indicateurs objectifs (prédicats et mouvement des yeux) sont les premiers éléments qu'il est nécessaire de maîtriser pour utiliser ces méthodes, quel qu'en soit le domaine d'application :

- l'amélioration de la communication dans toute relation,
- l'action pédagogique,
- les interventions ayant pour but le changement.

4.1.1.4. *Dissociation*

Cette technique de dissociation dite « simple » est à utiliser lorsqu'il s'agit de **dépasser une situation dans laquelle la composante émotionnelle est particulièrement vive**.^{35; 42; 47; 120}

C'est notamment la technique d'élection lorsqu'il s'agit de traiter les problèmes s'apparentant à des réactions phobiques.

Pour comprendre le principe de fonctionnement de la technique, il est utile de faire la distinction entre « état associé » et « état dissocié ». Un même souvenir peut être revécu de deux façons :

- **état associé** = *être dans l'expérience* : la personne revit la scène du point de vue de l'acteur, revoit les lieux, les gens qui s'y trouvaient, entend les conversations. En même temps, elle retrouve les sensations et les émotions qui ont été éprouvées à ce moment-là.
- **état dissocié** = *être hors de l'expérience* : la personne a aussi la possibilité de conduire la réminiscence de ce souvenir en restant mentalement extérieur à la scène. Elle devient ainsi spectatrice de ce qui s'y est passé, elle peut donc revoir ce souvenir comme un film sur un écran, sans l'habiter. Il est important de faire remarquer au patient que le comportement de ce personnage visualisé sur l'écran est indépendant de ce qu'il ressent maintenant. Et ce qui est éprouvé maintenant est lié à la situation présente et non pas à la scène qui se déroule là-bas.

Technique de dissociation simple :

- Identifier la situation à traiter et ce qui la déclenche : noter quel élément externe, visuel ou auditif déclenche la réaction de malaise. Le thérapeute qui intervient doit trouver les métaprogrammes de son patient, observer les mouvements des yeux afin de cerner efficacement les canaux de perception de celui-ci.
- Identifier et expérimenter un « état-ressource » : pour réaliser une dissociation de façon confortable, il faut installer le patient dans un état interne positif de confiance et de sécurité. Pour ce faire, le thérapeute ancre son patient dans une situation agréable (technique décrite plus bas).
- Revoir la situation perturbante à partir de la position dissociée. Le thérapeute demande alors à son patient de visualiser cette situation sur un écran fictif qui se trouve dans

l'espace devant lui. A ce moment, l'ancre positive est réactivée. Pendant que le jeune patient « regarde » la scène, la dissociation doit être renforcée en donnant des suggestions de sécurité, de compétences. Il doit lui être rappelé tout le temps que la scène qui se déroule sur l'écran n'est pas la situation présente, que le jeune patient n'en est que le spectateur et que les émotions qui ont, par le passé, habité l'acteur de la scène ne sont plus présentes aujourd'hui.

Lorsque le film a été regardé, le thérapeute aide l'enfant à faire le point de ce qu'il en a appris, il le rassure.

On peut aussi demander à l'enfant de rejouer le film et de rassurer à son tour l'image de lui-même, de lui apprendre ce qu'il vient d'apprendre et de lui faire part de ses conclusions et réflexions. Le patient travaille à cela jusqu'à ce que l'image de lui-même qu'il voit dans le film soit plus positive.

Le thérapeute demande alors à son patient d'intégrer cette connaissance puis le fait revenir au cadre **d'ici et maintenant** et vérifie qu'un changement se met en place en évoquant la possibilité de surgissement de l'expérience négative dans un futur proche.

Il est important d'éviter que ce travail ne fasse resurgir chez le patient les sensations négatives, qui l'ont poussé à consulter initialement. La dissociation consiste donc à faire travailler **mentalement** la personne sur une image visuelle séparée des sensations kinesthésiques négatives qu'elle contient et/ou provoque. Cette technique est souvent évoquée sous le nom de dissociation VK (visuelle/kinesthésique) et comme son nom l'indique, elle est fondée sur des données visuelles ; les résultats dépendent en partie de l'aptitude du patient à visualiser.

4.1.2. Relaxation/respiration

La mise en place des techniques de relaxation nécessite une formation de la part du praticien. La relaxation agit sur la composante physiologique de l'anxiété en diminuant l'hyperactivité du système nerveux autonome.²³

Le praticien peut cependant adapter quelques éléments simples de la relaxation à son exercice professionnel en proposant différentes activités à l'enfant : serrer/desserrer une balle de

mousse, se détendre au fauteuil en relâchant tous ses muscles ou encore pratiquer une respiration abdominale.²³

Les techniques de relaxation se départagent en deux tendances : celles qui s'inspirent d'idées maîtresses du training autogène de Schultz et celles qui suivent plutôt les préceptes de Jacobson. La méthode de Schultz implique le recours à l'autohypnose pour atteindre un état de repos musculaire bienfaisant, euphorisant et apaisant. Après quelques entraînements, il peut se pratiquer seul. Pour les sujets ayant des difficultés à s'abandonner passivement à une relaxation style training autogène et qui préfèrent une méthode plus active, il y a la technique de Jacobson. Elle vise l'état de relaxation total traitant l'organisme par zones successives.²⁵

Ces techniques doivent être apprises avant le soin et progressivement. Et pour obtenir un résultat efficace au fauteuil, l'enfant doit s'entraîner régulièrement à la maison.²³

La relaxation permet de détendre et distraire l'enfant afin de diminuer son anxiété. Elle permet également d'augmenter le niveau de perception de la douleur.^{23; 133}

4.1.3.Hypnose

L'hypnose est une technique qui conduit à **un état de relaxation mentale**, de restriction de la conscience et de capacité accrue à répondre à des suggestions. Cette technique, qui nécessite une formation, complète les autres approches vues précédemment et peut être associée à une prise en charge pharmacologique comme l'anesthésie locale¹³³ ou la sédation consciente par inhalation de MEOPA (mélange équimolaire d'oxygène et protoxyde d'azote).

Cette technique consiste à créer, par des suggestions simples en rapport direct avec le but recherché, le climat de détente nécessaire à l'établissement d'une bonne relation entre les parties.²⁵ L'efficacité de cette technique repose sur quatre procédés :

- la **relaxation** qui facilite la communication, élève le seuil de la douleur et facilite la concentration,
- la **dissociation** qui consiste à relier les soins dentaires à des pensées plaisantes, en remplacement des mauvaises expériences et des craintes stéréotypées de l'enfant,
- la **suggestion positive** directe de comportements susceptibles de faciliter le travail du dentiste en éliminant la tension, la peur et l'anxiété de l'enfant,

- les **méthodes de distraction** qui contribuent à maintenir la relaxation et les efforts de dissociation.

Les enfants répondent particulièrement bien aux méthodes d'imagerie mentale et font partie des sujets les plus réceptifs aux suggestions hypnotiques mais ils ne sont capables que d'une attention limitée.^{25; 86} Il convient donc d'utiliser des méthodes particulières d'induction hypnotique; des suggestions orientées vers des activités seront toujours mieux accueillies que celle de fermer les yeux. Par exemple, on peut leur suggérer de construire un de leurs jeux préférés ou de s'imaginer en train de jouer dans le parc. Chez les jeunes enfants (moins de 6 ans) il semble que la technique de « confusion sensorielle » fonctionne très bien : d'excellents résultats ont été obtenus en attribuant par suggestion une sensation de chatouillement aux vibrations provoquées par la turbine.^{25; 133}

Selon les besoins de l'enfant, l'entretien avant induction peut être plutôt bref ou très extensif.¹⁰⁹ L'entretien implique habituellement de discuter des raisons justifiant l'utilisation de l'hypnose en lien avec un problème particulier. Un questionnaire à destination des familles est aussi utile pour aider à découvrir les centres d'intérêt d'un enfant, ses peurs, ses désirs et aide à orienter le choix de l'imagerie suggérée pendant le processus hypnothérapeutique. Ces techniques d'imagerie peuvent être :

- **visuelles** (multisensorielle) : un lieu favori, des animaux multiples, l'observation des nuages ou des lettres.
- **auditives** : une chanson favorite, ou encore le son d'un instrument de musique.
- **motrices** : une couverture volante, une activité sportive, une balle bondissante ou encore un terrain de jeux.

En odontologie, on a tout d'abord utilisé l'hypnose pour obtenir l'analgésie. Par la suite, étant donné le grand choix d'anesthésiques locaux efficaces et privés de caractère toxique, l'hypnose a servi **d'autres objectifs**¹¹³:

- établir un bon rapport thérapeutique,
- éliminer le réflexe nauséux,
- réduire le flux salivaire,

- obtenir l'immobilité de la langue et des joues,
- corriger les mauvaises habitudes,
- susciter et motiver l'apprentissage de nouveaux comportements hygiéniques,
- soigner certaines manifestations psychosomatiques.

L'hypnose profonde ne serait pas nécessaire, selon certains auteurs²², on recherche plutôt un état de transe intermédiaire, un état physique naturel particulier, différent aussi bien de la veille que du sommeil et que certains éprouvent spontanément alors que d'autres peuvent y être stimulés et conduits par technique hypnotique.¹¹³ **Un hypnothérapeute pour enfants doit avant tout être un thérapeute/clinicien pour enfants compétent.**

Pour certains auteurs, l'apprentissage par modèle et l'hypnose restent les techniques de suggestion les plus efficaces quand la pédagogie du praticien n'est plus suffisante.^{56; 150}

4.1.4.MotivAider®

Au cours des années, des techniques ont été élaborées pour aider le praticien dans la prise en charge des enfants en refus de soins au cabinet dentaire.^{6; 108} Les approches pharmacologiques incluant l'anesthésie générale et la sédation consciente sont efficaces mais présentent certains effets négatifs ou risques pour les enfants. Les méthodes persuasives telles que HOM ou la contrainte physique permettent aussi de réduire ces comportements inappropriés mais sont de moins en moins admises par les parents. En réponse à ces problèmes, l'Académie Américaine de Dentisterie Pédodontique (AAPD) a appelé les chercheurs à développer de nouveaux moyens ; les techniques de distraction, l'apprentissage par modèle et même de réduction de la douleur ont ainsi été améliorées.

Une nouvelle approche est née de ces études ; elle présente un appareil appelé **MotivAider®**. Ce système se présente sous la forme d'un pager qui se porte au poignet et qui peut émettre des vibrations. Cette solution fait aussi suite à un autre protocole utilisant la notion de « temps mort » appelée l'« approche conditionnelle ». Dans ce cas, dès que l'enfant présente un comportement perturbateur, on lui explique que s'il retrouve son calme, il aura le droit de faire une pause. Bien que l'on ait eu des résultats satisfaisants, cette méthode a surtout montré que les enfants comprenaient qu'une suspension des soins pouvait être obtenue à la suite d'une mauvaise attitude. De là est née l'idée de « temps mort sans condition ».

Dans une étude, O'Callaghan décrit l'utilisation du MotivAider® et ses résultats¹⁰⁸ :

protocole : l'étude et l'observation portent sur 5 enfants adressés pour des problèmes de comportement au fauteuil.

séance de traitement : le dentiste s'équipe et présente, avant de commencer, sa montre à l'enfant en lui expliquant que la séance sera interrompue dès qu'elle se mettra à vibrer. Au départ, les **pauses** ont lieu assez souvent (toutes les 10 secondes) pendant la première minute d'utilisation puis au cours de la seconde minute, elles s'espacent de 20 secondes. Pendant ses arrêts, le chirurgien-dentiste retire tous ses instruments de la bouche de son jeune patient, l'enfant est redressé et libre de bouger un peu. Une fois la pause finie, il doit se repositionner et ne plus bouger jusqu'au prochain arrêt. Les pauses sont déjà programmés dans la montre, le dentiste n'a qu'à sélectionner un cycle (par exemple : première visite..)

résultats : au final, les résultats de cette étude montrent une réduction des comportements perturbateurs chez les 5 enfants. Cette réduction est notée au niveau physique (mouvements perturbateurs) chez les 5 patients et au niveau des interventions verbales chez 4 d'entre eux. Il est à noter que dans tous les cas, l'utilisation de méthodes persuasives comme la contrainte a été réduite à néant. Et ce dernier facteur est particulièrement important car il a été prouvé que la non-utilisation de contraintes était le meilleur facteur de satisfaction des dentistes envers le comportement de leur jeune patient. Avec ce système, **les comportements perturbateurs occupent en moyenne – de 30% du temps de la séance**, ce qui a été trouvé acceptable par les praticiens.

évolution : tout d'abord, on comprend aisément l'intérêt d'une étude portant sur un effectif plus important afin de pouvoir vérifier les résultats obtenus avec un échantillon réduit de 5 enfants. Ensuite, il est à noter que l'appareil présente quelques inconvénients comme le fait qu'il soit pré-programmé pour une séance : on a pu remarquer que le protocole était très facile à instaurer en cabinet grâce au faible apprentissage qu'il nécessite ; il ne demande pas ou peu de changements dans la routine élaborée pour les soins par le praticien. Cependant si le comportement du patient s'améliore au cours de cette séance, le praticien doit s'arrêter afin de changer manuellement la fréquence des pauses. Et même ce petit effort pourrait, à long terme, pousser le dentiste à abandonner cette technique. Les études futures devraient donc travailler

sur une automatisation de ces alternances soin/pause afin de réduire les temps de « pause » au profit des temps de « soin » au cours d'une même séance.

4.2. Prise en charge avec équipement ou professionnels

Traiter un être en devenir implique la plus grande rigueur dans les méthodes et l'évaluation des résultats. Les progrès dans le thérapeutique de l'anxiété pathologique sont de deux ordres. *Le premier consiste en la diversification des moyens*, dotant les praticiens d'un arsenal varié permettant une grande souplesse d'action ; de nouvelles techniques se sont développées, des progrès techniques en ont renforcé leur efficacité. *La seconde avance importante se situe dans la gestion de ces moyens*. L'approche d'un enfant ou adolescent anxieux doit être systématisée et rigoureuse.⁹⁹

Le caractère principal du traitement des enfants anxieux est la notion de stratégie thérapeutique. Les difficultés sont définies, quantifiées, expliquées. Les solutions sont diversifiées en fonction de l'évaluation et du devenir.

Les Thérapies Cognitives et Comportementales constituent avec les *Chimiothérapies*, une première ligne de stratégie thérapeutique des Troubles Anxieux. Dans certains cas, elles permettent une amélioration suffisante de la pathologie, mais souvent, la pathologie familiale ou les altérations de développement de la personnalité de l'enfant rendent indispensables le recours à d'autres psychothérapies.⁹⁹

4.2.1. Rétroaction visuelle avec utilisation du caméscope

L'enfant est filmé pendant qu'il adopte le comportement à modifier. Par exemple, un patient obsessionnel est filmé pendant qu'il touche différents objets (symptôme censé neutraliser les malheurs) ou un patient phobique des soins dentaires pendant son agitation au fauteuil. Ces images représentant le comportement de l'enfant, permettent son analyse fonctionnelle. On lui demande son avis, s'il souhaite modifier un aspect de son comportement manifeste. On filme à nouveau et le comportement « modifié » est montré à l'enfant.

Cette technique est également employée pour analyser davantage les représentations mentales, les cognitions que l'enfant avait au moment d'être filmé. Il a été constaté que les pensées, les critiques perdaient peu à peu leur pouvoir anxiogène. La critique et l'aspect absurde des rituels ou comportements sont aussi plus faciles à aborder.¹²⁸

4.2.2. Décomposition de la réponse à un stimulus anxiogène

La technique de décomposition de la réponse consiste à organiser une séquence comportementale afin d'aider l'enfant à adopter un comportement complexe qu'il désire réaliser, mais qui, à cause de l'anxiété suscitée par l'activité en question, lui semble irréalisable. Par exemple, si l'enfant exprime une anxiété de performance liée à un soin dentaire, le thérapeute comportementaliste décomposera la tâche « se faire soigner » en plusieurs séquences comportementales : entrer au cabinet, s'asseoir sur le fauteuil, choix du moment pour le rendez vous, définition du temps progressif consacré au soin, description des différentes étapes du soin... Cette procédure par étapes cherche également à renforcer la mise en activité, en établissent une chaîne de comportements concrets au départ. D'autre part, l'attribution des tâches progressives évite le processus anxieux de décision.¹²⁸ Contrairement à la désensibilisation où la relaxation est au cœur de la technique, la décomposition de la réponse s'axe plus sur la création d'un automatisme face à un stimulus anxiogène.

4.2.3. Spécialistes

Il est du rôle du chirurgien-dentiste d'adresser un enfant et sa famille quand il apparaît d'importants problèmes émotionnels ou psychologiques. Bien qu'ils soient souvent décelés plus tôt par le pédiatre et même si ces problèmes n'interfèrent pas directement avec les soins dentaires, le praticien, en tant que membre d'une communauté médicale, a le devoir d'identifier de possibles dysfonctionnements et d'adresser au bon référent.³²

Les principales raisons médicales sont :

la preuve d'abus ou de négligence (ecchymoses, dents cassées, brûlures de cigarettes, vêtements inappropriés à la saison, problème d'hygiène...),

comportement ou émotivité extrêmes (comme une phobie dentaire),

signes ou symptômes neurologiques (tics, signes d'une possible attaque nerveuse...),

sévères retards du développement ou cognitifs (possible retard mental, problèmes moteurs, problèmes d'alimentation...),

éducation défailante (usage excessif de punitions physiques, brimades...).

4.2.3.1. Pédopsychiatre/ thérapeute

L'enfant doit être adressé au pédopsychiatre quand il présente des signes neurologiques de troubles mentaux tels que les troubles obsessionnels compulsifs (T.O.C), l'hyperactivité ou le déficit d'attention. C'est la voie la plus adaptée quand il s'agit de psychoses car une médication peut être nécessaire et que le cas peut être compliqué par des facteurs médicaux. En cas d'abus ou de négligences, de conduites extrêmes, de retards cognitifs ou d'extrêmement pauvres capacités parentales, les jeunes patients peuvent être orientés vers des thérapeutes. Ces thérapeutes peuvent conduire des tests psychométriques standardisés pour évaluer les niveaux cognitifs, neuropsychologiques et comportementaux de l'enfant. Enfin ils peuvent prendre en charge des thérapies individuelles ou familiales et réorienter vers d'éventuels systèmes sociaux.³²

4.2.3.1.1. Approfondissement de certaines techniques

La méthode a déjà été développée précédemment ; le manque de temps ou de compétences peut pousser un praticien à adresser son jeune patient à un pédopsychiatre pour effectuer ce type de démarche

4.2.3.1.2. Affirmation de soi

Avoir un comportement affirmé consiste à communiquer ses sentiments, ses opinions, ses émotions ou ses désirs de façon appropriée, c'est à dire en se respectant et en respectant les autres.¹⁴⁹ S'affirmer, c'est adopter une attitude qui ne soit ni passive, ni agressive. C'est en fait le comportement le plus efficace "relationnellement" et le plus confortable émotionnellement. Le contact visuel est par exemple une composante non verbale importante dans l'affirmation de soi. Les enfants et adolescents non affirmés ont du mal à entretenir un contact visuel.¹⁵⁸

Cette technique s'adresse à des enfants timides et renfermés. Même s'il n'y a pas de demande manifeste lors d'une consultation, il semble que le retrait social et/ou l'isolement empêchent non seulement l'accès à des renforcements sociaux mais aussi à l'apprentissage social des comportements de communication. La technique d'affirmation de soi, la plus utilisée chez les enfants, est le **jeu de rôle** : les enfants, le praticien jouent des situations de communication où l'on s'entraîne mutuellement à poser des questions, à regarder dans les yeux quand on parle, à inviter un camarade, à refuser, à proposer une idée de jeu...

Les programmes d'affirmation de soi se donnent pour objectifs de développer des compétences relationnelles permettant aux patients d'aborder différentes situations le plus efficacement possible et chez l'enfant un comportement adéquat dans toutes les situations au cours desquelles il interagit avec autrui.^{23; 149}

Cette approche doit permettre au patient d'apprendre des réponses pour faire face aux agressions et d'enrichir ses compétences relationnelles notamment en augmentant progressivement le contact visuel.^{149; 158}

4.2.3.1.3. Sophrologie

La sophrologie, fondée en 1960 par Alfonso Caycedo, psychiatre d'origine colombienne, est, selon son étymologie, l'« étude de la conscience en harmonie ».^{36; 50}

Toutes les techniques débutent par une *sophronisation de base* pendant laquelle le thérapeute induit, d'une voix lente et monotone, un état de relaxation profonde, intermédiaire entre la veille et le sommeil. C'est son « *terpnos logos* », mode verbal doux et apaisant, qui produit l'état crépusculaire recherché, véritable zone de travail *intra-sophronique* à visée pédagogique ou thérapeutique. Enfin vient le moment de la *reprise*, le sujet retrouvant peu à peu le contact avec la réalité, après avoir récupéré sa tonicité musculaire et toute son énergie.

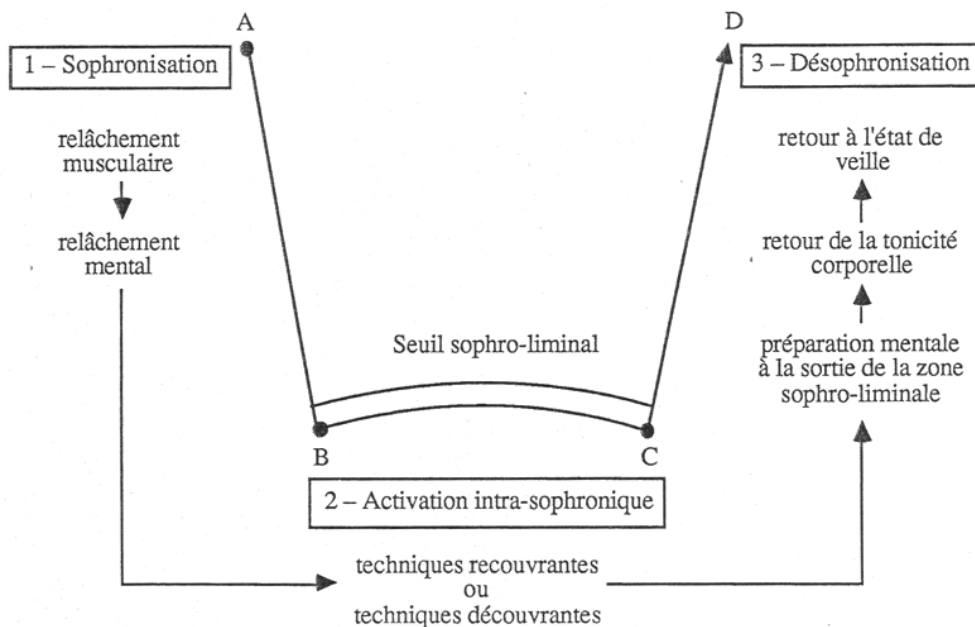


Figure 26 : Schématisation des étapes d'une séance de sophrologie.³⁶

Alfonso Caycedo pose **trois principes** à la base de la sophrologie :

- le principe du schéma corporel : l'équilibre d'un individu passe avant tout par la prise de conscience de son schéma corporel.
- le principe de l'action positive : toute action positive dirigée vers la conscience (par exemple, sous forme d'image, de sensations, de mots) suscite une dynamique positive sur l'ensemble de l'être humain.
- le principe de la réalité objective : le thérapeute doit pouvoir percevoir, en toute lucidité, l'état de conscience dans lequel il se trouve, et celui de son patient.

Dans les techniques utiles en odontologie pédiatrique, pour le cas d'enfants anxieux, on peut citer la *sophro-correction sérielle*. Le principe de cette méthode est d'aider le sujet à vivre en état sophronique, *étape par étape* une situation jusque là anxiogène.

- Dans un **entretien préalable**, on note les circonstances de la phobie, tous les détails de la situation difficile
- Sophronisation de base
- **Induction** : « on va vivre cette situation qui te gêne habituellement, mais cette fois dans le calme, la détente et l'harmonie »... puis on progresse étape par étape, dans la situation phobique avec toutes les précisions... « tu te vois partir très précisément, tu descends dans la rue »... « Tu te diriges très calmement vers la porte d'entrée du cabinet dentaire... tu ouvres la porte toujours aussi détendu... ». A chaque étape du parcours, on insistera sur l'aisance du patient, son calme... et le sujet se détachant de plus en plus de son angoisse, on insistera sur le plaisir nouveau qu'il retire de la situation, étonné d'être désormais aussi complètement détendu. On peut intégrer un **signe-signal** au cours de l'induction : « dès qu'apparaît un signe de malaise, tu respirez profondément, et aussitôt, tu retrouves ta tranquillité ».
- **Reprise** : « tu es tout à fait heureux d'avoir vécu cette situation d'une manière positive, tout se passera comme tu viens de le vivre, dans le plus grand calme... ».

La sophrologie vise à harmoniser les différents secteurs du fonctionnement psychique ; elle tend à restaurer l'équilibre dans l'investissement des trois grands registres de la personnalité : le « mental », le « corporel », le « comportemental ». La sophrologie a également pour mérite de ne pas négliger la communication non-verbale, essentielle.

4.2.3.2. *Services sociaux*

Il faut faire appel à leurs aides en cas d'abus, de négligences ou de problèmes sociaux. Ces départements mobilisent les ressources communautaires pour aider parents et familles. Ces institutions permettent un bon suivi des difficultés familiales dans le temps, contrairement aux thérapies qui sont plutôt ponctuelles et dont le but est de « traiter » une situation phobique ou anxiogène.³²

En conclusion, on insistera, dans les cas les plus difficiles, sur une prise en charge pluridisciplinaire du traitement de l'enfant anxieux. Bien souvent, les thérapies comportementales ne suffisent pas, le guide parental, le « counseling » ou les thérapies familiales en sont le complément indispensable. Enfin, d'autres interventions sur le milieu se montrent parfois nécessaires, de type psychosocial ou scolaire.

CONCLUSION

La prise en charge de l'enfant en refus de soin est un défi pour le praticien. L'anxiété et les problèmes de comportement sont des phénomènes qui peuvent être, aujourd'hui, évalués de manière fiable à l'aide de nombreuses méthodes physiologiques et psychologiques.

En odontologie pédiatrique, l'anxiété est multifactorielle. Cette émotion dépend de facteurs individuels, propres à l'enfant (tels que son niveau de développement, sa personnalité ou son émotivité), de facteurs environnementaux (parmi lesquels se trouvent les contextes socio-économiques et familiaux) mais aussi de facteurs propres à l'odontologie (comme par exemple, la peur des aiguilles, de la douleur ou du chirurgien-dentiste).

En pratique, l'odontologiste utilise le plus souvent son sens clinique pour apprécier le niveau de refus de soins de son jeune patient et la réussite des traitements ne sera possible qu'à l'aide d'une relation de confiance efficace, établie au moyen d'une communication verbale et non verbale ainsi qu'une écoute active.

La réalisation des soins peut être accompagnée d'une prise en charge psychologique par des méthodes cognito-comportementales, qui nécessitent une formation spécifique du praticien.

L'odontologiste doit cependant connaître ses limites en gardant à l'esprit le principe d'Hippocrate « Primum non nocere » (ne pas nuire) et ainsi, lorsque la prise en charge d'un jeune patient échappe aux champs de ses compétences, il doit savoir adresser l'enfant à un confrère ou à tout autre spécialiste afin de ne pas gâcher les chances qu'a celui-ci de pouvoir être soigné dans les meilleures conditions possibles.

ANNEXES

1 mois	Décubitus ventral Soulève sa tête en vacillant
2 mois	Se tourne côté dos Sourire réponse
3-4 mois	Tenue de la tête Se tourne ventre-dos Fixe et suit un objet sur 180° Joue avec ses mains Préhension involontaire au contact
4-5 mois	Préhension cubito-palmaire Se tourne dos-ventre
6-7 mois	Assise en trépied Orientation aux sons Distingue les visages familiers Sourit au miroir Porte les objets à sa bouche Fait passer les objets d'une main à l'autre Rampe
8-9 mois	Marche à 4 pattes Tient assis sans appui Pince inférieure pouce-auriculaire Fait les « marionnettes », « bravo », « au revoir » Tristesse lors du départ de sa mère Peur de l'étranger Tient son biberon, un gâteau
9-12 mois	Se met assis seul Debout avec appui Pince supérieure pouce-index
1 an	Debout sans appui Lâché volontaire Donne sur ordre Va chercher un objet caché Mange avec ses doigts Boit au verre
13-14 mois	Marche libérée
18 mois	Imite sa mère lors des tâches courantes Imite l'adulte : dînette, poupée...
2 ans	L'enfant court Monte les escaliers debout

	<p>Obéit aux ordres simples Dessine une ligne verticale ou un trait Superpose 6 cubes Mange à la cuillère seul Se déshabille : culotte, chaussettes</p>
3 ans	<p>Descend les marches Pédale avec un tricycle S'habille seul : pantalon, chaussettes Dessine un rond, une croix Mange seul avec des couverts</p>
4 ans	<p>Saute sur un pied Dessine un carré, un bonhomme « têtard » Réalise un puzzle de 4 morceaux</p>
6 ans	<p>Dessine un losange, un bonhomme évolué Coupe seul sa viande Se sert seul à boire Ecrit son prénom</p>

Tableau 10 : Développement cognitif et moteur jusqu'à 6 ans.⁵³

	caractérisé par :	enfant devient :
Autoritaire	limites strictes punitions distance émotionnelle parent fait loi	méfiant hostile malheureux
Permissif	règles transgressées peu d'attente envers l'enfant irritabilité cachée	manque d'indépendance faible estime personnelle et self contrôle malheureux
Autorisant	démocratique règles et attentes à l'écoute	bon self contrôle bonne estime personnelle coopérant

Tableau 11 : Les trois principaux types d'éducation.⁷⁹

		Intérêts	Inconvénients	Indications	Point de vue des parents		
APPROCHES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES	MODIFICATION COMPORTEMENTAL	Renforcement positif	Conditionne la mise en place de comportements positifs	-	Enfants de 3 à 9 ans	Techniques bien acceptées	
		Renforcement négatif	Conditionne la disparition de comportements négatifs	-			
		Modelage	Diminue l'anxiété et favorise les comportements positifs	-			
		Affirmation de soi	Apprentissage de réponses comportementales adaptées	-	-		
		Distraction	Diminue la perception négative	Efficacité à prouver	Enfants et adolescents anxieux		
		Dissociation	Donne une vision positive de l'odontologie	-	Dès 6 ans quand expériences antérieures négatives		
	EXPOSITION	Exposition graduelle	Prévient, diminue ou élimine l'anxiété	-	Enfants et adolescents		
		Désensibilisation	Modifie l'interprétation du stimulus pour être perçu positivement	Le patient doit être adressé à un spécialiste	Enfants et adolescents		
		Relaxation	Diminue l'anxiété en agissant sur sa composante physiologique	Le praticien doit être formé	-		-
		Hypnose	Entraîne une relaxation qui permet une diminution de l'anxiété		Enfants dès l'âge préscolaire, adolescents		Mal accepté
	Sophrologie	Dynamise de façon positive les ressources et les qualités					
METHODES PERSUASIVES	Contrôle de la voix	Permet de gagner l'attention du patient	Risques de comportements d'évitement	A éviter	Techniques mal acceptées		
	HOME	Permet d'assurer la sécurité du patient, des parents ou du personnel		Dernier recours			
	Stabilisation						

Tableau 12 : Synthèse sur les approches non pharmacologique de la prise en charge de l'enfant en refus de soins.

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : LES SOUS-STADES DU STADE SENSORI-MOTEUR SELON PIAGET . ^{88;} 115	12
TABLEAU 2 DIFFERENCES ENTRE PEUR ET ANXIETE. ²⁵	28
TABLEAU 3 RELATION STATISTIQUE ENTRE PEUR/ANXIETE DENTAIRE ET PROBLEMES DE COMPORTEMENT D'APRES BAIER ET COLL. ¹⁶	41
TABLEAU 4 : DIAGRAMME ILLUSTRANT LES STYLES D'EDUCATION PARENTAL. ⁸⁰	61
TABLEAU 5 : CARACTERISTIQUES DES DYADES MERE-ENFANT . ⁵⁹	63
TABLEAU 6 : MODALITES D'AUTO EVALUATION DISPONIBLES CHEZ L'ENFANT D'APRES LE REFERENTIEL ADAAM ^{4; 23}	75
TABLEAU 7 : QUESTIONNAIRE D'ANXIETE TRAIT DE SPIELBERGER. ¹⁴¹	77
TABLEAU 8 :QUESTIONNAIRE D'ANXIETE ETAT DE SPIELBERGER. ¹⁴¹	78
TABLEAU 9 : ECHELLE REVISITEE DE LA CMAS. ¹²¹	80
TABLEAU 10 :DEVELOPPEMENT COGNITIF ET MOTEUR JUSQU'A 6 ANS. ⁵³	164
TABLEAU 11 : LES TROIS PRINCIPAUX TYPES D'EDUCATION. ⁷⁹	165
TABLEAU 12 : SYNTHESE SUR LES APPROCHES NON PHARMACOLOGIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT EN REFUS DE SOINS.	166

LISTE DE FIGURES

FIGURE 1 : QUELQUES CLES DANS L'ABORD DE L'ENFANT AU CABINET DENTAIRE. ⁷⁹	24
FIGURE 2 DESSIN DE REMI MALINGRÉY. ²³	33
FIGURE 3 INTERACTIONS ENTRE PEUR/ ANXIETE DENTAIRE ET PROBLEMES DE COMPORTEMENT. ⁷⁹	40
FIGURE 4 : CERCLE VICIEUX LIE A L'EVITEMENT DES SOINS DENTAIRES. ¹³	42
FIGURE 5 DESSIN DE REMI MALINGRÉY. ²³	70
FIGURE 6 : REGLETTE D'EVALUATION VISUELLE ANALOGIQUE.	73
FIGURE 7 :REGLETTE D'EVALUATION VISUELLE NUMERIQUE.....	74
FIGURE 8 : ECHELLE D'ANXIETE DENTAIRE DE CORAH. ³⁹	82
FIGURE 9 : CHILD'S DENTAL ANXIETY SCALE DE PARKIN. ¹¹²	84
FIGURE 10 : CHILDREN'S FEAR SURVEY SCHEDULE - DENTAL SUBSCALE -. ¹ ...	85
FIGURE 11 ECHELLE DES VISAGES DE BUCHANAN ET NIVEN. ²⁹	86
FIGURE 12 LE VENHAM PICTURE TEST . ¹	89
FIGURE 13 : ECHELLE COM-DAS. ⁴⁶	91
FIGURE 14 : ECHELLE DE COMPORTEMENT DE FRANKL. ⁵⁵	93
FIGURE 15 : ECHELLE DE VENHAM MODIFIEE PAR VEERKAMP. ¹⁵³	95
FIGURE 16 : ECHELLE DE HOUPY. ⁷⁰	96
FIGURE 17 : DESSIN DE REMI MALINGRÉY.	98
FIGURE 18 : EXEMPLES DE CONSEILS AUX PARENTS. ²³	110
FIGURE 19 EXTRAITS DU LIVRET EDITE PAR L'ASSOCIATION SPARADRAP.	115
FIGURE 20 : EXEMPLES DE VOCABULAIRE ADAPTE CHEZ L'ENFANT. ²³	126
FIGURE 21 : MODELE DE COMMUNICATION DE TUBBS ET MOSS CITE PAR BOURASSA. ²⁵	127
FIGURE 22 : CERTIFICAT DE BRAVOURE EDITE PAR L'ASSOCIATION SPARADRAP.	129
FIGURE 23 :EXEMPLE DE CONFRONTATION PROGRESSIVE DANS LE CAS DE PHOBIE DENTAIRE. ²³	134
FIGURE 24 EXEMPLE DE LISTE HIERARCHISEE DES STIMULI ANXIODENES D'UN PATIENT PHOBIQUE DES AIGUILLES. ¹¹³	135
FIGURE 25 : INDICATIONS FOURNIES PAR LE MOUVEMENT DES YEUX (DU POINT DE VUE DE L'OBSERVATEUR), UTILISABLES EN PNL. ³⁵	142
FIGURE 26 : SCHEMATISATION DES ETAPES D'UNE SEANCE DE SOPHROLOGIE. ³⁶	157

Bibliographie

- 1 AARTMAN I. H., VAN EVERDINGEN T., HOOGSTRATEN J. *et al.*
Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment
ASDC J Dent Child, 1998, 65, 4, pp. 252-8, 229-30
- 2 AITKEN J. C., WILSON S., COURRY D. *et al.*
The effect of music distraction on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients
Pediatr Dent, 2002, 24, 2, pp. 114-8
- 3 AITKEN R. C.
Measurement of feelings using visual analogue scales
Proc R Soc Med, 1969, 62, 10, pp. 989-93
- 4 ALBERGE M. C., BOISSEAU N., GALIANO V. *et al.* "Evaluation de la douleur."
(en ligne) disponible sur http://www.alrf.asso.fr/site/analgesie/fich_tech/referentiel_adaam_1.pdf consulté le 16/09/09.
- 5 ALLARD G. B. et STOKES T. F.
Continuous observation: a detailed record of children's behavior during dental treatment
ASDC J Dent Child, 1980, 47, 4, pp. 246-50
- 6 ALLEN K. D., LOIBEN T., ALLEN S. J. *et al.*
Dentist-implemented contingent escape for management of disruptive child behavior
J Appl Behav Anal, 1992, 25, 3, pp. 629-36
- 7 ALLEN K. D., STARK L. J., RIGNEY B. A. *et al.*
Reinforced practice of children's cooperative behavior during restorative dental treatment
ASDC J Dent Child, 1988, 55, 4, pp. 273-7
- 8 ALWIN N. P., MURRAY J. J. et BRITTON P. G.
An assessment of dental anxiety in children
Br Dent J, 1991, 171, 7, pp. 201-7
- 9 AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY
Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient
Pediatr Dent, 2005, 27, 7 Suppl, pp. 92-100
- 10 ANASTASIO D.
Approche de l'enfant difficile au cabinet dentaire à l'aide d'une communication non verbale
Act Odonto Stomatol, 2000, 210, pp. 177-86
- 11 ANDRÉ C.
Psychologie de la peur: craintes, angoisses et phobies
Paris: O. Jacob, 2004. 1 vol. 366 p.

- 12 ARMFIELD J. M., SLADE G. D. et SPENCER A. J.
Cognitive vulnerability and dental fear
BMC Oral Health, 2008, 8, pp. 2
- 13 ARMFIELD J. M., STEWART J. F. et SPENCER A. J.
The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear
BMC Oral Health, 2007, 7, pp. 1
- 14 ARRETO C. D., BRUNET-CANONNE A. et FIORRETI F.
Consulter en odontologie: la relation praticien patient
France: Ed. CdP, 2006. 1 vol. 127 p.
- 15 BAGHDADI Z. D.
Principles and application of learning theory in child patient management
Quintessence Int, 2001, 32, 2, pp. 135-41
- 16 BAIER K., MILGROM P., RUSSELL S. *et al.*
Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices
Pediatr Dent, 2004, 26, 4, pp. 316-21
- 17 BANDLER R. et GRINDER J.
Les secrets de la communication: les techniques de la PNL
Montréal: Le jour Editeur, 2002. 1 vol. 292 p.
- 18 BARRETT P., SHORTT A. et HEALY L.
Do parent and child behaviours differentiate families whose children have obsessive-compulsive disorder from other clinic and non-clinic families?
J Child Psychol Psychiatry, 2002, 43, 5, pp. 597-607
- 19 BASTAWI A. E., REID K. H. et WEST G. A.
Relative utility of different measures of stress induced by dental procedures
J Dent Res, 1979, 58, 5, pp. 1484
- 20 BAUMRIND D.
Effects of authoritative parental control on child behavior
Child development, 1966, 37, 4, pp. 887-907
- 21 BEAUQUIER-MACCOTA B. "Troubles anxieux et de l'adaptation." (en ligne)
disponible sur <http://www.educ.necker.fr> consulté le 10/10/09.
- 22 BENNET C. R.
L'importance des techniques de sédation de la conscience dans la pratique médico-dentaire
Médecine et Hygiène, 1974, 3é, pp. 1560-1

- 23 BERTHET A., DROZ D., NAULIN-IFI C. *et al.* (2006).
Comprendre et évaluer l'anxiété. in Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant.
Paris, Berlin, Chicago [etc], Quintessence International. 1: 18-25.
- 24 BOGELS S. M. et BRECHMAN-TOUSSAINT M. L.
Family issues in child anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and beliefs
Clin Psychol Rev, 2006, 26, 7, pp. 834-56
- 25 BOURASSA M.
Dentisterie comportementale: manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire
Montréal: Ed. du Méridien, 1998. 1 vol. 241 p.
- 26 BRAND H. S.
Cardiovascular responses in patients and dentists during dental treatment
Int Dent J, 1999, 49, 1, pp. 60-6
- 27 BROWN A. M. et WHITESIDE S. P.
Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children
J Anxiety Disord, 2008, 22, 2, pp. 263-72
- 28 BUCHANAN H.
Development of a computerised dental anxiety scale for children: validation and reliability
Br Dent J, 2005, 199, 6, pp. 359-62; discussion 351; quiz 372
- 29 BUCHANAN H. et NIVEN N.
Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety
Int J Paediatr Dent, 2002, 12, 1, pp. 47-52
- 30 BUCHANAN H. et NIVEN N.
Further evidence for the validity of the Facial Image Scale
Int J Paediatr Dent, 2003, 13, 5, pp. 368-9
- 31 BURGESS E. W.
The family as a unity of interacting personalities
The family, 1926, 7, pp. 3-9
- 32 CAMERON A. C. et WIDMER R. P.
Handbook of pediatric dentistry
Edinburgh: Mosby, 2003. 1 vol. XV-414 p.
- 33 CARSON P. et FREEMAN R.
Tell-show-do: reducing anticipatory anxiety in emergency paediatric dental patients
Int J Health Educ Promotion, 1998, 36, pp. 87-90

- 34 CASTANEDA A., MCCANDLESS B. R. et PALERMO D. S.
Anxiety in children and social status
Child Dev, 1956, 27, 4, pp. 385-91
- 35 CAYROL A. et BARRÈRE P.
La programmation neuro-linguistique (PNL): des techniques nouvelles pour favoriser l'évolution professionnelle
Paris: ESF, 1999. 1 vol. 126 p.
- 36 CHERCHÈVE R. et BERRANGER E.
L'hypno-sophorologie -traité pratique-
1 vol. 223 p.
- 37 COLLÈGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES DE PSYCHIATRIE
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
In Press Ed., 2001. 1 vol. 200 p.
- 38 COPPER-ROYER B.
Peur du loup, peur de tout: peurs, angoisses, phobies chez l'enfant et l'adolescent
Paris: Albin Michel, 2003. 1 vol. 228 p.
- 39 CORAH N. L.
Development of a dental anxiety scale
J Dent Res, 1969, 48, 4, pp. 596
- 40 CORRAZE J.
Les communications non verbales
Paris: Presses universitaires de France, 1996. 1 vol. 252 p.
- 41 COULET J. C. et DELEAU M.
Psychologie du développement
Paris: Ed. Bréal, 2006. 1 vol. 351 p.
- 42 CUDICIO C.
Maitriser l'art de la PNL -programmation neuro-linguistique-
Paris: Ed. d'Organisation, 1999. 1 vol. 302 p.
- 43 CUTHBERT M. I. et MELAMED B. G.
A screening device: children at risk for dental fears and management problems
ASDC J Dent Child, 1982, 49, 6, pp. 432-6
- 44 DE MONDRAGON C.
Pratique dentaire et troubles psychiques
Act Odonto Stomatol, 1969, 23, 88, pp. 429-437

- 45 DE SAINT PAUL J. et TENENBAUM S.
L'esprit de la Magie: la programmation neuro-linguistique: relation à soi, relation à l'autre, relation au monde
Paris: InterEditions, 2005. 1 vol. XV-280 p.
- 46 DOGAN M. C., SEYDAOGLU G., UGUZ S. *et al.*
The effect of age, gender and socio-economic factors on perceived dental anxiety determined by a modified scale in children
Oral Health Prev Dent, 2006, 4, 4, pp. 235-41
- 47 DULUC A., MULLER J. L., PINA A. *et al.*
La PNL avec les mots de tous les jours
Paris: ESF Ed, 1999. 1 vol. 165 p.
- 48 DUVERGER P. et MALKA J.
"Troubles anxieux et troubles de l'adaptation chez l'enfant et l'adolescent."
(en ligne) disponible sur <http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/cours-fichiers/Troubles%20anxieux%20et%20de%20l%20adaptation.pdf> consulté le 05/05/09.
- 49 EATON J. J., MCTIGUE D. J., FIELDS H. W., JR. *et al.*
Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry
Pediatr Dent, 2005, 27, 2, pp. 107-13
- 50 ETCHELECOU B.
Manuel de sophrologie pédagogique et thérapeutique
Paris: Ed. Maloine, 1988. 1 vol. 215 p.
- 51 FEIGAL R. J.
Guiding and managing the child dental patient: a fresh look at old pedagogy
J Dent Educ, 2001, 65, 12, pp. 1369-77
- 52 FEINMAN S. et LEWIS M.
Social referencing at ten months: a second-order effect on infants' responses to strangers
Child Dev, 1983, 54, 4, pp. 878-87
- 53 FERRERI F. et AGBOKOU C.
Psychiatrie et développement: maturation et vulnérabilité
Paris: Med-line Ed., 2006. 1 vol. 465 p.
- 54 FORTIER J. P. et DEMARS-FREMAULT C.
Abrégé de Pédodontie
Paris: Masson, 1987. 1 vol. XII-274 p.
- 55 FRANKL N. S., SHIERE F. R. et FOGELS H. R.
Should the parent remain with the child in the dental operator?
J Dent Child (Chic), 1962, 29, pp. 150-63

- 56 FRECCIA W. F.
Misconceptions concerning the clinical use of hypnosis in dentistry
J Am Soc Psychosom Dent Med, 1982, 29, 2, pp. 64-70
- 57 FREEMAN R.
The case for mother in the surgery
Br Dent J, 1999, 186, 12, pp. 610-3
- 58 FREEMAN R.
A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment
Int J Paediatr Dent, 2007, 17, 6, pp. 407-18
- 59 FREEMAN R.
Communicating with children and parents: recommendations for a child-parent-centred approach for paediatric dentistry
Eur Arch Paediatr Dent, 2008, 9 Suppl 1, pp. 16-22
- 60 FREUD S.
Trois essais sur la théorie sexuelle
Paris: Gallimard, 1987. 1 vol. 211 p.
- 61 GALLAND F., DAJEAN-TRUTAUD S., GRAGNIC I. *et al.*
Je vais chez le dentiste... pourquoi?
Paris: Association Sparadrapp, 2004. 1 vol. 15 p.
- 62 GEHRING T. M. et WYLER I. L.
Family-System-Test (FAST): a three dimensional approach to investigate family relationships
Child Psychiatry Hum Dev, 1986, 16, 4, pp. 235-48
- 63 GERULL F. C. et RAPEE R. M.
Mother knows best: effects of maternal modelling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers
Behav Res Ther, 2002, 40, 3, pp. 279-87
- 64 GOLSE B. et SIMAS R. (2008). *La bouche et l'oralité dans le développement: entre exploration et ressenti, entre cognition et émotion.* in Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: compléments sur l'émergence du langage. Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson. 1: 247-259.
- 65 GORDON D. A., TERDAL L. et STERLING E.
The use of modeling and desensitization in the treatment of a phobic child patient
ASDC J Dent Child, 1974, 41, 2, pp. 102-5
- 66 GREENBAUM P. E., TURNER C., COOK E. W., 3RD *et al.*
Dentists' voice control: effects on children's disruptive and affective behavior
Health Psychol, 1990, 9, 5, pp. 546-58

- 67 GREENSPAN S. et SALMON J.
Enfant difficile, enfant prometteur: comment l'aimer, le comprendre et réussir son éducation
Paris: JC Lattès, 1996. 1 vol. 369 p.
- 68 HOLMES R. D. et GIRDLER N. M.
A study to assess the validity of clinical judgement in determining paediatric dental anxiety and related outcomes of management
Int J Paediatr Dent, 2005, 15, 3, pp. 169-76
- 69 HOSEY M. T. et BLINKHORN A. S.
An evaluation of four methods of assessing the behaviour of anxious child dental patients
Int J Paediatr Dent, 1995, 5, 2, pp. 87-95
- 70 HOUP T. M. I., WEISS N. J., KOENIGSBERG S. R. *et al.*
Comparison of chloral hydrate with and without promethazine in the sedation of young children
Pediatr Dent, 1985, 7, 1, pp. 41-6
- 71 HOWITT J. W. et STRICKER G.
Sequential changes in response to dental procedures
J Dent Res, 1970, 49, 5, pp. 1074-7
- 72 KAMP A. A.
Parent child separation during dental care: a survey of parent's preference
Pediatr Dent, 1992, 14, 4, pp. 231-5
- 73 KLAASSEN M., VEERKAMP J. et HOOGSTRATEN J.
Predicting dental anxiety. The clinical value of anxiety questionnaires: an explorative study
Eur J Paediatr Dent, 2003, 4, 4, pp. 171-6
- 74 KLINGBERG G.
Reliability and validity of the Swedish version of the Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule, CFSS-DS
Acta Odontol Scand, 1994, 52, 4, pp. 255-6
- 75 KLINGBERG G.
Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects
Swed Dent J Suppl, 1995, 103, pp. 1-78
- 76 KLINGMAN A., MELAMED B. G., CUTHBERT M. I. *et al.*
Effects of participant modeling on information acquisition and skill utilization
J Consult Clin Psychol, 1984, 52, 3, pp. 414-22

- 77 KLINNERT M., CAMPOS J. J., SORCE J. *et al.* (1983). *Emotions as behaviour regulators: social referencing in infancy*. in Emotion: theory, research and experience: Emotions in early development. New York, Academic Press. 2: 57-86.
- 78 KOCH G.
Pedodontics: a clinical approach
Copenhagen: Munksgaard, 1991. 1 vol. 376 p.
- 79 KOCH G. et POULSEN S.
Pediatric dentistry: a clinical approach
Copenhagen: Munksgaard, 2001. 1 vol. 482 p.
- 80 KRIKKEN J. B. et VEERKAMP J. S.
Child rearing styles, dental anxiety and disruptive behaviour; an exploratory study
Eur Arch Paediatr Dent, 2008, 9 Suppl 1, pp. 23-8
- 81 LABRUNE P., REYNAUD M., CORRUBLE E. *et al.*
Maturation et vulnérabilité
Paris: Médecine-Sciences Flammarion, 2005. 1 vol. X-315 p.
- 82 LAW C. S. et BLAIN S.
Approaching the pediatric dental patient: a review of nonpharmacologic behavior management strategies
J Calif Dent Assoc, 2003, 31, 9, pp. 703-13
- 83 LEBRETON D.
Du silence: essai
Paris: Métailié, 1997. 1 vol. 286 p.
- 84 LEE G. T., HUMPHRIS G. M., BIRCH R. H. *et al.*
Disruptive behavior during dental treatment of uncooperative children
J Pedod, 1989, 14, 1, pp. 27-30
- 85 LENCHNER V.
The effect of appointment length on behavior of the pedodontic patient and his attitude toward dentistry
J Dent Child, 1966, 33, 2, pp. 61-74
- 86 LONDON P. et COOPER L. M.
Norms of hypnotic susceptibility in children
Develop Psychol, 1969, 1, pp. 113
- 87 MAJSTOROVIC M., VEERKAMP J. S. et SKRINJARIC I.
Reliability and validity of measures used in assessing dental anxiety in 5- to 15-year-old Croatian children
Eur J Paediatr Dent, 2003, 4, 4, pp. 197-202

- 88 MALLET P., MEJAC C., BAUBIER A. *et al.*
Psychologie du développement: enfance et adolescence
Paris: Belin, 2003. 1 vol. 173 p.
- 89 MANARA F. et SAPELLI P. (1992). *Aspects médico-psychologiques et psychiatriques en pédodontie.* in Manuel de psychologie odontologique. Fribourg, Masson. 1: 79-89.
- 90 MC DERMOTT I. et SHIRCORE I.
NLP and New Manager
US: Texere Publishing, 1998. 1 vol. 176 p.
- 91 MC DONALD R. E.
Dentistry for child and adolescent
Saint Louis: C.V Mosby, 1974. 1 vol. X-561 p.
- 92 MELAMED B. G., WEINSTEIN D., KATIN-BORLAND M. *et al.*
Reduction of fear-related dental management problems with use of filmed modeling
J Am Dent Assoc, 1975, 90, 4, pp. 822-6
- 93 MESSER S. C. et BEIDEL D. C.
Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1994, 33, 7, pp. 975-83
- 94 MILGROM P., MANCL L., KING B. *et al.*
Origins of childhood dental fear
Behav Res Ther, 1995, 33, 3, pp. 313-9
- 95 MILGROM P. et WEINSTEIN P.
Dental fears in general practice: new guidelines for assessment and treatment
Int Dent J, 1993, 43, 3 Suppl 1, pp. 288-93
- 96 MOORE P. S., WHALEY S. E. et SIGMAN M.
Interactions between mothers and children: impacts of maternal and child anxiety
J Abnorm Psychol, 2004, 113, 3, pp. 471-6
- 97 MORAND J. M.
Le problème de la peur
Inf Dent, 1980, 62, 19, pp. 1563-68
- 98 MORAND J. M.
Bien préparer les parents d'un enfant difficile
Inf Dent, 1994, 76, 33, pp. 2903-05
- 99 MOUREN-SIMÉONI M. C., VILA G. et VERA L.
Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent
Paris: Ed. Maloine, 1993. 1 vol. 152 p.

- 100 MURIS P., STEERNEMAN P., MERCKELBACH H. *et al.*
The role of parental fearfulness and modeling in children's fear
Behav Res Ther, 1996, 34, 3, pp. 265-8
- 101 MURRAY L., DE ROSNAY M., PEARSON J. *et al.*
Intergenerational transmission of social anxiety: the role of social referencing processes in infancy
Child Dev, 2008, 79, 4, pp. 1049-64
- 102 NATHAN J. E.
Managing behavior of precooperative children
Dent Clin North Am, 1995, 39, 4, pp. 789-816
- 103 NATHAN J. E.
Behavioral management strategies for young pediatric dental patients with disabilities
ASDC J Dent Child, 2001, 68, 2, pp. 89-101
- 104 NELSON L. J. et COOPER J.
Gender differences in children's reactions to success and failure with computers
Computers in Human Behaviour, 1997, 13, 2, pp. 247-67
- 105 NEWTON J. T. et BUCK D. J.
Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application
J Am Dent Assoc, 2000, 131, 10, pp. 1449-57
- 106 NOEL M. P.
Bilan neuropsychologique de l'enfant
Belgique: Mardaga, 2007. 1 vol. 320 p.
- 107 NOSSINTCHOUK R.
Communiquer en odonto-stomatologie: obligations et stratégies
France: Ed. CdP, 2003. 1 vol. XI-145 p.
- 108 O'CALLAGHAN P. M., ALLEN K. D., POWELL S. *et al.*
The efficacy of noncontingent escape for decreasing children's disruptive behavior during restorative dental treatment
J Appl Behav Anal, 2006, 39, 2, pp. 161-71
- 109 OLNESS K. et KOHEN D. P.
Hypnosis and hypnotherapy with children
New-York: The guildford Press, 2006. 1 vol. 646 p.
- 110 OSTERRIETH P. A.
Introduction à la psychologie de l'enfant
Bruxelles: De Boeck, 1997. 1 vol. 170 p.

- 111 PAPAY J. P. et SPIELBERGER C. D.
Assessment of anxiety and achievement in kindergarten and first- and second-grade children
J Abnorm Child Psychol, 1986, 14, 2, pp. 279-86
- 112 PARKIN S. F.
Assessment of the clinical validity of a simple scale for rating children's dental anxiety
ASDC J Dent Child, 1989, 56, 1, pp. 40-3
- 113 PASINI W., HAYNAL A. et FERRERO F.
Manuel de psychologie odontologique
Paris: Masson, 1992. 1 vol. IX-166 p.
- 114 PELEG-POPKO O. et DAR R.
Marital quality, family patterns and children's fear and social anxiety
Contemporary Fam Ther, 2001, 23, 4, pp. 465-87
- 115 PIAGET J.
La naissance de l'intelligence chez l'enfant
Neuchâtel; Paris: Delachaux et Niestlé, 1977. 1 vol. 370 p.
- 116 PINKHAM J. R.
Personality development. Managing behavior of the cooperative preschool child
Dent Clin North Am, 1995, 39, 4, pp. 771-87
- 117 PRINS P. J.
Self-speech and self-regulation of high- and low-anxious children in the dental situation: an interview study
Behav Res Ther, 1985, 23, 6, pp. 641-50
- 118 RAADAL M., MILGROM P., WEINSTEIN P. *et al.*
The prevalence of dental anxiety in children from low-income families and its relationship to personality traits
J Dent Res, 1995, 74, 8, pp. 1439-43
- 119 RACHMAN S.
The conditioning theory of fear-acquisition: a critical examination
Behav Res Ther, 1977, 15, 5, pp. 375-87
- 120 READY R. et BURTON K.
La PNL pour les Nuls
Paris: Ed. Générales First, 2004. 1 vol. 332 p.
- 121 REYNOLDS C. R. et RICHMOND B. O.
What I Think and Feel: a revised measure of Children's Manifest Anxiety
J Abnorm Child Psychol, 1997, 25, 1, pp. 15-20

- 122 RIDLEY-JOHNSON R. et MELAMED B. G.
Behavioral methods and research issues in management of child patients
Anesth Prog, 1986, 33, 1, pp. 17-23
- 123 RIVIÈRE J.
Le développement psychomoteur du jeune enfant: idées neuves et approches actuelles
Marseille: Solal Ed., 2000. 1 vol. 191 p.
- 124 RONDAL J. A. et HURTIG M.
Introduction à la psychologie de l'enfant
Bruxelles: Mardaga, 1986. 3 vol. 759 p.
- 125 ROYER DE VERBIZIER J. P. et TOUBOUL E.
Influence de l'environnement sur l'anxiété de l'enfant
Journ Odontostomatol Pédiatr, 1993, 3, 1, pp. 39-43
- 126 ROZENCWEIG D.
Des clés pour réussir au cabinet dentaire
Paris: Quintessence International, 1997. 1 vol. 294 p.
- 127 SALEM G. et BONVIN E.
Soigner par l'hypnose
Paris: Masson, 2006. 1 vol. 323 p.
- 128 SAMUEL-LAJEUNESSE B.
Manuel de thérapie comportementale et cognitive
Paris: Dunod, 1998. 1 vol. 434 p.
- 129 SCHOR E. L.
Family pediatrics: report of the Task Force on the Family
Pediatrics, 2003, 111, 6 Pt 2, pp. 1541-71
- 130 SCOTT W. A., SCOTT R. et MCCABE M.
Family relationships and children's personality: a cross-cultural, cross-source comparison
British Journal of Social Psychology, 1991, 30, pp. 1-20
- 131 SEARS R. R., MCCOBY E. E. et LEVIN H.
Patterns of child rearing
CA: Stanford Uni Pr, 1957. 1 vol. 560 p.
- 132 SERVANT D.
Gestion du stress et de l'anxiété
Paris: Masson, 2007. 1 vol. VIII-241 p.
- 133 SHAW A. J. et NIVEN N.
Theoretical concepts and practical applications of hypnosis in the treatment of children and adolescents with dental fear and anxiety
Br Dent J, 1996, 180, 1, pp. 11-6

- 134 SHINOHARA S., NOMURA Y., SHINGYOUCHI K. *et al.*
Structural relationship of child behavior and its evaluation during dental treatment
J Oral Sci, 2005, 47, 2, pp. 91-6
- 135 SILVERMAN W. K., CERNY J. A. et NELLES W. B. (1988). *The familial influence in anxiety disorders.* in Advances in clinical child psychology.
New-York, Plenum Press. 1: 223-48.
- 136 SIQUELAND L., KENDALL P. C. et STEINBERG L.
Anxiety in children: perceived family environments and observed family interaction
Journal of Clinical Child Psychology, 1996, 25, pp. 225-37
- 137 SKARET E.
Le patient anxieux des soins dentaires: un défi pour le praticien
Real Clin, 2004, 15, 4, pp. 303-10
- 138 SORCE J. F., EMDE R. N., CAMPOS J. J. *et al.*
Maternal emotionnal signaling: its effects on the visual cliff behavior of a 1 year old
Developmental Psychology, 1985, 17, 4, pp. 427-46
- 139 SOUTHAM-GEROW M. A., FLANNERY-SCHROEDER E. C. et KENDALL P. C.
A psychometric evaluation of the parent report form of the State-Trait Anxiety Inventory for Children--Trait Version
J Anxiety Disord, 2003, 17, 4, pp. 427-46
- 140 SOXMAN J.
Parenting the parents of pediatric patients
Compend Contin Educ Dent, 2006, 27, 11, pp. 630-4
- 141 SPIELBERGER C. D., DREW E. C., LUSHENE R. E. *et al.*
State Anxiety Inventory for Children manual
Palo Atlo: CA: Consulting Psychologists Press, 1973. 1 vol. 75 p.
- 142 STARK L. J., ALLEN K. D., HURST M. *et al.*
Distraction: its utilization and efficacy with children undergoing dental treatment
J Appl Behav Anal, 1989, 22, 3, pp. 297-307
- 143 STOKES T. F. et KENNEDY S. H.
Reducing child uncooperative behavior during dental treatment through modeling and reinforcement
J Appl Behav Anal, 1980, 13, 1, pp. 41-9
- 144 TEN BERGE M.
Dental fear in children: clinical consequences. Suggested behaviour management strategies in treating children with dental fear
Eur Arch Paediatr Dent, 2008, 9 Suppl 1, pp. 41-6

- 145 TEN BERGE M., VEERKAMP J. et HOOGSTRATEN J.
Dentists' behavior in response to child dental fear
ASDC J Dent Child, 1999, 66, 1, pp. 36-40
- 146 TEN BERGE M., VEERKAMP J. S. et HOOGSTRATEN J.
The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences
J Anxiety Disord, 2002, 16, 3, pp. 321-9
- 147 THERY-HUGLY M.
Approche psychologique de l'enfant et de l'adolescent en chirurgie buccale
Real Clin, 1995, 6, 3, pp. 279-92
- 148 THERY-HUGLY M.
L'homme et son dentiste : les aléas d'une rencontre
Bull Acad Natle Chir Dent, 2000, 45, 3, pp. 167-76
- 149 THERY-HUGLY M. et TODOROVA I.
Relation praticien-patient
Encycl. Med. Chir. (Elvesier, Paris), 23-840-C-10, 1998, 1-10 p.
- 150 TINKLER S. (1971). *The use of hypnosis in dental surgery.* in Medical and Dental Hypnosis. London, Baillière Tindall. 1: XVI-501.
- 151 TURGEON L. et CHARTRAND E.
Qualités psychométriques de la version québécoise du Multidimensional Anxiety Scale for Children
Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 2006, 11, 3, pp. 1-8
- 152 TURNER S. M., BEIDEL D. C. et COSTELLO A.
Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients
J Consult Clin Psychol, 1987, 55, 2, pp. 229-35
- 153 VEERKAMP J. S., GRUYTHUYSEN R. J., VAN AMERONGEN W. E. *et al.*
Dental treatment of fearful children using nitrous oxide. Part 3: Anxiety during sequential visits
ASDC J Dent Child, 1993, 60, 3, pp. 175-82
- 154 VENHAM L., BENGSTON D. et CIPES M.
Children's response to sequential dental visits
J Dent Res, 1977, 56, 5, pp. 454-9
- 155 VENHAM L. et QUATROCELLI S.
The young child's response to repeated dental procedures
J Dent Res, 1977, 56, 7, pp. 734-8
- 156 VENHAM L. L., BENGSTON D. et CIPES M.
Parent's presence and the child's response to dental stress
ASDC J Dent Child, 1978, 45, 3, pp. 213-7

- 157 VENHAM L. L., GAULIN-KREMER E., MUNSTER E. *et al.*
Interval rating scales for children's dental anxiety and uncooperative behavior
Pediatr Dent, 1980, 2, 3, pp. 195-202
- 158 VERA L. et LEVEAU J.
Thérapies cognitivo-comportementales en psychiatrie infanto-juvénile
Paris: Masson, 1990. 1 vol. IX-223 p.
- 159 VEZIN J. F.
Psychologie de l'enfant: l'enfant capable. Les découvertes contemporaines en psychologie du développement
Paris: L'Harmattan, 1994. 1 vol. 300 p.
- 160 WEINSTEIN P., SMITH T. et PACKER M.
Method for evaluating patient anxiety and the interpersonal effectiveness of dental personnel: an exploratory study
J Dent Res, 1971, 50, 5, pp. 1324-6
- 161 WEISZ J. R., WEISS B., HAN S. S. *et al.*
Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies
Psychol Bull, 1995, 117, 3, pp. 450-68
- 162 WHITE G. E.
Consider this: the dentist's personality style affects the patient's behavior
J Pedod, 1987, 11, 3, pp. 295-7
- 163 WOLPE J.
The systematic desensitization treatment of neuroses
J Nerv Ment Dis, 1961, 132, pp. 189-203
- 164 WOOD J. J., MCLEOD B. D., SIGMAN M. *et al.*
Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions
J Child Psychol Psychiatry, 2003, 44, 1, pp. 134-51
- 165 WOODRUFF-BORDEN J., MORROW C., BOURLAND S. *et al.*
The behavior of anxious parents: examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child
J Clin Child Adolesc Psychol, 2002, 31, 3, pp. 364-74
- 166 WRIGHT F. A., LUCAS J. O. et MCMURRAY N. E.
Dental anxiety in five-to-nine-year-old children
J Pedod, 1980, 4, 2, pp. 99-115

Table des Matières

PRISE EN CHARGE NON PHARMACOLOGIQUE DE L'ENFANT EN REFUS DE SOINS EN ODONTOLOGIE. 1

SOMMAIRE 2

INTRODUCTION..... 5

CHAPITRE 1 : PSYCHOLOGIE DU DEVELOPPEMENT CHEZ L'ENFANT..... 7

1. 0 A 3 ANS : PRIME ENFANCE 9

1.1. Développement psychomoteur..... 9

1.1.1. Motricité du nouveau-né à terme 9

1.1.2. Développement postural..... 9

1.1.3. Développement de la motricité fine. 10

1.2. Développement cognitif..... 10

1.2.1. Intelligence sensori-motrice 10

1.2.2. Permanence de l'objet 13

1.2.3. Apports des recherches post-piagésiennes..... 13

1.3. Développement du langage 13

1.3.1. Période pré linguistique..... 14

1.3.2. Premiers mots..... 14

1.3.3. Phrases..... 14

1.4. Développement affectif et social (relation adulte-enfant)..... 15

1.4.1. Les interactions bébé-adulte 15

1.4.1.1. Le regard 15

1.4.1.2. Le sourire..... 15

1.4.1.3. Les cris, les pleurs, les vocalisations..... 15

1.4.2. L'attachement..... 16

1.4.3. Les changements sociaux 16

2. DE 3 A 11 ANS : REMANIEMENTS INTENSES 16

2.1. Développement intellectuel 17

2.1.1. Période pré-scolaire (2 à 6-7 ans)..... 17

2.1.1.1.	Développement des opérations intellectuelles	17
2.1.1.2.	Le langage	17
2.1.1.3.	Aspects cognitifs	18
2.1.1.4.	Autres aspects : motricité et dessin	18
2.1.2.	Période scolaire (6 à 11-12 ans)	19
2.1.2.1.	Acquisitions des principales conservations.....	19
2.1.2.2.	Evolution du langage.....	20
2.1.2.3.	Motricité	20
2.2.	<i>Développement affectif et social</i>	20
2.2.1.	L'enfant dans sa famille	20
2.2.2.	Interactions et relations entre enfants.....	21
2.2.3.	Les changements sociaux	21
3.	ADOLESCENCE	22
3.1.	<i>Changement de statut social (enfant à adulte)</i>	22
3.2.	<i>Intégration des facteurs cognitifs</i>	22
3.3.	<i>Changements physiques</i>	23
3.4.	<i>Evolution des relations avec ses pairs</i>	23
	CHAPITRE 2 : REFUS DE SOIN CHEZ L'ENFANT	25
1.	ANXIETE ET PEUR CHEZ L'ENFANT	26
1.1.	<i>Terminologie</i>	26
1.1.1.	Anxiété	26
1.1.1.1.	Définition	26
1.1.1.2.	Anxiété généralisée	26
1.1.1.3.	Anxiété situationnelle.....	27
1.1.1.4.	Anxiété caractérielle.....	27
1.1.1.5.	Anxiété de séparation	27
1.1.2.	Peur.....	27

1.1.2.1.	Définition	27
1.1.2.2.	Comparaison du phénomène peur au phénomène anxiété.....	28
1.1.2.3.	Peur normale/peur pathologique	29
1.1.3.	Angoisse	29
1.1.4.	Phobies	30
1.2.	<i>Peurs chez l'enfant</i>	30
1.2.1.	Peurs : outils nécessaires au développement de l'enfant.....	31
1.2.1.1.	Miroir de son attachement maternel.....	31
1.2.1.2.	Miroir de l'évolution de ses angoisses	31
	internes	31
1.2.1.3.	Protectrices	31
1.2.2.	Peurs dans le cadre de soins	32
1.2.2.1.	Peurs réelles.....	32
1.2.2.2.	Névroses d'angoisse.....	34
1.2.2.3.	Peurs transmises par la propre peur du Chirurgien-dentiste.....	35
1.3.	<i>Manifestations de l'anxiété lors de soins dentaires chez l'enfant</i>	35
1.3.1.	Manifestations comportementales.....	35
1.3.1.1.	Stade de développement comportemental.....	35
1.3.1.1.1.	Stade pré-coopératif.....	36
1.3.1.1.2.	Stade coopératif.....	37
1.3.1.1.3.	Adolescence.....	37
1.3.1.2.	Enfant coopératif.....	38
1.3.1.2.1.	Le langage du corps.....	38
1.3.1.2.2.	L'expression faciale.....	38

1.3.1.3.	Enfant non coopératif.....	39
1.3.1.3.1.	Echappement	39
1.3.1.3.2.	Comportement de self-défense	39
1.3.1.4.	Interactions entre anxiété dentaire et.....	40
	problèmes de comportement	40
1.3.2.	Manifestations cognitives.....	41
1.3.2.1.	Evitement	41
1.3.2.2.	Pensée anxiogène et discours interne.....	42
1.3.2.3.	Autocontrôle.....	43
2.	ELEMENTS PREDISPOSANT A L'ANXIETE DENTAIRE	44
2.1.	<i>Facteurs propres à l'enfant</i>	44
2.1.1.	Caractère, personnalité	44
2.1.1.1.	Selon Greenspan et Salmon.....	44
2.1.1.1.1.	Hypersensible	44
2.1.1.1.2.	Introverti	45
2.1.1.1.3.	Réfractaire	46
2.1.1.1.4.	Distract	47
2.1.1.1.5.	Actif-agressif	49
2.1.1.2.	Selon Manara et Sapelli.....	50
2.1.1.2.1.	Coopérant.....	50
2.1.1.2.2.	Qui collabore mais est tendu	50
2.1.1.2.3.	Rebelle	51
2.1.1.2.4.	Peureux	51
2.1.1.2.5.	Craintif.....	51
2.1.1.2.6.	Emotif.....	51
2.1.2.	Autres facteurs.....	52

2.1.2.1.	Fatigue.....	52
2.1.2.2.	La peur d'avoir mal.....	52
2.1.2.3.	Problèmes de développement.....	52
2.2.	<i>Facteurs liés à l'environnement de l'enfant</i>	53
2.2.1.	Statut économique et social.....	53
2.2.2.	Origine ethnique ⁸²	54
2.2.3.	Parents.....	55
2.2.3.1.	Typologie parentale.....	55
2.2.3.1.1.	L'attitude appropriée.....	55
2.2.3.1.2.	Les comportements problématiques.....	55
2.2.3.1.2.1.	Méfiantes.....	56
2.2.3.1.2.2.	Impatients.....	56
2.2.3.1.2.3.	Anxieux.....	56
2.2.3.1.2.4.	Contrôlants.....	57
2.2.3.1.2.5.	Agressifs.....	57
2.2.3.1.2.6.	Protecteurs.....	57
2.2.3.1.2.7.	Passifs.....	58
2.2.3.1.2.8.	Négligents.....	59
2.2.3.2.	L'éducation des enfants.....	59
2.2.3.2.1.	La famille : unité éducative universelle.....	59
2.2.3.2.2.	Modèles d'éducation.....	60
2.2.3.2.2.1.	Le style autoritaire.....	60
2.2.3.2.2.2.	Le style permissif.....	60
2.2.3.2.2.3.	Le style autorisant/ démocratique.....	60
2.2.3.2.3.	Dyade mère-enfant.....	62
2.2.3.3.	Anxiété d'un ou des 2 parents.....	64

2.2.3.3.1.	Transmission de l'anxiété.....	64
2.2.3.3.2.	Anxiété maternelle.....	66
2.3.	<i>Facteurs liés à un acte de soins</i>	67
2.3.1.	Expérience antérieure.....	67
2.3.1.1.	Médicale.....	67
2.3.1.2.	Dentaire.....	67
2.3.2.	Symbolisme de la bouche et des dents ⁶⁴	68
3.	EVALUATION.....	69
3.1.	<i>Evaluation de l'enfant</i>	69
3.1.1.	Anxiété.....	69
3.1.1.1.	Physiologique.....	70
3.1.1.2.	Tests psychométriques	71
3.1.1.2.1.	Généralités.....	71
3.1.1.2.2.	Evaluation de l'anxiété	72
➤	Echelle visuelle analogique (EVA).....	72
➤	Questionnaire d'anxiété de Spielberger	76
➤	Echelle revisitée d'anxiété manifeste de l'enfant.....	78
3.1.1.2.3.	Tests d'anxiété dans une situation dentaire.....	81
➤	Echelle de Corah (DAS).....	81
➤	Echelle d'anxiété dentaire de l'enfant ou C-DAS.....	82
➤	Echelle dentaire de l'évaluation de la peur de l'enfant (CFSS-DS).....	84
➤	Echelle des visages (FIS)	86
➤	Echelle d'images de Venham (VPT).....	88
➤	Echelle d'évaluation avec jetons	89
➤	Echelle modifiée ou Com-DAS.....	90
3.1.2.	Comportement.....	91

3.1.2.1.	Fiche d'historique comportemental remplie avec les parents	92
3.1.2.2.	Echelle de Frankl.....	92
3.1.2.3.	Echelles comportementales de Venham.....	93
	Echelle modifiée par Veerkamp.....	94
3.1.2.4.	Autres échelles comportementales	96
	3.1.2.4.1. Echelle de Houpt	96
	3.1.2.4.2. Code de comportement perturbateur et	96
	d'anxiété.....	96
3.1.3.	Autres tests et questionnaires	97
	3.1.3.1. Dessin.....	97
	3.1.3.2. Conditions d'admission de l'enfant en soin	97
3.2.	<i>Place et rôle des parents</i>	98
	3.2.1. Schéma relationnel parents-enfant, éducation.....	98
CHAPITRE 3 : PRISE EN CHARGE NON PHARMACOLOGIQUE.....		100
1.	1 ^{ERE} CONSULTATION.....	101
	1.1. <i>Environnement</i>	101
	1.1.1. Salle d'attente.....	101
	1.1.2. Cabinet dentaire.....	102
	1.2. <i>Personnel assistant/équipe</i>	103
	1.3. <i>Praticien</i>	104
	1.3.1. Image.....	104
	1.3.2. Personnalité	105
	1.3.2.1. Facteurs comportementaux de la personnalité du praticien.	105
	1.3.2.2. Influence de la personnalité sur le comportement du patient.....	106
	1.3.3. Influence de l'anxiété de l'enfant sur le Chirurgien-dentiste.....	107
	1.3.4. Expérience de soins avec un enfant.....	108
	1.4. <i>Relation praticien-parents</i>	108

1.4.1.	La première rencontre	108
1.4.2.	Attente des parents	110
1.4.3.	En pratique	111
1.4.3.1.	Travail avec les parents	112
1.4.3.2.	Séparation parents/enfant	112
1.5.	<i>Contenu de la 1^{ère} consultation</i>	114
1.5.1.	Objectifs	114
1.5.2.	Plan de Traitement	116
1.5.3.	Information dentaire et consentement	116
1.5.4.	Organisation des rendez vous dentaires	117
2.	PRINCIPE DES APPROCHES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES.....	118
2.1.	<i>Approches non verbales</i>	119
2.1.1.	Communication non verbale à travers des signaux visuels.....	119
2.1.1.1.	Présentation	119
2.1.1.2.	Proxémie.....	120
2.1.1.3.	Posture.....	121
2.1.1.4.	Gestes	121
2.1.1.5.	Expressions faciales	121
2.1.2.	Communication non verbale au sein du dialogue	122
2.1.2.1.	Ecoute active	122
2.1.2.2.	Empathie.....	122
2.1.2.3.	Silence	123
2.1.3.	Synchronisation non verbale	123
2.2.	<i>Approches verbales</i>	124
2.2.1.	Particularités de la voix	125
2.2.2.	Choix du langage.....	125

2.2.3.	Formulation	126
2.2.4.	Synchronisation verbale	127
3.	APPROCHES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES UTILISABLES AU CABINET DENTAIRE..	127
3.1.	<i>Modifications comportementales</i>	127
3.1.1.	Renforcement	127
3.1.2.	Apprentissage par modèle	129
3.1.3.	Distraction	130
3.2.	<i>Exposition</i>	131
3.2.1.	Pré-exposition.....	131
3.2.2.	Exposition graduelle.....	132
3.3.	<i>Désensibilisation</i>	133
3.4.	<i>Méthodes persuasives</i>	135
3.4.1.	Contrôle de la voix	136
3.4.2.	H.O.M.E	136
3.4.3.	Stabilisation protectrice.....	137
4.	SOLUTION DE PRISE EN CHARGE AVEC FORMATION DU PRATICIEN ET/OU AIDE EXTERIEURE	139
4.1.	<i>Formation du praticien</i>	139
4.1.1.	PNL	139
4.1.1.1.	Métaprogrammes.....	140
4.1.1.2.	Ancrages.....	143
4.1.1.3.	Synchronisation verbale et non verbale	146
4.1.1.4.	Dissociation.....	148
4.1.2.	Relaxation/respiration	149
4.1.3.	Hypnose.....	150
4.1.4.	MotivAider®.....	152
4.2.	<i>Prise en charge avec équipement ou professionnels</i>	154

4.2.1.	Rétroaction visuelle avec utilisation du caméscope.....	154
4.2.2.	Décomposition de la réponse à un stimulus anxiogène.....	155
4.2.3.	Spécialistes.....	155
4.2.3.1.	Pédopsychiatre/ thérapeute.....	156
4.2.3.1.1.	Approfondissement de certaines techniques.....	156
4.2.3.1.2.	Affirmation de soi.....	156
4.2.3.1.3.	Sophrologie.....	157
4.2.3.2.	Services sociaux.....	159
	CONCLUSION.....	160
	ANNEXES.....	162
	BIBLIOGRAPHIE.....	169
	TABLE DES MATIERES.....	185

PANEK Marion – Prise en charge non pharmacologique de l'Enfant en refus de soins en Odontologie.

Nancy 2009: 196 P. : 38 ll. : 166 Réf.

Th. : Chir.-Dent. : Nancy-I: 2009

MOTS CLES FRANÇAIS : anxiété, enfant, odontologie pédiatrique, psychologie.

MOTS CLES ANGLAIS: anxiety, child, pediatric dentistry, psychology.

PANEK Marion – Prise en charge non pharmacologique de l'Enfant en refus de soins en Odontologie.

Th.: Chir.-Dent. : Nancy-I : 2009

La peur du chirurgien-dentiste est un problème sérieux et très répandu. Chez les enfants, elle est la principale cause de difficultés comportementales au fauteuil, d'interférences avec le bon déroulement des séances et parfois d'orientation vers des structures spécialisées. Cela engendre bien souvent des conséquences négatives pour la santé bucco-dentaires du jeune patient sans oublier l'impact émotionnel (honte, impuissance...). Cependant des soins dentaires de bonne qualité sont importants pour ces enfants. L'objectif de notre travail a été de rechercher les éléments comportementaux nécessaires à la prise en charge de l'enfant en refus de soins. Nombreux sont les facteurs qui régissent le développement d'un enfant et le phénomène de peur, c'est pourquoi la première consultation est indispensable à l'établissement d'une relation thérapeutique, efficace et adaptée à ce dernier. Le praticien possède, à son niveau, de multiples moyens cognitivo-comportementaux ainsi que de nombreuses ressources auprès d'autres professionnels de santé afin de faire face au mieux à de telles difficultés, en repoussant au maximum les indications pharmacologiques ou hospitalières.

JURY :

Monsieur J.P. LOUIS	Professeur des Universités	Président
Madame D. DESPREZ-DROZ	Maître de Conférences	Juge
Monsieur D. ANASTASIO	Praticien hospitalier	Juge
Monsieur A. SABATIER	Assistant hospitalier-universitaire	Juge

Adresse de l'auteur : PANEK Marion

30 place des Vosges

54000 NANCY

Jury : Président : J-P. LOUIS – Professeur des Universités
 Juges : D. DESPREZ-DROZ – Maître de Conférence des Universités
 D. ANASTASIO – Praticien Hospitalier
 A. SABATIER - Assistant

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

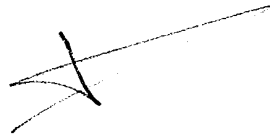
Présentée par: **Mademoiselle Marion PANEK**

né(e) à: **Nancy (Meurthe & Moselle)**

le 5 mai 1983

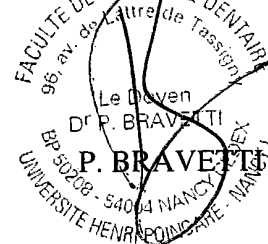
et ayant pour titre : **«Prise en charge non pharmacologique de l'enfant en refus de soins en odontologie».**

Le Président du jury,



J-P. LOUIS

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie



Autorise à soutenir et imprimer la thèse 3138

NANCY, le 23.10.09

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

Pour le Président
et par Délégation,
Le Vice-Président du Conseil
J-P. FINANCE
des Etudiants de l'Université



C. CADEVILLE-ATKINSON