



UNIVERSITE DE KASDI MERBAH OUARGLA

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

Faculté des Sciences Humaines et Psychologiques

Département de Psychologie

مذكرة لنيل شهادة الليسانس علم النفس العيادي

T H È S E

Pour le Diplôme d'État de Licence en Psychologie Clinique

:

اقتراح برنامج وقائي تربوي للتخفيف من مخاوف الأطفال من الإقبال على زيارة عيادات طب

Titre :

Proposition d'un Programme Préventif et
Educatif , pour Diminuer la Peur des soins
dentaires chez les enfants

:

بعيجي محمد لمين

BAIDJI Mohamed Lamine

:

السنة الدراسية الجامعية

2014/2013

صعب أو سهل التغلب عليه و لمواجهة ذلك

وقائية تربوية لها علاقة

الأحيان نواجه مواقف
السلبية

البيئة المحيطة به ، وتاريخ حياته.
من جودتها. هاته

شخصيته
المستحيل

. Peurs anxiété .

مناهج وطرق وقائية

أيضا

. فهناك العديد من التقنيات السلوكية يمكن أن تساعد في

وتربوية

كضحايا علاج نهج إنسانية واختيار

أسنانه.

طبيب الأسنان أن يظهر التعاطف

التقنية

مهارات تقديم والأمهات

. وأن يأخذ في حسبانته مسؤولية المريض .
Demande Promesse

طلب تعهد ي فيه الطرفين بالتزاماته. التكيف

دورا كبيرا في تدريب الطفل على مخاوفه من زيارة

وجعله شريكا

عيادة طبيب الأسنان.

هو علاقة نوعية بين طبيب الأسنان والطفل

فالمهدف

والديه. إتباع هذا النهج من التعاطف يجعل العناية

صحي جيد.

J Guihard© 1998 Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS

_____ :

: يمثل مجموع الطرق الواجب اتخاذها للتخفيف من

: حالة انفعالية شعورية تتصاعد تدريجياً أو فجأة وتدل على أن شيئاً سيحدث للطفل .

عيادة طبيب الأسنان:

RESUME

L'expérience dentaire constitue, pour l'enfant, une épreuve plus ou moins difficile à surmonter. Pour y faire face, il adopte des comportements variables en fonction de son évolution psychique, de sa personnalité, de son environnement et de son histoire. Parfois, ses attitudes rendent impossibles les soins dentaires, ou limitent leur qualité, donc leur pérennité. Ces comportements non coopérants peuvent avoir pour origine les peurs-anxiété, mais aussi révéler des rapports éducatifs, fruits des transformations de la société. Une approche psychologique adaptée est alors nécessaire. Un certain nombre de techniques comportementales peuvent venir appuyer la participation de l'enfant aux soins. Cependant, pour conserver la reconnaissance de l'enfant comme sujet et non comme objet de soins, une approche plus humaniste que technique semble préférable. Ainsi, le praticien faisant preuve d'empathie, d'authenticité, usant de ses capacités de communication et d'écoute peut proposer à l'enfant et à ses parents un contrat de soins. Celui-ci prend en compte la responsabilité du jeune patient et se présente sous une forme « demande-promesse » dans laquelle chacune des parties en cause doit tenir ses engagements. Les termes du contrat s'adaptent aux étapes de l'évolution de l'enfant devenu partenaire. Les parents sont associés. Une approche empathie que contribue à l'établissement d'une relation praticien-enfant-parents de qualité. Elle rend les soins dentaires plus acceptables pour l'enfant et lui assure un avenir dentaire favorable.

J Guihard© 1998 Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS

Mots clés :

Programme éducatif et préventif : ensemble des précautions à prendre pour diminuer la peur .

Peur des enfants : est un sentiment de forte inquiétude, d'alarme, en présence ou à la pensée d'un danger, d'une menace.

Cabinet dentaire : lieu de soins dentaires.

Remerciements

L'élaboration de ce présent mémoire a nécessité l'implication de plusieurs personnes importantes de mon entourage académique et personnel. Ces remerciements, simplement rédigés sur papier, ne peuvent pas refléter à quel point, comment le support de ces personnes a été essentiel à la complétion de ce beau projet. Ainsi, à tous et chacun, j'aimerais vous remercier, du plus profond de mon coeur...

Tout d'abord, merci à **Allah** qui nous a donné la force pour compléter l'étude en psychologie après avoir terminé les études en chirurgie dentaire depuis 10 ans de la soutenance.

A mon Père

Mon premier supporter, mon meilleur ami depuis 33ans et un gars de très, très haut niveau. Merci

A ma Mère

Je n'y serai jamais arrivé sans toi. Une professeure à domicile durant 33 ans ça paye un jour. Merci pour ta persévérance et ton amour envers un fils, qui je le sais, ne te le rend pas toujours mais qui t'aime tant. Merci

A ma belle **Mère Houfa**, qui ma encouragée, souvent en pensées, lors des étapes importantes de la spécialité et du mémoire. Merci pour la fierté que je lis dans vos yeux veuillez trouver ici l'expression de mes plus chaleureux remerciements et de ma plus profonde considération.

Un merci spécial à la personne à l'origine de mon inscription à la psychologie, mon meilleur ami, mon confident, mon chef cuisiner, mon motivateur... mon amoureux Ma femme **AMINA**. Merci de ta patience, merci d'avoir compris ma passion, merci de m'avoir accompagnée pendant ces trois années et merci d'avoir cru en moi, lorsque moi-même je doutais de moi. Il y a la moitié de ce mémoire et de ce diplôme de spécialité, qui te revient. Merci de faire partie de ma vie!

Merci a, **Dr ABI Moloude Abdelfatah**, directeur de recherche de ce mémoire, Tu m'as fait l'honneur d'accepter de me guider dans mon travail. C'est avec beaucoup d'investissement et de sérieux que tu as dirigé cette thèse. Tu n'hésites pas malgré tes nombreuses obligations à aider et soutenir un jeune confrère. J'ai pu apprécier dans la précision de tes corrections tout le dévouement et les efforts consentis pour donner à ce travail ce qu'il a de qualité.

Pour ton infinie patience, et je sais qu'il t'en a fallu, reçoit en ces quelques mots l'expression de ma plus profonde gratitude.

Merci à **Dr BOUDIAF Nadia**, directrice de département de psychologie, d'avoir tout d'abord accepté de se joindre au projet et pour ton infinie patience, reçoit en ces quelques mots l'expression de ma plus profonde gratitude.

Merci a **Dr SALHI** Prof en psychologie, pour l'investissement personnel que vous m'avez consenti et pour l'intérêt que vous avez porté à mon étude.

Veuillez trouver ici l'expression de mes plus chaleureux remerciements et de ma plus profonde considération.

Merci à **Mme BOUZGAG Samira** Prof de la Faculté de Psychologie de l'Université de Kasdi Merbah, pour le temps consacré à l'analyse des données collectées, de même que le temps dédié à mes nombreuses questions.

Merci à **Dr KHEMISS Salim**, pour votre dévouement, votre passion transmise, vos connaissances ainsi que tout le temps passé à mes côtés. Vous côtoyer, au fil de ces trois années, a été un bonheur, un honneur et une chance d'apprentissage inouïe. Merci d'avoir fait de moi le psychologue clinicien que je suis devenue.

Merci à tous les profs de la faculté de psychologie. Merci à mes proches parents ainsi qu'à ma famille et à ma belle-famille, qui m'ont encouragée, souvent en pensées, lors des étapes importantes de la spécialité et du mémoire. Merci pour la fierté que je lis dans vos yeux.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

RESUME

Introduction	6
---------------------------	---

CHAPITRE I PSYCHOLOGIE ET SOINS DENTAIRE.....7

I.1 Aperçu historique de la dentisterie comportementale.....	8
--	---

I.2 La perception dans la relation praticien dentiste-patient.....	12
--	----

CHAPITRE 11 L'ANXIETE.....13

II.1 Définitions.....	13
-----------------------	----

II.2 Origines.....	14
--------------------	----

II.3 Manifestations cliniques.....	16
------------------------------------	----

II.4 Méthodes d'évaluation.....	20
---------------------------------	----

1) Auto-évaluation.....	21
-------------------------	----

2) Hétéro-évaluation.....	22
---------------------------	----

CHAPITRE III : MOYENS THERAPEUTIQUES25

III. 1 Approche comportementale.....	26
--------------------------------------	----

III. 2 Thérapies cognitivo-comportementales.....	28
--	----

III. 3 Hypnose.....	29
---------------------	----

III. 4 Différentes méthodes de sédation.....	30
--	----

CHAPITRE IV : ILLUSTRATION AVEC UN QUESTIONNAIRE

REALISE AU SERVICE DE CONSULTATIONS ET DE TRAITEMENTS

DENTAIRE DE LYON	31
-------------------------------	----

IV.1 But et objectif de l'étude.....	31
--------------------------------------	----

IV.2 Population et méthode.....	31
---------------------------------	----

IV. 3 Résultats.....	33
----------------------	----

1) Population.....	33
--------------------	----

2) Première partie : l'accompagnant.....	34
--	----

3) Deuxième partie : l'enfant.....	35
------------------------------------	----

4) Troisième partie : le soignant.....	40
--	----

IV.4 Discussion.....	43
----------------------	----

Conclusion	45
-------------------------	----

Bibliographie	46
----------------------------	----

Annexe	46
---------------------	----

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Tableaux

Tableau 1 : Échelle d'anxiété dentaire modifiée (d'après Humphris et al. 2009)

Tableau 2 : Échelle de VENHAM modifiée par Veerkamp .

Tableau 3 : Mise en relation du souvenir du dernier rendez-vous avec le sentiment de l'enfant face à un nouveau rendez-vous.

Figures

Figure 1 : Classification caractérologique selon LE SENNE, 1945.

Figure 2 : L'échelle de Frankl repose sur une note de 0 à 3 .

Figure 3 : Place du praticien dans la relation mère/enfant .

Figure 4 : Continuum de sédation (d'après le rapport de l'ASA, 2002)

Figure 5 : Catégories d'âge des enfants interrogés.

Figure 6 : Niveau d'anxiété de l'accompagnant pour ses propres soins dentaires

Figure 7 : Niveau d'anxiété de l'accompagnant pour les soins dentaires de son enfant.

Figure 8 : Souvenir du dernier rendez-vous.

Figure 9 : Sentiment face à un nouveau rendez-vous.

Figure 10 : Préparation du rendez-vous.

Figure 11 : Praticien ou praticienne : les préférences des enfants.

Figure 12 : Description du chirurgien-dentiste

Figure 13 : Soins que les enfants n'aiment pas.

Figure 14 : Explications du chirurgien-dentiste préférées par les enfants.

Figure 15 : Réalisation du soin.

Figure 16 : Abord de l'odontologie pédiatrique par le soignant.

Figure 17 : Niveau d'anxiété ressentie lors de la réalisation de soins chez un adulte.

Figure 18 : Niveau d'anxiété ressentie lors de la réalisation de soins chez un enfant.

Figure 19 : Facteurs permettant de diminuer l'anxiété d'un enfant face aux soins dentaires.

INTRODUCTION

Les soins au cabinet dentaire sont fréquemment générateurs d'anxiété, en particulier chez l'enfant. Il est fondamental de savoir gérer cette appréhension afin qu'elle ne perturbe pas le bon déroulement des soins et ne devienne un handicap ni pour le patient, ni pour le praticien.

La première approche avec un enfant est essentielle : en effet, une mauvaise expérience durant l'enfance est la cause de la moitié des phobies à l'âge adulte .

Cette phobie entraîne le report des soins jusqu'en situation d'urgence et une dégradation rapide de l'état bucco-dentaire, ce qui est un véritable problème de santé publique.

Pour de nombreux praticiens l'odontologie pédiatrique est reléguée au second plan, car les réactions de l'enfant sont trop imprévisibles et ils ne prennent pas le temps de dialoguer avec celui-ci. Pourtant soigner c'est prendre soin de son patient, tant dans sa dimension physique que psychologique. En cela, la relation avec l'adulte ou l'enfant ne diffère pas. Mais l'aspect relationnel est bien trop souvent délaissé, la vision du praticien est beaucoup trop technique et l'enfant est perturbé car il manque d'information et se réfère alors à son imaginaire extrêmement développé ce qui l'angoisse d'autant plus. De plus, les soins dentaires sont associés à un environnement, une instrumentation, un rapport dominant/dominé particulier qui s'ajoutent à une image négative du chirurgien dentiste, ce qui engendre souvent de nombreuses craintes ressenties par le jeune patient .

C'est pourquoi cette thèse a pour objectif tout d'abord de définir l'anxiété, d'en déterminer les origines et d'étudier ses principales manifestations, puis d'aider le chirurgien-dentiste à l'évaluer et surtout à adapter son comportement en tant que soignant pour améliorer la prise en charge des jeunes patients au cabinet dentaire. Pour finir nous illustrerons ce travail grâce à un questionnaire réalisé au service de consultations et de traitements dentaires de Lyon.

CHAPITRE I :

PSYCHOLOGIE ET SOINS DENTAIRES

L'image globale de l'individu se présente comme une donnée relativement nouvelle pour le chirurgien dentiste. Car comment tourner le regard vers les autres parties du corps, voir ce qui se cache derrière tout ce qu'on voit avec les yeux et comprendre les facteurs intervenant dans les émotions, les réactions et le comportement du patient ? Même si le fait que les aspects psychologiques soient pris en considération dans ce qui touche à la sphère oro-faciale n'est pas vraiment récent, il est clair que ce sujet est beaucoup plus développé par les psychologues que par les praticiens dentistes.

L'intégration de connaissances est un défi permanent de la science et cet aspect est d'autant plus souligné qu'aujourd'hui le professionnel est reconnu en fonction de son degré de spécialisation dans son domaine. Les sciences de la santé comprennent, quant à elles, les maladies, les pronostics, les traitements mais, bien que le praticien travaille avec des patients, il ne sait pas toujours les voir ni gérer la situation dans sa globalité et en toute plénitude, en les prenant comme des humains porteurs d'émotions et d'autres problèmes que leur santé qui se cachent derrière les réactions biochimiques .

Cette incapacité est actuellement bien perçue et les chirurgiens-dentistes se retrouvent sur le constat d'une perte de relations. Mais, si jamais ils pensent qu'il est possible d'apprendre à maîtriser cet aspect, ils se retrouvent confrontés à d'autres difficultés : leur langage hermétique développé au fil des années de travail (compréhensible seulement par les collègues interlocuteurs), la perte d'un important point de repère dans le travail et la profession (le but recherché depuis la faculté), la menace de « revenir en arrière », de se retrouver dans la situation d'un élève, la peur de quitter la place obtenue dans le milieu et la concurrence professionnels. Ce sont là quelques raisons qui, entre autres, expliquent les blocages et empêchements dans les échanges d'informations entre les divers domaines d'étude .

Plusieurs procédures cliniques dentaires mettent le praticien face à des situations où l'évaluation de l'état psychologique du patient peut l'aider dans la maîtrise d'un éventuel souci et dans le suivi du traitement. Lorsqu'on est, par exemple, en présence de « douleurs ambiguës tenaces, ayant fait l'objet de maintes consultations chez divers praticiens et spécialistes, de diagnostics contradictoires et de traitements successifs,

sans aucun résultat satisfaisant; ou bien lorsqu'on est soumis à une demande de modification esthétique dont l'objet ne nous saute pas aux yeux (blanchiment des dents, mauvaises positions relativement mineures...). Plus la demande porte sur un détail discret, plus le praticien devra s'entourer de prudence. Nous savons tous que ces restaurations à visée esthétique ne sauraient, à elles seules, combler l'angoisse existentielle de certaines personnalités narcissiques».

L'interaction entre la psychologie et l'odontologie va faire le lien entre les aspects psychologiques inhérents au patient qui, dans un contexte médical, nous apportent et nous font réfléchir à des questions en rapport avec des facteurs subjectifs, telles l'observation du comportement, les réponses à donner et même l'utilisation de techniques développées par la psychologie.

(PAULA DE LIMA SOARES ,THESE DE DOCTORAT EN PSYCHOPATHOLOGIE)

I.1. Aperçu historique de la dentisterie comportementale

Dans l'histoire, l'antiquité nous a légué des écrits, des objets et des remèdes concernant les dents et, depuis Hippocrate et Aristote, les textes abordent les méthodes d'extraction dentaire.

Dans les premières années du Moyen Age, ce sont les moines qui ont le niveau d'étude le plus avancé et sont, ainsi, les détenteurs des connaissances en médecine, dentisterie et chirurgie.

A partir de 1500, les premières oeuvres scientifiques commencent à apparaître de façon plus importante et en Allemagne est publié le premier livre sur la dentisterie, suivi par celui d'Ambroise Paré, le « Père de la Chirurgie », qui rédige un travail complet comportant des enseignements sur la matière. Au XVIII^e siècle, le chirurgien français Pierre Fauchard écrit « Le Chirurgien Dentiste » ou le « Traité des Dents » qui contient les premières descriptions du système bucco-dentaire, avec des principes d'anatomie orale, des techniques de restauration...

En France, l'art dentaire n'est reconnu comme activité professionnelle qu'au début du XVIII^e siècle et encore, ce n'est que depuis les années 50 et plus encore dans les années 60 et 70 que les auteurs ont réellement initié les études dans ce domaine.

Il faut également considérer que, jusqu'en 1965, l'enseignement de la chirurgie dentaire n'était dispensé, en France, que dans des écoles

privées, ou dans quelques instituts contrôlés en partie par des organismes publics (municipalités, facultés).

La Revue d'Odontologie (1981), montre au public que la psychologie occupe déjà une place importante au sein des priorités professionnelles du chirurgien dentiste. Mais au fil des générations, la compétence technique et scientifique de la profession ne fait que s'améliorer au détriment de l'image psychologique. Aussi, est-il suggéré que le praticien dentiste connaisse l'impact psychologique de ses gestes thérapeutiques et techniques afin de respecter l'identité du patient pour rendre ainsi la pratique stomato-odontologique plus efficace et plus riche.

C'est ainsi que des travaux très importants sont sortis dans le domaine de la psychodontologie, car on a commencé à vérifier les possibles origines et les caractéristiques de l'anxiété dentaire. Laquelle étant le principal facteur de modification du comportement d'un patient, il s'avérait essentiel de développer cette étude.

Bien que la psychologie ait toujours eu un lien très étroit avec la philosophie, le vrai développement des sciences psychologiques a pris corps surtout à partir des années 1800. La psychologie comportementale, de son côté, a acquis une grande importance et connu une grande popularité vers le milieu du XX^e siècle et la dentisterie comportementale a de fait beaucoup hérité de la psychologie comportementale vu que les lois de l'apprentissage qui la régissent se caractérisent surtout par leur pragmatisme et leur applicabilité à court terme.

Les expériences de Watson (1920) et Pavlov (1927) et les concepts de stimulus (cause) et de réponse (effet) de l'homme dans son rapport avec l'environnement ont fait avancer les recherches comportementales. La théorie du conditionnement de Pavlov va expliquer, à l'époque, l'acquisition de nouveaux comportements ou de nouvelles capacités : l'attitude humaine serait passive .

Il convient de considérer, néanmoins, que le pragmatisme de la psychologie comportementale offre des outils concrets aidant à comprendre le présent et à connaître les moyens qui permettent à l'homme d'acquérir de nouveaux comportements . Les avantages qui se révèlent importants pour la dentisterie sont la flexibilité et la façon moins mécaniste dont la psychologie comportementale est appliquée aujourd'hui, ce qui facilite la résolution des problèmes et la réponse à des besoins .

Donc, afin d'encadrer la dentisterie, il nous faut expliquer que la visite chez le dentiste est souvent génératrice d'anxiété, d'inquiétude et de peur. Il est normal de ne pas ressentir de la joie, car on éprouve plutôt un sentiment d'impatience à l'approche de son rendez-vous. Il s'agit, en effet, d'un traitement médical qui comporte toujours un peu de douleur ou, du moins, d'inconfort .

Cet aspect entraîne un certain nombre de conséquences possibles : un patient anxieux ou présentant une altération comportementale quelconque pourra rendre le traitement difficile, amplifier les symptômes, augmenter la sensation douloureuse si bien qu'à la fin, patient et praticien seront également stressés et le résultat peu satisfaisant.

Selon Maurice Bourassa, qui développe avec une grande maîtrise le sujet de la dentisterie comportementale, vers le milieu du siècle passé, la psychologie comportementale a eu une bonne notoriété. Cependant par la suite, surtout avec le développement de la psychologie cognitive, quelques reproches sont destinés à la psychologie comportementale concernant son « manque de flexibilité et l'absence d'intérêt pour les aspects cognitifs, existentiels ou affectifs du vécu humain ».

Etant donné que la psychologie cognitive accorde de l'importance aux sentiments et aux données subjectives de l'expérience humaine, elle est amenée à supplanter la psychologie comportementale et en effet, Bourassa (1998) nous rappelle que ce déclin coïncide avec le développement d'une attention plus marquée à la qualité de vie et à la santé publique.

Il faut encore citer les psychologues Albert Bandura (1969) et William J. Mahoney (1976) et leurs travaux sur les principes de l'évaluation cognitive dans la formation des phobies. L'introduction des éléments cognitifs permet d'expliquer certains comportements reliés aux mécanismes de la pensée.

Nous arrivons, ainsi, à la base de la thérapie cognitivo-comportementale, méthode de thérapie et de modification du comportement actuelle et efficace, même en dentisterie.

Les thérapies comportementales et cognitives et les techniques « d'affirmation de soi » utilisées pour développer la deuxième compétence du praticien dentiste, la compétence relationnelle, ne sont pas innées, elles s'apprennent. Savoir motiver, savoir formuler une demande, un refus, répondre à une critique, informer, convaincre, éviter ou gérer des conflits optimisent la qualité de vie du praticien et du patient et sont une aide directe au traitement. Savoir reconnaître une psychopathologie et être capable de soigner ses patients « difficiles » est du devoir du chirurgien dentiste: la prévalence des patients présentant une psychopathologie est de plus en plus importante.

D'autres patients, en situation de soin particulièrement difficile, attendront du praticien un véritable accompagnement psychologique . Notons que la psychologie comportementale en dentisterie est souvent liée à la perception du praticien dentiste. Il faut qu'il sache comment prendre en compte ce facteur psychologique dans sa pratique clinique. Avant tout, il faut prendre le temps de « communiquer ». L'écoute, l'observation et la parole étant l'accès principal aux sentiments du patient dès la première consultation, sont considérées comme le moment «

irremplaçable » du premier accueil où l'établissement de la relation peut se faire au travers des évaluations respectives.

Considérons également la crainte de la visite dentaire dans le contexte pédiatrique. Chez les enfants, l'anxiété peut entraîner de véritables phobies. Les premières visites et leur environnement (la préparation faite par les parents, une mauvaise expérience) peuvent être à l'origine du développement de peurs exagérées et irrationnelles à l'égard de la dentisterie et de tout ce qui l'entoure. Avec, bien sûr, des conséquences néfastes sur le comportement lors des soins et nous constatons là aussi que la psychologie comportementale joue vraiment son rôle. Les techniques de modification ou de contrôle du comportement peuvent engendrer les attitudes attendues, favoriser le rapport patient-dentiste et minimiser ou annuler l'impact psychosocial de possibles séquelles faisant suite à des expériences dentaires négatives.

Le développement des recherches sur la question de l'amplitude et de l'ouverture de la pratique dentaire envers le patient se montre ainsi nécessaire. Il s'agit de considérer une multitude de facteurs aujourd'hui examinés plus attentivement : l'impact psychosocial de l'anxiété dentaire étant un des plus récents à être pris en compte. Dans cette voie, les aspects physiologique, cognitif, comportemental, social et, de manière générale, la santé sont identifiés comme étant les principaux à avoir un effet .

Ces études plus récentes nous montrent une inquiétude portant sur le besoin d'une interaction plus profonde entre le patient et le praticien dentiste. Par la pratique de l'anamnèse, les questions posées trouvent des réponses et des informations qui concernent non seulement les aspects relevant du contexte médical du patient, mais également des données portant sur des caractéristiques du comportement et sur des peurs et expériences auparavant vécues, de même que sur des désirs subjectifs. De telles informations nous amènent à réfléchir aux conditions psychologiques dans lesquelles se trouvent les patients et nous apprennent à éviter et à bien maîtriser des problèmes d'ordre comportemental, apparus, par exemple, lors des consultations.

L'amélioration des conditions de travail étant primordiale dans la relation thérapeutique, les niveaux de détresse psychologique seront ainsi réduits.

Il est vrai que la diversité des connaissances aidant à comprendre le patient dans sa totalité est complexe et implique l'appréhension de facteurs tels que le symbolisme, la relation thérapeutique, l'image, la communication, l'humanisme, tout en sachant que cela doit atteindre des résultats pratiques et cliniques qui pourront réellement être mis à profit de façon utile par le praticien pour le bien du patient.

I.2 La perception dans la relation praticien dentiste-patient

La relation thérapeutique entre le chirurgien dentiste et le patient est spécifique sous bien des aspects et les comportements des patients seront orientés par les professionnels de santé de sorte qu'ils puissent répondre le plus adéquatement possible aux soins requis.

La question de la perception qu'a le dentiste de l'anxiété dentaire et celle de sa gestion commencent à être étudiées plus sérieusement vu que les dentistes sont impliqués dans des traitements traumatisants et/ou douloureux et que la qualité technique des soins dentaires est étroitement dépendante de l'ambiance psychosociale de la relation patient-praticien .

Les actes spécifiques qui interviennent dans la relation thérapeutique définissent très vite un lien thérapeutique entre le praticien et le patient : le geste prend vite un sens d'échange entre les deux partenaires. D'autre part, tout geste de l'un appelle par interaction une réponse dans le comportement de l'autre. Par conséquent, trouver la façon la plus efficace de cerner la motivation chez une personne, « c'est se donner le moyen d'influencer son comportement ». Et, à la base de cette motivation se trouvent la perception et l'interprétation que chacun fait des sensations ou des stimuli qu'il reçoit de l'extérieur .

CHAPITRE II : L'ANXIETE ET LA DENTOPHOBIE

II.1.DEFINITIONS

L'anxiété, l'angoisse et la phobie renvoient à un seul phénomène : la peur.

Dentophobie

La dentophobie (synonymes: odontophobie, Phobie dentaire) est la peur exagérée de se soumettre au soins dentaires. Il s'agit d'un phénomène largement répandu. Les symptômes plus fréquemment observés pendant des traitements dentaires sont les suivants: Tachycardie, tremblement, transpiration excessive, hyperventilation, nausée, évanouissement.

(© 2011 Médecin Dentiste Dr. Markus Schulte, Lucerne / Suisse)

D'après le petit Larousse :

➤ La **peur** implique la présence d'un **danger réel** et la connaissance de celui-ci. L'émotion résulte non d'une attente vague et d'une menace imprécise mais d'un danger présent, bien précis. L'enfant peureux craint quelque chose de spécifique, comme une piqûre.

(Thèse d'Adeline HUET - Evaluation de l'intérêt de l'hypnose sur l'anxiété de l'enfant)

➤ **L'anxiété** est une vive inquiétude née de l'incertitude d'une situation, de l'appréhension d'un événement. C'est un état émotionnel de tension nerveuse, de peur, fort et souvent chronique; un état psychique caractérisé par l'attente d'un danger imminent accompagné de malaise, de peur et de sentiment d'impuissance.

➤ **L'angoisse** est un malaise psychique et physique, né du sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisé par une crainte diffuse pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des sensations pénibles de contractions épigastriques ou laryngées.

➤ La **phobie** est une crainte déraisonnable déclenchée par un objet, une personne, une situation, et dont le sujet reconnaît généralement le caractère inadapté, mais se sent impuissant face à cet état.

«O peur, peur auguste et maternelle, peur sainte et salutaire, pénètre en moi, afin que j'évite ce qui pourrait me nuire.» Anatole FRANCE .

Il faut donc considérer la peur et par conséquent l'anxiété comme un phénomène normal lorsqu'elle permet de stimuler un individu face à un danger et de l'aider ainsi à surmonter une situation difficile, mais la manifestation de peurs incontrôlables qui inhibent l'individu et dans notre domaine empêchent le patient de consulter ou perturbent le bon déroulement des soins devient pathologique .

Il faut noter que la peur correspond à une émotion liée à un objet reconnu et identifiable, contrairement à l'anxiété qui est liée à un ensemble indéfini voire indéfinissable .

Ainsi, un enfant a peur de la piqûre au moment de l'anesthésie alors qu'il est anxieux de manière non spécifique des actes que va réaliser le chirurgien-dentiste .

C'est pourquoi un enfant anxieux augmente mentalement le danger car il fait appel à son imaginaire. Il est alors persuadé de ne pas pouvoir surmonter ce qui l'attend et réagit de manière beaucoup plus intense .

II-2. ORIGINES

Afin d'assurer une bonne prise en charge des patients anxieux voire phobiques au cabinet dentaire, il est primordial de cerner les origines de cette peur et ainsi pouvoir en diminuer l'impact.

Le vécu de l'enfant : les antécédents dentaires de l'enfant influencent grandement la relation thérapeutique.

(GARNIER Mylène , Approche de l'enfant au cabinet dentaire ; these 2005) .

Chez l'enfant l'angoisse ne provient pas, la plupart du temps, d'une situation vécue auparavant, mais plutôt d'un mythe transmis par l'inconscient collectif qui possède une représentation fantasmatique à mi chemin entre l'Ogre et Dracula, chez qui la dentition ne fait que renforcer cet a priori.

Lorsqu'un enfant pénètre dans un cabinet dentaire, c'est comme s'il entrait dans un monde d'extraterrestres. Des étrangers austères, vêtus d'uniformes immaculés et empesés, officient dans ce sanctuaire sacré, tandis que d'autres adultes à l'air sinistre, soucieux ou effrayé sont assis ou font les cent pas. Il y règne des odeurs étranges, sur les murs sont accrochées des peintures aseptisées et, posés sur les meubles, des instruments brillants et aiguisés sont prêts à servir. De nombreux placards et tiroirs semblent cacher des objets effrayants.... La rumeur qui court à l'école dit que les dentistes font mal, les grands parents de l'enfant viennent de lui raconter d'horribles histoires et sa mère a brandi

la menace que « s'il mangeait trop de bonbons, il irait chez le dentiste ».....

Il est évident que les états d'anxiété ou de peur liés aux soins dentaires sont d'étiologie multifactorielle. Les principales causes avouées reflètent l'ambiance du cabinet, le rapport dominant/dominé entre le praticien et le patient, la passivité totale du patient lors du soin qu'il reçoit, la durée de l'acte et bien évidemment la douleur ressentie.

Pour de nombreux auteurs, l'importance de l'anxiété vis-à-vis des soins buccodentaires serait étroitement liée à la signification primaire de la cavité buccale. En effet, dès les premières heures de la vie nous associons le besoin de s'alimenter au plaisir éprouvé, la bouche devient alors une zone érogène qui trouvera des prolongements dans des plaisirs ultérieurs (manger, boire, embrasser...). Les soins sont donc ressentis comme une agression, une intrusion, et même comme un viol chez certaines personnes. La souffrance peut être due à la fois à l'impossibilité de crier, de mordre, mais aussi à la sensation de suffoquer et surtout le fait d'être à la merci de l'autre .

Il faut également prendre en considération les facteurs extérieurs, en effet le comportement des enfants est étroitement lié au rapport qu'ont les parents vis-à-vis des soins, puisqu'ils vont communiquer leur appréhension sans même en avoir conscience. Il est ainsi reconnu que les parents, et surtout la mère, jouent un rôle déterminant dans le développement émotionnel et comportemental de l'enfant .

La situation sociale de l'enfant ne doit pas être négligée, il est à noter que la peur du soin dentaire est plus fréquente dans des catégories de population telles que les immigrants et les faibles niveaux socio-économiques. De plus, les enfants des milieux défavorisés sont fortement touchés par les pathologies dentaires, et il est parfois délicat de réaliser les nombreux soins nécessaires qui engendrent un stress très important chez ces enfants.

Chaque individu possède également des facteurs personnels influençant directement son comportement.

Tout d'abord, les peurs évoluent en fonction de l'âge, en effet celles-ci diminuent au fur et à mesure de l'acquisition des capacités cognitives . Pour les tout-petits chaque nouvelle découverte suscite une appréhension, c'est pourquoi un contact précoce avec le cabinet dentaire permet la familiarisation de l'enfant à ce milieu. Chez les 4 à 6 ans, l'anxiété est beaucoup plus importante que pour le sujet de 9 à 11 ans, en effet ils ne possèdent pas les mêmes capacités de défense, ce qui les rend plus vulnérables et par conséquent beaucoup plus craintifs.

Il est également nécessaire de prendre en considération le tempérament de chaque enfant. Certains sont beaucoup plus anxieux que d'autres au cours de la vie quotidienne et l'ambiance du cabinet ne fera qu'accentuer ce caractère. Nous sommes également amenés à soigner des enfants

timides, impulsifs, hypersensibles ou encore hyperémotifs, il sera donc primordial de s'adapter à chacune de ses situations.

Par ailleurs, les peurs dépendent du sexe, essentiellement à partir de l'âge de 6 ans, les garçons sont plus turbulents et agités alors que les filles sont plus anxieuses, nerveuses mais également attentives et coopérantes.

Pour finir, le souvenir d'une atteinte corporelle peut également avoir de lourdes conséquences. Statistiquement à 18 ans les sujets ayant déjà subi une expérience désagréable ou douloureuse ont 10 fois plus de probabilité de présenter une anxiété dentaire élevée à l'âge adulte .

Ainsi, les origines de l'anxiété sont multiples et chaque enfant répondra de manière différente au stress éprouvé. Il faut donc étudier les différentes manifestations de l'anxiété chez les enfants.

II.3.MANIFESTATIONS CLINIQUES

L'enfant n'est pas un adulte en miniature; en effet il utilise un mode de communication comportant de nombreux échanges tactiles ainsi qu'un langage corporel très important pour exprimer ses sentiments. C'est pourquoi, le jeune patient possède des réactions nous paraissant fréquemment démesurées par rapport à la situation.

Pour bien comprendre l'attitude d'un enfant vis-à-vis des soins qu'il reçoit, il est nécessaire de savoir décrypter son comportement et d'analyser sa personnalité.

D'après le Petit Larousse, le comportement est l'ensemble des réactions, observables objectivement, d'un organisme qui agit en réponse aux stimulations venues de son milieu intérieur ou du milieu extérieur. Face aux différentes situations de la vie courante, chaque individu adopte un comportement particulier.

En réponse à une peur un sujet développera un comportement dit « émotionnel », qui se déroule en trois phases : tout d'abord, une réponse immédiate, de courte durée correspondant à l'émotion proprement dite (réaction psychologique et physique), puis une réponse secondaire, de durée variable et de tonalité moindre, enfin lorsqu'il y a persistance de l'émotion il s'agit alors des sentiments qui ne correspondent pas à une manifestation réactionnelle mais à une appréciation de la situation.

D'une manière générale, les comportements de peur pourront se traduire soit par la fuite, soit par l'immobilisation/prostration, la colère ou dans certains cas, plus extrêmes, le déclenchement d'une syncope .

Pour ce qui est de la personnalité, le Petit Larousse la définit comme l'ensemble des comportements, des aptitudes et des motivations, dont l'unité et la permanence constituent l'individualité et la singularité de chacun.

Le tempérament, lui, regroupe tous les facteurs biologiques de la personnalité. Par exemple, GALIEN associait aux « humeurs » (bile

jaune, bile noire, sang et lymphes) les tempéraments (bileux, mélancolique, sanguin et lymphatique) .

Ainsi, l'enfant manifestera son angoisse de plusieurs manières :

- Perceptibles : l'enfant est violent, en conflit ouvert avec le praticien (refus d'entrer, cris, pleurs; il est agrippé à sa maman, se roule par terre, ou encore assis sur le fauteuil mais refuse d'ouvrir la bouche).
- Plus discrètes : comme des réactions verbales (pose de nombreuses questions), des mouvements perpétuels de la tête, des pieds, les mains crispées, la bouche à demi ouverte; il souhaite faire différer les soins.
- Des réactions d'ordre somatique : au niveau cardiorespiratoire l'enfant se sent oppressé, il respire rapidement et irrégulièrement, au niveau digestif l'enfant vomit, présente une diarrhée, au niveau neuro-psychique l'enfant a des céphalées et de l'incontinence urinaire.
- Contenues : ce sont des enfants hyper-émotifs immobiles, rouges ou pâles, aux mains moites, qui tremblent et peuvent faire une lipothymie.
- De régression : ces enfants réclament leur maman, parlent comme des bébés et sucent leur pouce.

Bien que chaque enfant adopte une attitude singulière vis-à-vis du chirurgien-dentiste, il existe tout de même certaines similitudes. C'est pourquoi des auteurs ont tenté d'élaborer des classifications de ces comportements.

Il existe une classification en fonction de la personnalité de l'enfant :

- L'enfant de tempérament fort et de nature valorisée ne pose généralement pas de difficulté pour le soignant. En effet, il possède une volonté importante qui lui permet de faire de gros efforts pendant les soins afin de contrôler son comportement.
- L'enfant agité veut diriger l'ensemble des soins et ceci malgré son niveau d'anxiété. En effet, ayant l'habitude de décider de tout, il souhaitera « commander » également au cabinet dentaire.
- L'enfant agressif, de nature perturbée, s'oppose plus ou moins fortement aux soins, par un comportement et un langage volontiers agressifs, n'hésitant pas à faire des gestes d'évitement, à s'agiter et même à mordre le praticien. Ce sont souvent des problèmes d'ordre affectif conduisant l'enfant à affronter tout le monde autour de lui qui sont à l'origine de ce comportement.
- L'enfant craintif reste serré contre son parent, se cache la tête, regarde ses pieds... Il sera alors indispensable de le rassurer et ainsi essayer de « l'appivoiser » pour pouvoir le soigner.
- L'enfant timide ressemble beaucoup à l'enfant craintif, il se cache et communique très peu, mais une fois sa confiance gagnée il se montrera très coopérant.

La deuxième classification abordée dans ce travail est la classification « caractérologique » :

Dans son traité de caractérologie (1945) René LE SENNE a établi une classification basée sur trois « propriétés » dites constitutives :

l'émotivité, l'activité et le ressentiment (primarité et secondarité).

Avant de définir ces différentes propriétés il est important de comprendre qu'elles ne distinguent les hommes que par « le degré » auquel elles s'expriment. En effet, l'émotivité appartient à tous, lorsque nous opposons les émotifs aux non-émotifs c'est une manière abrégée de dire que les premiers sont plus émotifs que la moyenne des hommes.

L'émotivité est : « ce trait général de notre vie mentale qu'aucun événement subi par nous comme contenu d'une perception ou d'une pensée ne peut se produire sans nous émouvoir à quelque degré c'est-à-dire sans provoquer dans notre vie organique et psychologique un ébranlement plus ou moins fort. »

Ainsi, les sujets émotifs sont beaucoup sensibles que les sujets non-émotifs aux événements extérieurs, ils sont inquiets et changent fréquemment d'humeur.

L'activité, au sens caractérologique, doit être séparée de l'émotivité; en effet, vis-à-vis d'un danger le sujet, quel qu'il soit, agira pour se défendre ce qui ne prouvera en rien qu'il est actif mais seulement très émotif. Un homme ne pourra être défini comme actif seulement si l'émergence d'un obstacle renforce sa volonté d'atteindre son but ultime.

« L'alpiniste qui est d'abord alpiniste fait son but de la difficulté à vaincre : c'est un actif.»

Ainsi, les sujets actifs sont persévérants, entêtés, indépendants, gais et optimistes, contrairement aux sujets inactifs qui sont mélancoliques, lents et facilement découragés.

Le ressentiment peut être défini par l'effet que produit une impression sur le long terme. Les hommes peuvent être répartis en deux catégories : ceux chez qui les données du passé sont refoulées par les données mentales actuelles, ils sont dits « primaires », et ceux chez qui les événements passés ont une influence importante sur le présent, ils sont dits « secondaires » C'est pourquoi un sujet « primaire » peut être injurieux, réagir immédiatement et vivement, puis tout oublier presque aussitôt. Au contraire, « la mule du pape » dans les Lettres de mon Moulin d'Alphonse DAUDET, est dite « secondaire » en effet, elle garde en mémoire durant sept ans un coup de sabot pour « Tistet Védène » qui l'avait molestée .

Ainsi, les sujets « primaires » sont vifs et impulsifs, contrairement aux « secondaires » qui sont fidèles, attachés aux habitudes et qui supportent difficilement le changement.

Il existe de nombreuses interactions entre ces différentes propriétés constitutives déterminant ainsi huit types de caractères (**figure 1**) :

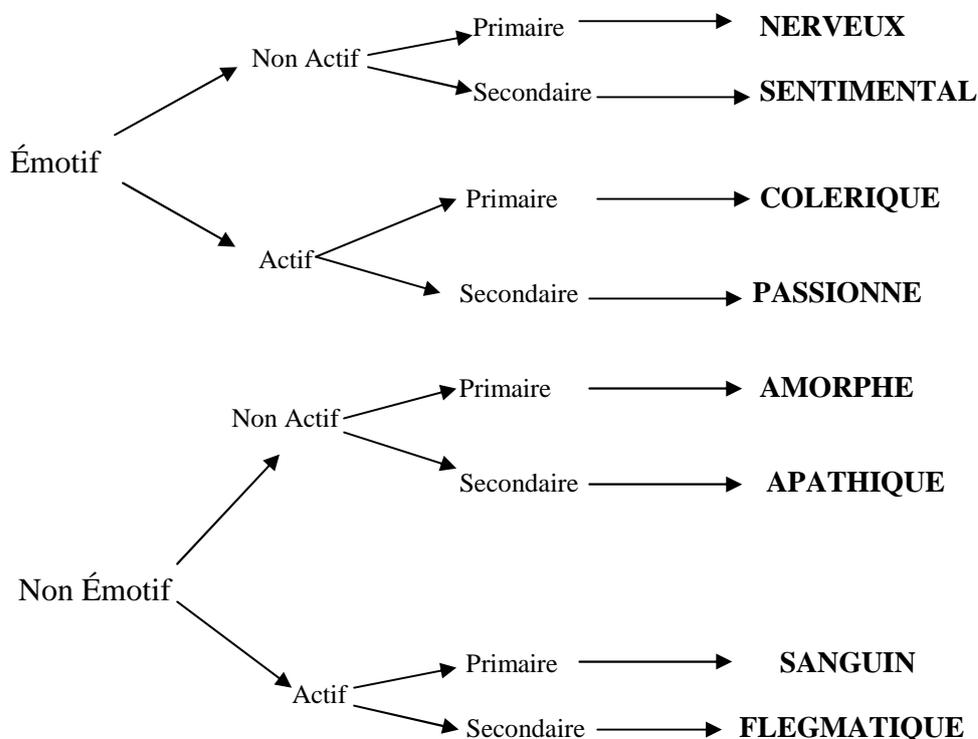


Figure 1 : Classification caractérologique selon LE SENNE, 1945.

- **Nerveux** : Pour ces individus il est impossible de se livrer aux travaux imposés, ils sont très émotifs et ont besoin de changement, de sortir, ils fuient la solitude et recherchent l’admiration. Il sera alors difficile de capter leur attention lors des soins.
- **Sentimentaux** : Ce sont des personnes fermées, timides qui portent une grande importance à leur vie intérieure. Ils sont vulnérables et un traumatisme peut avoir de lourds retentissements sur leur avenir. Les soins dentaires peuvent être vécus comme une agression, voire une véritable intrusion.
- **Colériques** : Bien que très ambitieux, ces sujets sont bienveillants. Ils aiment la jouissance que procure le pouvoir et ont une certaine tendance à l’exagération. Le moindre désagrément lors des soins pourra alors prendre une ampleur démesurée...
- **Passionnés** : Ils sont persévérants, dignes de confiance, ponctuels et possèdent une bonne mémoire. Mais les passionnés manquent de courage en présence du péril et sont impatients et susceptibles. La réalisation des

soins dentaires est généralement aisée à condition qu'elle se déroule sans encombre.

➤ Amorphes : Ils sont passifs, paresseux, négligents et indécis. Mais ils font preuve d'un grand calme, ils sont posés, peu bavards, et difficiles à convaincre. Ils ne posent généralement pas de difficulté pour le soignant.

➤ Apathiques : Ils sont dignes, sérieux, se soumettent facilement à la discipline, mais ils sont insensibles et attachés à leurs idées. Les soins dentaires pourront se dérouler sans difficulté en veillant à ne pas contrarier ces sujets.

➤ Sanguins : Ils sont calmes, polis, suivent la mode et ont un sens pratique très développé. Mais la compassion et la serviabilité leur fait quelque peu défaut. Une explication complète de la nature des soins permettra d'obtenir leur entière coopération.

➤ Flegmatiques : Ils sont froids, impassibles, silencieux et menteurs, mais la passion et la méditation occupent une place prépondérante dans leur esprit. Il sera indispensable de les rassurer afin de réussir à gagner leur confiance pour pouvoir réaliser les soins dans un contexte serein. Ces divers traits de caractère retrouvés chez les enfants conditionnent leur attitude vis-à-vis des soins dentaires. Il est donc essentiel de toujours garder à l'esprit que les manifestations de l'anxiété sont étroitement liées à la nature de l'individu. C'est pourquoi il est important d'arriver à cerner chaque patient en fonction de sa personnalité et de son tempérament et ainsi de pouvoir s'adapter à chacun. Après avoir effectué l'analyse du comportement de l'enfant il sera indispensable d'utiliser des méthodes pour arriver à évaluer son niveau d'anxiété. Grâce à la corrélation de tous ces éléments le praticien pourra alors effectuer des soins de bonne qualité dans un contexte optimal.

II.4.METHODES D'EVALUATION

Lors de la pratique quotidienne, il est indispensable d'évaluer l'anxiété de chaque patient afin de pouvoir prendre les bonnes décisions thérapeutiques.

En effet, chaque enfant réagit différemment face à la même situation, et le même enfant peut adopter une attitude variable en fonction des jours.

L'évaluation de l'anxiété peut être effectuée par plusieurs méthodes. Bien que certaines de ces techniques soient très fiables chez l'adulte, elles se révèlent être plus problématiques à utiliser chez l'enfant. En effet, l'anxiété est un phénomène subjectif :

établir une technique d'évaluation fiable relève du défi, d'autant que l'enfant possède un langage restreint et une expérience minimale .

Il existe tout de même deux techniques couramment utilisées : l'auto-évaluation nécessitant la coopération du patient ou l'hétéro-évaluation réalisée par une personne extérieure.

1) L'auto-évaluation

Cette méthode est plus fidèle au ressenti du patient, en effet, elle demande la réponse de l'enfant sur le niveau d'anxiété, ce qui nécessite en revanche son entière coopération et compréhension. C'est pourquoi cette technique est plus appropriée aux enfants âgés d'au moins 6 ans.

Elle peut se faire par différents moyens, mais la validité de certaines méthodes est contestée :

➤ Le dessin est une technique de projection, où l'enfant doit réaliser une représentation en situation de stress, ce qui permet la suppression du côté subjectif d'une personne intermédiaire et oblige l'enfant à rechercher les réponses à l'intérieur de lui-même. L'interprétation sera effectuée grâce aux couleurs ou aux nuances utilisées. Mais selon certains auteurs cette technique serait peu fiable .

➤ L'échelle visuelle analogique (EVA) est une technique simple, facile à utiliser et à comprendre. Elle permet de mesurer l'anxiété sur une échelle de 0 (pas de trouble, pas d'anxiété, pas d'opposition) à 10 (totalement troublé, excessivement anxieux, totalement opposant), lorsque le score dépasse 7 il est important d'aborder la question avec l'enfant.

➤ Le questionnaire est une méthode qui tient compte uniquement des sensations ressenties, l'enfant doit savoir lire et comprendre les questions qui lui sont posées. Par exemple, l'échelle d'anxiété dentaire modifiée (MDAS : modified dental anxiety scale) est constituée de 5 items dont résulte un score allant de 5 à 25 (tableau 1). Ce questionnaire permet une identification simple de l'anxiété potentielle au cabinet dentaire [14], un score supérieur à 19 est le signe d'une anxiété très importante qualifiable même de phobie.

Si tu avais rendez-vous chez ton dentiste demain, comment te sentirais-tu ?

1 2 3 4 5

Si tu étais assis en salle d'attente, comment te sentirais-tu ?

1 2 3 4 5

Si le dentiste était sur le point d'utiliser sa turbine, comment te sentirais-tu ?

1 2 3 4 5

Si le dentiste était sur le point de te faire un détartrage, comment te sentirais-tu ?

1 2 3 4 5

Si le dentiste était sur le point de faire une anesthésie locale sur une molaire maxillaire, comment te sentirais-tu ?

1 2 3 4 5

1 : pas anxieux. 2 : un peu anxieux. 3 : assez anxieux. 4 : très anxieux. 5 : extrêmement anxieux

Tableau 1 : Échelle d'anxiété dentaire modifiée (d'après Humphris et al.)

2) L'hétéro-évaluation

L'hétéro-évaluation est pratiquée par un tiers, dont le rôle est d'étudier et de noter les signes d'anxiété. En ce qui nous concerne, cet observateur sera le chirurgien-dentiste ou son assistante dentaire.

Cette technique est particulièrement employée pour des enfants de moins de six ans encore trop jeunes pour pouvoir répondre aux questions ou pour des enfants plus âgés, en complément de l'auto-évaluation.

L'inconvénient de cette méthode est le biais induit par l'intervention d'une personne extérieure.

Un patient se présentant au cabinet dentaire adopte un comportement particulier en fonction de son état psychique. Ainsi, l'observation est essentielle pour arriver à cerner l'anxiété d'un individu; il est important d'analyser sa manière de communiquer, ses expressions gestuelles, ses mimiques pendant les soins et surtout avant le rendez-vous en salle d'attente.

Des échelles d'évaluation ont été créées afin de permettre une mesure plus objective que celle obtenue grâce à l'observation. Par exemple, l'échelle de Frankl (figure 2) qui est la plus simple, repose sur une note de 0 à 3. Facile à scorer, elle permet de suivre l'évolution du comportement au fil des séances .

Scores de l'échelle de Frankl

0 : Comportement **définitivement négatif** : refuse le traitement, crie avec force, opposant/soins,

1 : Comportement **négatif** : peu disposé à accepter les soins. Certains signes d'opposition existent mais pas forcément déclarés (air maussade, renfrogné),

2 : Comportement **positif** : accepte le traitement avec réserve. Il est prudent mais suit les directives du praticien,

3 : Comportement **définitivement positif** : bons rapports/praticien, intéressé par le traitement. Il rit souvent et semble apprécier la visite.

Figure 2 : L'échelle de Frankl repose sur une note de 0 à 3 .

L'échelle de VENHAM modifiée par Veerkamp (figure 4) est la plus fréquemment utilisée et validée par les études cliniques. C'est une échelle hautement fiable qui fournit une mesure indépendante de l'expérience et de l'investigateur .

Score 0 : Détendu, souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément ou dès qu'on le lui demande. *Bras et pieds en position de repos. Attentif*

Score 1 : Mal à l'aise, préoccupé. Pendant une manoeuvre 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.

Score 2 : Tendü. Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manoeuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Pâleurs, sueurs. Inquiet de tout nouvel événement. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée. *Cherche un contact corporel rassurant (main, épaule)*

Score 3 : Réticent à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques mais sans commune mesure avec le danger ou exprimées bien avant le danger, pleurs. Pâleur, sueurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Mouvements d'évitement. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés. *Accepte le maintien des mains*

Score 4 : Très perturbé par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement, cris. Importantes contorsions nécessitant parfois une contention. Le patient peut encore être accessible à la communication verbale mais après beaucoup d'efforts et de réticence pour une maîtrise relative. *La séance est régulièrement interrompue par les protestations.*

Score 5 : Totaleüent déconnecté de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat avec énergie. Le praticien et l'entourage ne contrôlent plus l'enfant. Inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuites :

tente activement de s'échapper. *Contention indispensable.*

Tableau 2 : Échelle de VENHAM modifiée par Veerkamp [22].

Avant chaque soin une évaluation minutieuse de l'anxiété du patient doit être réalisée, la méthode utilisée sera choisie en fonction de la situation et de chaque individu. Une bonne analyse de la coopération du patient est déterminante pour la réalisation des soins, en effet, il sera nécessaire d'adapter la prise en charge, en fonction du niveau d'anxiété de chaque enfant, grâce aux différents moyens thérapeutiques que nous allons maintenant développer.

CHAPITRE III :

PROGRAMME PREVENTIF ET EDUCATIF

Tout d'abord voici une petite histoire tirée de « Soigner l'enfant : une approche psychologique » de WOLIKOW Maryse et ADAM Colette publié en 2001 dans la revue Réalités Cliniques .

Une enfant de 4 ans se présente en urgence, et pleure cramponnée à sa maman dans la salle d'attente, en voyant apparaître le dentiste.

Le praticien lui tend la main pour la conduire, elle la refuse, se réfugie contre sa mère immobile qui, sans la guider, lui dit "viens, on va juste regarder - elle ne te fera pas mal".

Ses mots contredisent son corps qui, en rien, ne montre à l'enfant qu'il faut se déplacer : la mère a autant peur que l'enfant de l'inconnue (le dentiste), de l'inconnu (la situation).

Pour l'enfant qui souffre ou a souffert, le sentiment de solitude prévaut. C'est de sa mère qu'elle attend le réconfort, et non de l'étranger qui s'interpose entre lui et sa mère.

Tout en s'adressant à la mère, il lui suggère de marcher, de se diriger vers le cabinet dentaire en donnant la main à son enfant. Il s'adresse aussi spécifiquement à l'enfant, pour lui signifier d'emblée que c'est bien lui le centre de son attention (tu as de jolies petites nattes, des tennis fantastiques.... bien sûr elle ne répond pas ... (ce n'est pas le moment d'engager la conversation), mais elle entend et la mère aussi. ...

L'enfant refuse de s'asseoir, la mère excédée donne des ordres et élève la voix. L'enfant pleure. Il faut alors s'adresser à lui : "je vois que ta joue est gonflée, c'est sûr cela te fait mal, alors tu pleures, et puis tu ne me connais pas, tu as un peu peur et tu as envie de pleurer, c'est normal, tu peux pleurer et moi je vais voir comment je peux t'aider et puis maman va nous raconter...." et pendant que nous demandons quelques informations à la maman, l'enfant se détend un peu (elle pleure encore) mais on n'en parle plus.

La maman intervient : "arrête de pleurer !", je lui dis calmement (le ton de la voix doit être en harmonie avec ce que je ressens, pas de reproche, neutre, rassurante) : "c'est normal ne vous inquiétez pas". Je lui parle, je regarde l'enfant lui laissant du temps, et petit à petit son corps se détend, ses pleurs s'arrêtent. Je ne lui demande pas de s'allonger sur le fauteuil, mais "si tu es fatiguée, tu peux reposer ta tête "...

Quelques instants après, je prends un miroir, un coton, l'enfant encore un peu recroquevillé, est allongée, je caresse sa main et la félicite.

Que s'est-il passé dans ces premiers moments de notre rencontre : cette enfant "accrochée" à sa mère cherche d'autant plus à attirer son attention que celle-ci ne manifeste pas clairement qu'elle la soutient. Nous aidons la maman sans la juger (ce n'est pas toujours facile) en la rassurant. Cette mère, de façon inconsciente, a une stratégie ambivalente : une relative non réponse de la mère entretient l'attitude de l'enfant. Pour autant la mère ne supporte pas cette attitude de cramponnement et est incapable de lui procurer du réconfort. Pour l'enfant il y a menace de séparation d'avec la mère, d'abandon. Il est donc important, dans ce premier temps, de tenir compte de cette anxiété de l'enfant. Il ne doit donc pas y avoir séparation signifiant rupture - isolement -insécurité, mais distance (avec présence physique ou non) avec maintien du lien par la parole, les objets, le doudou, le nounours ou la poupée... Le praticien doit veiller à observer, comprendre et agir avec l'enfant et sa mère et se positionne toujours dans la proximité de cette relation (figure 3), interagissant avec les enjeux les plus forts qui la régissent. Ultérieurement, l'enfant pourra être seule avec le praticien, à la fin de la séance il en aura informé la mère et l'enfant, tout en veillant au maintien de ce lien symbolique.

Le praticien ajuste son comportement, centré sur l'enfant, dans une proximité qui respecte l'attachement à la mère. La position du parent au cours du soin se régulera en respectant le lien symbolique : il ne doit pas y avoir séparation mais distance, éloignement.

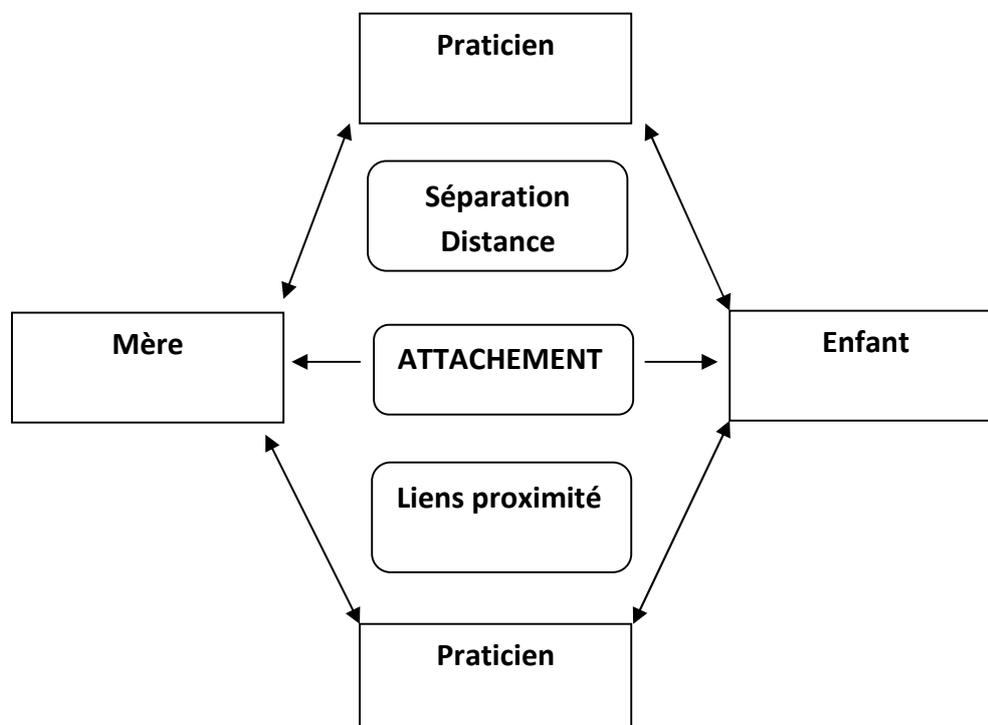


Figure 3 : Place du praticien dans la relation mère/enfant .

III.1. APPROCHE COMPORTEMENTALE

« Les dentistes ont plus (ou autant) peur des enfants que les enfants ont peur du dentiste ! ».

C'est lors de la première consultation que l'avenir de la relation entre l'enfant et le praticien est déterminé. Cette visite est généralement repoussée à un âge où le dialogue avec l'enfant est possible (3-4 ans) or, les praticiens la redoutent car elle est souvent synonyme de stress et parfois même de contraintes. Il serait souhaitable d'établir le contact plus tôt, en effet une visite à partir de 12 mois permettrait à l'enfant d'intégrer le cabinet dentaire dans son univers. Cette « rencontre » serait également un moment privilégié pour informer les parents des règles d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire et éviter ainsi l'installation de mauvaises habitudes. Dans les premières années, ce sont essentiellement les parents qui apprennent à l'enfant ce qu'il peut faire ou ne pas faire. Ils influencent également le déroulement des soins par la préparation du rendez-vous. C'est pourquoi, quelques règles simples doivent être respectées afin de ne pas faire peur à l'enfant. Il est ainsi nécessaire d'annoncer la visite comme un acte normal sans exprimer ni menace, ni crainte, ni enthousiasme suspect. Il ne faut pas acheter la coopération de l'enfant en lui promettant monts et merveilles sinon cela signifie que quelque chose de désagréable l'attend. Certaines paroles sont également à proscrire comme « si tu n'es pas sage, le docteur te fera une piqûre ! » ou « n'aie pas peur tu verras cela ne fait pas mal ». Ces phrases induisent tout ce qu'elles sont censées éviter et augmentent ainsi l'appréhension de l'enfant, de plus, l'anesthésie locale est souvent nécessaire pour éviter la douleur et ne doit pas être ressentie comme une punition.

Le praticien, de son côté, doit savoir adapter son vocabulaire selon l'enfant et les parents pour obtenir un consensus sur le plan de traitement. Il est essentiel de savoir analyser la relation enfant/parent pour pouvoir établir une bonne relation enfant/praticien.

Le chirurgien-dentiste doit savoir se remettre en question et ne doit pas accuser un enfant de mauvaise coopération lorsqu'il exprime sa douleur car l'anesthésie est trop superficielle ! L'organisation des rendez-vous doit être optimisée pour que le soignant soit calme et bienveillant; un soin sur un enfant difficile ne doit pas être réalisé entre deux séances stressantes. La majorité des enfants reçus au cabinet dentaire sont coopérants ou potentiellement coopérants et certaines stratégies simples de gestion du comportement sont suffisantes pour permettre le bon déroulement des soins. La communication doit occuper une place prépondérante lors des rendez-vous, la méthode du « Tell, show, do » ou « Expliquer, montrer, faire » est très utile, en effet, lorsque l'on prend le temps d'expliquer il est beaucoup plus aisé de progresser par la suite.

Cette stratégie permet la préparation de l'enfant à travers ses 5 sens :

- Visuel : L'instrument qui va être utilisé est montré à l'enfant, un miroir est laissé à proximité pour qu'il puisse voir le déroulement de l'acte.
- Auditif : Il est important de faire écouter le bruit de l'instrument à l'enfant qui est une source potentielle de désagrément lors du soin.
- Kinesthésique : Le praticien utilise la fraise sur l'ongle de l'enfant pour qu'il ressente la sensation de vibration. « Je te montre sur ton ongle car il est dur un peu comme ta dent »
- Olfactif : Le praticien peut faire sentir à l'enfant l'odeur de l'anesthésique de contact (ananas pour le Topex®), ou l'odeur de la pâte à polir.
- Gustatif : Une fois que l'acte a été expliqué et montré il sera réalisé et l'enfant percevra le goût des produits utilisés.

Pendant toute la durée du soin, la communication ne devra pas être interrompue, il ne faudra pas pour autant mentir à l'enfant et lui dire qu'il ne sentira rien, mais au contraire lui expliquer que sa gencive va devenir toute dure après l'anesthésie, que c'est un peu désagréable, mais que c'est pour bien le soigner. Le langage utilisé doit toujours être positif, en effet, le cerveau n'assimile pas la négation, il est donc important d'éviter de dire « n'aie pas peur » mais plutôt « tout va bien se passer ». Un contrat de confiance sera établi avec l'enfant après lui avoir expliqué tout ce qui va être réalisé. Il sera convenu d'un geste pour signaler un problème, par exemple, lorsque l'enfant lève la main le praticien arrête immédiatement son acte... Enfin, le renforcement positif de l'enfant est indispensable, le féliciter lorsqu'il fait des progrès, c'est augmenter la probabilité d'apparition d'une attitude détendue .

Lorsque l'enfant présente un niveau d'anxiété plus élevé et que l'approche comportementale ne suffit pas, le praticien peut avoir recours aux thérapies cognitivocomportementales.

III.2.THERAPIES COGNITIVOCOMPORTEMENTALES

Définition des thérapies cognitivo-comportementales :

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique. Ces thérapies ont été fondées dans un premier temps sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant, théorie de l'apprentissage social. Puis elles ont également pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de l'information. On parle actuellement de thérapies comportementales et cognitives, ou de thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Cette appellation reflète la pratique la plus fréquente.

(site internet : <http://www.eabct.com> Présentation de l'approche cognitivo-comportementale) .

Ces thérapies visent à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité. Elles s'organisent en 3 types de stratégies : la relaxation, l'exposition et l'affirmation de soi.

Chacune d'entre elles nécessite une formation c'est pourquoi l'enfant devra être adressé à un spécialiste. Si l'entourage est réticent, l'orientation vers le médecin ou le pédiatre peut représenter une bonne transition.

➤ La relaxation : elle est à la base de l'entraînement en sophrologie, son but est d'aboutir à une parfaite détente neuromusculaire .

(Bastien KLIPFEL. *La sophrologie en odontologie. Thèse 2011*)

Le but de cette méthode est d'obtenir la diminution de la fréquence cardio-respiratoire et une décontraction musculaire. Son efficacité, en terme de gestion du stress, est bien établie seulement si deux conditions sont respectées : un apprentissage progressif et une utilisation journalière [4, 32]. Quelques exercices simples peuvent tout de même être adaptés à la pratique quotidienne comme par exemple la respiration abdominale ou encore les pressions de la main sur une balle en mousse.

➤ L'exposition : La plus ancienne des thérapies comportementales est la désensibilisation, qui consiste en la confrontation progressive de l'enfant aux différents éléments anxiogènes qu'il aura défini au préalable. Face à chacune des situations, des techniques de relaxation ou de distraction sont utilisées afin de diminuer le stress occasionné et pouvoir ainsi progresser vers l'étape suivante.

L'exposition prolongée, est une technique similaire utilisant le principe de progressivité. L'enfant est confronté à des situations anxiogènes jusqu'à l'atténuation puis l'élimination de la réponse anxieuse grâce à un phénomène d'habituation .

➤ L'affirmation de soi : Grâce à l'utilisation de jeux de rôle l'enfant apprend à affirmer son comportement pour éviter les attitudes passives ou agressives constituant la base de l'anxiété.

III.3. HYPNOSE

L'hypnose, vient du grec hupnoûn signifiant sommeil, c'est un état de conscience particulier entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion .

Les enfants possèdent une imagination débordante, et sont dans un monde rempli de jeux, de rêves, d'histoires... c'est pourquoi ils ne présentent généralement aucune résistance aux suggestions hypnotiques.

Deux types d'hypnose sont couramment utilisés : l'hypnose formelle (avec induction) ou l'hypnose conversationnelle qui s'apparente à la distraction, et que l'on utilise davantage avec les enfants.

Lors de l'hypnose formelle l'état hypnotique proprement dit (transe) est précédé d'une phase d'induction, dont la durée se raccourcit généralement au fil des séances grâce à une bonne relaxation du sujet, un isolement sensoriel et la répétition de stimuli monotones accompagnée de suggestions verbales. C'est généralement en fin de transe que les suggestions thérapeutiques sont réalisées. L'effet thérapeutique est indépendant de la profondeur de la transe; l'hypno-thérapie vise uniquement à faire disparaître un symptôme gênant comme par exemple les manifestations d'une angoisse importante .

L'hypnose conversationnelle, quant à elle, consiste à mobiliser l'inconscient du sujet tout en conversant avec lui. Elle s'appuie sur un état de transe hypnotique légère obtenu grâce à une communication transformationnelle puissante ne nécessitant pas de phase d'induction. Le patient est le personnage central : il est nécessaire de l'écouter, de l'observer et d'adopter le même rythme que lui, afin de favoriser un climat de confiance .

La pratique de l'hypnose au cabinet dentaire peut ainsi représenter une alternative idéale pour un grand nombre de patients, par rapport aux méthodes de sédation pharmacologique beaucoup plus invasives. De plus, l'hypnose n'est pas seulement bénéfique pour le patient, mais également pour l'équipe soignante qui travaille alors dans un contexte plus serein. Mais il ne faut pas oublier qu'un sujet ne peut être hypnotisé contre son gré, ainsi pour certains enfants seules les techniques de sédation pharmacologique permettront d'obtenir de leur coopération.

III.4 DIFFERENTES METHODES DE SEDATION :

Dans certaines situations les différentes techniques d'approche comportementale ne seront pas suffisantes pour permettre l'instauration d'un climat de confiance propice au bon déroulement des soins. Il sera alors possible d'utiliser certaines molécules permettant l'obtention d'une anxiolyse, d'une sédation, d'une analgésie voire d'une anesthésie générale. Les niveaux de sédation ont été définis par l'American Society of Anesthésiologistes en 2002 (figure 4) :

Sédation minimale ou anxiolyse

Sédation modérée/analgésie ou sédation consciente

Sédation profonde/analgésie

Anesthésie générale

État de conscience

Réponse normale à une stimulation verbale ou tactile Réponse appropriée à une stimulation verbale ou tactile

Réponse appropriée après une stimulation répétée ou douloureuse

Pas de réponse Maintien de la liberté des voies aériennes

Non affecté Sans intervention

Une intervention peut s'avérer nécessaire

Intervention requise Ventilation spontanée

Non affectée Adéquate Peut être inadéquate En général

Inadéquate Fonction cardiorespiratoire

Non affectée Habituellement maintenue

Habituellement maintenue

Peut être altérée

Figure 4 : Continuum de sédation (d'après le rapport de l'ASA)

Il n'est pas toujours possible de prédire les réactions aux médicaments sédatifs, c'est pourquoi un praticien doit toujours être capable de secourir les patients pour lesquels le niveau de sédation s'avère plus profond que celui qui était attendu.

CHAPITRE IV : ILLUSTRATION AVEC UN QUESTIONNAIRE REALISE AU SERVICE DE CONSULTATIONS ET DE TRAITEMENTS DENTAIRE DE LYON.

IV. 1 BUTS ET OBJECTIFS DE L'ETUDE :

Le déroulement des soins dentaires est donc subordonné à l'attitude de l'enfant mais également au comportement des parents et à celui du soignant.

Une étude qualitative a été réalisée au sein des Hospices Civils de Lyon dans le service de consultations et de traitements dentaires de Lyon de novembre 2012 à mars 2013 dans l'unité fonctionnelle d'odontologie pédiatrique.

Pour cette étude un questionnaire, destiné aux enfants, à leurs parents et aux étudiants réalisant les soins, a été rédigé afin de faire ressortir 4 axes:

- Le ressenti des parents vis-à-vis de leurs propres soins et ceux de leur enfant.
- L'anxiété de l'enfant avant le soin, et les raisons de ce sentiment.
- La relation que l'enfant souhaite établir avec le chirurgien-dentiste.
- L'abord de l'odontologie pédiatrique par le soignant.

Cette étude a pour objectif d'analyser les comportements d'un groupe restreint de patients.

Le recueil des suggestions des enfants et des soignants permettra d'améliorer la compréhension de certaines attitudes et d'adapter la prise en charge des enfants au cabinet dentaire.

IV.2 POPULATION ET METHODE :

La population ciblée est l'ensemble des enfants se présentant au service de consultations et de traitements dentaires de Lyon en odontologie pédiatrique.

Le choix, effectué au hasard, ne prend en compte que la compréhension et la coopération de l'enfant et également celles du parent accompagnant.

La méthode utilisée est l'auto-évaluation grâce à l'utilisation d'un questionnaire écrit (annexe).

Le premier volet de cette étude est rempli par l'accompagnant. Outre les renseignements administratifs, il relate son niveau d'anxiété vis-à-vis de ses propres soins dentaires et vis-à-vis de ceux à effectuer à son enfant.

Le deuxième volet est rempli par l'enfant avec l'aide de l'étudiant qui va réaliser le soin. Il évalue le souvenir des précédents rendez-vous ainsi que

l'anxiété ressentie dans la salle d'attente. L'impact de l'environnement et le comportement du dentiste sont également pris en compte.

Le troisième volet est destiné aux étudiants afin d'analyser le stress occasionné par les soins effectués chez un enfant par rapport à ceux réalisés chez un adulte. Il est ensuite demandé à ces étudiants d'effectuer des propositions qui permettraient d'améliorer la prise en charge de l'anxiété vis-à-vis des soins dentaires chez l'enfant.

Pour faciliter les réponses des échelles ont été utilisées : pour les adultes une échelle de 0 à 10, facile d'utilisation et couramment employée dans de nombreuses études, permet un recueil aisé des données, pour les enfants une échelle visuelle comportant 5 smileys et inspirée de l'échelle des visages de BIERI (version à 7 visages) permet aux enfants d'exprimer en toute simplicité leur sentiment .

IV.3 RESULTATS

1) Population.

L'effectif de cette étude est de 65 enfants, chacun accompagné au moins d'un de ses parents.

Pour permettre une bonne analyse de certaines questions trois catégories d'âge ont été définies (figure 5).

14 enfants ont moins de 6 ans

28 enfants ont entre 6 et 9 ans

23 enfants ont entre 10 et 14 ans

Figure 5: Catégories d'âge des enfants interrogés.

Ces trois catégories d'âge ont été définies en fonction des différents degrés de maturité conditionnant l'attitude d'un enfant vis-à-vis des soins dentaires.

Chez les moins de 6 ans l'auto-évaluation est très difficile à effectuer ce qui explique que seuls 14 enfants de cet âge-là aient participé à cette étude.

De 6 ans à 9 ans les enfants commencent à comprendre l'intérêt des soins, en effet autour de 7 ans c'est l'âge « de raison », il est possible de dialoguer avec l'enfant.

A partir de 10 ans, c'est le début de l'adolescence, ce qui peut induire chez certains jeunes une opposition à toute forme d'autorité et compliquer le déroulement des soins dentaires.

Moins de 6 ans 6 à 9 ans 10 à 14 ans

0

5

10

15

20

25

30

2) Première partie : l'accompagnant.

Le premier volet de ce questionnaire a pour objectif de comparer le niveau d'anxiété ressentie par l'accompagnant vis-à-vis des soins dentaires pour son propre compte et lors des soins de son enfant. Pour cela les questions suivantes (figures 6 et 7) ont été posées à l'accompagnant qui dispose d'une échelle de 0 à 10 pour y répondre : Niveau d'anxiété ressentie par l'accompagnant vis-à-vis de ses propres soins dentaires :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3,68

Figure 6 : Niveau d'anxiété de l'accompagnant pour ses propres soins dentaires.

Niveau d'anxiété ressentie par l'accompagnant vis-à-vis des soins pour son enfant :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3,91 4,93 5,93

Figure 7 : Niveau d'anxiété de l'accompagnant pour les soins dentaires de son enfant.

La première question obtient une moyenne de 3,68, avec un écart type de 3,49 ; il est important de comprendre que l'anxiété est un sentiment personnel et que son évaluation grâce à l'utilisation d'une échelle de ce type est variable. C'est pourquoi il est intéressant de comparer cette première valeur à celle obtenue pour la deuxième question.

Les réponses ont été classées en fonction de l'âge des enfants interrogés :

Les moyennes obtenues sont : 5,93 pour les moins de 6 ans (l'écart type est de 3,2) 4,93 pour les 6 à 9 ans (l'écart type est de 3,23)

3,91 pour les 10 à 14 ans (l'écart type est de 3,37)

Ce qu'il est important de retenir est que l'anxiété de l'accompagnant est généralement plus importante pour son enfant que pour lui-même et que celle-ci diminue pour les enfants plus âgés.

3) Deuxième partie : l'enfant.

Le deuxième volet de ce questionnaire a pour objectif tout d'abord de mettre en relation le souvenir du dernier rendez-vous (figure 8) avec le sentiment de l'enfant face à un nouveau rendez-vous (figure 9).

Pour cela voici les questions posées à l'enfant :

- 1) Est ce que c'est la première fois que tu viens chez le dentiste?
- 2) Si non, quel souvenir en gardes tu?

Figure 8 : Souvenir du dernier rendez-vous.

3) Comment te sens-tu dans la salle d'attente avant le rendez-vous?

Figure 9 : Sentiment face à un nouveau rendez-vous.

Pour analyser les résultats un tableau à double entrée a été réalisé avec en abscisse le souvenir du dernier rendez-vous et en ordonnée le sentiment avant le rendez-vous en salle d'attente (tableau 3).

Sentiment avant le rendez-vous en salle d'attente.

1 1 2

1 1 1

1 4 2 2

8 3 5 2 1

14 5 3 1 3

Sentiment identique

Souvenir du dernier rendez-vous.

Tableau 3 : Mise en relation du souvenir du dernier rendez-vous avec le sentiment de l'enfant face à un nouveau rendez-vous.

Dans ce tableau les chiffres correspondent au nombre d'enfants qui ont choisi cette réponse et les dégradés de couleurs sont utilisés pour mettre en valeur le degré d'évolution positive ou négative de l'anxiété dans le temps représenté respectivement en vert ou en rouge.

Sur l'ensemble des 65 enfants interrogés seuls 4 n'étaient jamais allés chez le dentiste, parmi eux 2 se sentaient parfaitement bien et les 2 autres se sentaient bien. Sur les 61 enfants restants 16 se sentent plus anxieux, 20 ressentent le même niveau d'anxiété et 25 sont moins angoissés que lorsqu'ils repensent à leur dernier rendez-vous. Ainsi l'anxiété est un sentiment qui évolue plutôt positivement dans le temps, il est donc important de toujours garder espoir même face à des enfants dits « difficiles » (très angoissés ou ayant subi de très mauvaises expériences auparavant).

La suite des questions posées à l'enfant concerne la préparation réalisée avant le rendez-vous (figure 10), l'environnement et le comportement du dentiste (figure 14). Cette série de questions permet d'aborder avec l'enfant ce qu'il perçoit et attend d'un praticien (figure 11 et 12) mais aussi ce qu'il trouve désagréable (figure 13) et ce qui pourrait améliorer les relations enfant/praticien.

Les questions sont les suivantes :

4) Est ce qu'on t'a déjà parlé du dentiste avant le rendez-vous? Si oui qui?

Tes parents

Tes frères et soeurs

Tes copains

A l'école

Personne

Chaque enfant avait le droit de choisir plusieurs réponses.

Il est essentiel de noter que pour plus de 70% des enfants la préparation du rendez-vous a été effectuée avec les parents.

Figure 10 : Préparation du rendez-vous.

0

5

10

15

20

25

30

35

40

45

50

Parents

Frères et soeurs

Copains

École

Personne

5) Est ce que tu préfères être soigné par une fille ou par un garçon?
Pour cette question un biais important est à considérer; en effet 77% des soignants ayant participé à cette étude appartiennent au sexe féminin. Les résultats sont donc forcément influencés puisque plus de la moitié des enfants interrogés choisissent le sexe de l'étudiant qui leur a posé la question.

*Figure 11 : Praticien ou praticienne :
les préférences des enfants.*

6) En un mot comment décrirais-tu le dentiste?

Figure 12 : Description du chirurgien-dentiste

Cette question était difficile pour les enfants et notamment pour les plus jeunes, néanmoins ce qu'il est important de faire ressortir c'est que dans 12,5% des cas c'est le contexte qui effraie l'enfant : le bruit, la lumière, le fauteuil ... Dans ce domaine des améliorations peuvent facilement être effectuées comme par exemple la modification de la décoration de la salle, le passage de vidéos ... qui permettraient un détachement vis-à-vis de l'environnement et favoriseraient ainsi la détente de l'enfant avant et pendant les soins.

Aucune réponse

Soigner les dents

Douleur

Peur

Piqûre

Environnement

Filles

Garçons

L'un ou l'autre

33%

21,5%

17%

8%

8%

12,5%

36%

7%

22%

7) Y-a-t-il des choses que tu trouves désagréables chez le dentiste?

Quand il y a du bruit

Quand il endort ta dent

Quand il prend une photo de ta dent

Quand il enlève une carie

Quand il met un pansement sur ta dent

Autres :

Figure 13 : Soins que les enfants n'aiment pas.

Le soin d'une carie et l'anesthésie locale sont les actes désagréables les plus cités, mais malheureusement indissociables du dentiste...

8) Comment aimerais-tu que le dentiste se comporte avec toi :

Qu'il t'explique et te montre tout

Qu'il t'explique un peu

Qu'il ne te parle pas

Figure 14 : Explications du chirurgien-dentiste préférées par les enfants.

Une grande majorité d'enfants sont demandeurs d'explications autour du soin dentaire. La communication est primordiale, tout doit être expliqué à l'enfant mais évidemment avec des paroles adaptées, il est essentiel de savoir trouver les bons mots. Dans cette partie l'analyse des résultats en fonction de l'âge et du sexe n'a pas été développée car elle n'apportait aucune modification par rapport à l'analyse générale.

0

5

10

15

20

25

30

bruit

endort la dent

photo

carie

pansement

rien

0

10

20

30

40

50

Explique tout et montre tout

Explique un peu

Ne te parle pas

4) Troisième partie : le soignant.

Pour finir, le dernier volet de ce questionnaire permet tout d'abord de mieux appréhender l'approche du soignant vis-à-vis de l'odontologie pédiatrique (figure 16,17 et 18), puis de recueillir un maximum d'idées pour améliorer la qualité des soins chez l'enfant (figure 19).

Pour cela voici la série de questions utilisées :

Comment se sont déroulés les soins?

J'ai pu réaliser tout ce que j'avais prévu

J'ai eu du mal mais j'y suis arrivé tout seul en expliquant bien

Je n'y suis pas arrivé mais le professeur a réussi

J'ai juste fait une prise de contact et je pense que la prochaine fois les soins

pourront être réalisés correctement

J'ai prescrit du Théralène® pour le prochain rendez-vous

Les soins sont impossibles; l'enfant a été orienté à HFME (Hôpital

Femme

Mère Enfant)

Figure 15: Réalisation du soin.

Dans 86% des cas les soins ont été possibles même si quelques explications supplémentaires ont parfois été nécessaires (figure 15). Ce pourcentage très important est sans doute lié au fait qu'il existe un biais lié au choix des enfants soumis au questionnaire, en effet il est difficile d'effectuer un questionnaire chez un enfant non coopérant.

Aimez-vous l'odontologie pédiatrique?

Si non, pourquoi?

57% des étudiants interrogés

apprécient l'odontologie pédiatrique, pour les autres c'est généralement la patience qui leur fait défaut.

Figure 16 : Abord de l'odontologie pédiatrique par le soignant.

Comment vous sentez-vous quand vous soignez un adulte ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4,14

Figure 17 : Niveau d'anxiété ressentie lors de la réalisation de soins chez un adulte.

Comment vous sentez-vous quand vous soignez un enfant?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4,62

Figure 18 : Niveau d'anxiété ressentie lors de la réalisation de soins chez un enfant.

La moyenne obtenue pour la première question concernant les soins chez l'adulte est de 4,14 alors que celle obtenue pour les soins chez l'enfant est de 4,62 (L'écart type est de 2,57 pour les deux questions).

Les soins pour un enfant sont donc légèrement plus anxiogènes que ceux chez l'adulte mais la différence n'est pas très importante.

Oui

Non

57% 43%

A votre avis, qu'est ce qui pourrait être amélioré pour diminuer l'anxiété de cet enfant?

Figure 19 : Facteurs permettant de diminuer l'anxiété d'un enfant face aux soins dentaires.

Il est important de remarquer que 4 axes principaux sont ressortis de cette question :

- la communication lors du rendez-vous est la base indispensable pour la bonne réalisation du soin.
- l'utilisation de supports audio et vidéo afin de distraire l'enfant apporte un confort important.
- le calme est considéré comme indispensable, et malheureusement la structure du centre de soins ne permet pas une intimité suffisante entre l'enfant et le praticien.
- Pour finir, les parents jouent un rôle très important aussi bien dans la préparation de l'enfant avant le rendez-vous, que dans le ressenti de l'enfant vis-à-vis du dentiste.

IV.4 DISCUSSION

L'anxiété est un sentiment encore très présent au cabinet dentaire. Lors de cette étude nous avons voulu faire ressortir les principales causes de ce sentiment et collecter un maximum d'idées pour améliorer la prise en charge des enfants au cabinet dentaire.

Un enfant est bien évidemment toujours accompagné lors d'un rendez-vous, il ne faut donc pas négliger l'état d'esprit des parents. En effet, le stress est communicatif et les résultats de notre étude nous montrent que l'accompagnant est plus anxieux pour son enfant qu'il ne le serait pour lui-même, même si ce stress diminue avec l'avancée en âge de l'enfant. C'est pourquoi il serait idéal de pouvoir en premier lieu diminuer le stress des parents, les cas les plus favorables étant bien évidemment lorsque les parents connaissent et sont suivis par le même dentiste, ils sont alors plus détendus et accompagnent leur enfant en confiance.

En 2009, Tickle *et al.*, ont montré qu'à l'âge de 9 ans, 22,4% des enfants reportent l'anxiété de leurs parents, ainsi un enfant dont les parents sont anxieux a plus de probabilités de l'être également.

Le deuxième axe essentiel ressortant de ce questionnaire est l'évolution positive de l'anxiété dans le temps. En effet la plupart (41%) des enfants interrogés arrivent plus en confiance à un nouveau rendez-vous qu'ils ne l'étaient lors du rendez-vous précédent.

Ainsi, il faut toujours garder espoir et plusieurs tentatives peuvent parfois être nécessaires pour arriver à obtenir la confiance d'un enfant.

Dans les esprits le dentiste est souvent associé à un environnement désagréable : le bruit, la lumière, le fauteuil, les piqûres... Il serait ainsi bénéfique d'arriver à « détacher » l'enfant de ce contexte purement médical en utilisant par exemple la décoration de la salle, des supports audio-visuels et surtout une communication efficace dans le cadre de la relation enfant/praticien.

En 2007, Shapiro *et al.* ont étudié l'intérêt de l'environnement sensoriel de l'enfant au cours du soin grâce à l'utilisation d'une pièce partiellement obscurcie avec des effets de lumière, des stimuli vibro-acoustiques ainsi que l'application de pressions permettant la simulation d'une étreinte. Il a été démontré que l'effet était positif, et que l'anxiété de l'enfant en était ainsi réduite. L'ambiance du cabinet dentaire doit donc être mûrement réfléchie, et conditionnée pour être la plus favorable à la détente de l'enfant. Dans notre étude, plus de 74% des enfants interrogés désirent que le dentiste leur explique et leur montre tout et 33% des soignants pensent que la communication constitue la clé de la réussite en odontologie pédiatrique. Mais cette notion doit être pondérée; en effet, en 2009 Howard *et al.* ont réalisé une étude mettant en scène des enfants de 5 à 10 ans jouant le rôle du dentiste avec des marionnettes. Les enfants devaient simuler l'acte qu'ils allaient recevoir. Aucune baisse significative de l'anxiété n'a été remarquée malgré des explications très précises

apportées par les chirurgiens-dentistes. Il faut donc jauger avec parcimonie l'étendue et la précision des informations à donner . Pour finir, l'abord de l'odontologie pédiatrique par les soignants est positif; en effet 57% des personnes interrogées apprécient cette discipline. Les propositions effectuées pour améliorer l'anxiété des enfants face aux soins dentaires concernent tout d'abord la communication, puis la distraction de l'enfant, le calme lors des soins, et enfin l'état d'esprit des parents.

Il ne faut pas oublier que cette étude est simplement qualitative et n'a donc pas pour objectif d'établir de données statistiques applicables à l'ensemble de la population. En effet, certains biais doivent être signalés : l'effectif de 65 patients est réduit, ce sont les étudiants réalisant le soin qui posent les questions à l'enfant ce qui influence les résultats puisque la subjectivité de l'opérateur entre en jeu. Un même étudiant pouvait participer plusieurs fois à l'étude.

Ainsi toutes ces données doivent être considérées et ce qu'il faut essentiellement retenir de cette étude ce sont les grandes idées : tout d'abord les parents possèdent une influence très importante sur le déroulement des soins dentaires et il est important d'arriver à cerner leur place et savoir leur demander de rester en salle d'attente si nécessaire, d'autre part, l'anxiété évolue dans le temps et certains enfants arrivent à se raisonner quant à l'utilité des soins ; c'est pourquoi il faut savoir leur laisser parfois plusieurs chances... enfin, la communication, verbale ou non, constitue réellement la clé du succès, ainsi chaque acte et chaque parole doivent être adaptés à chaque situation ce qui rend cette discipline d'autant plus enrichissante.

CONCLUSION

Mettre en confiance les enfants d'aujourd'hui, c'est détendre les patients adultes de demain. L'anxiété constitue un obstacle majeur au bon déroulement des soins et les attitudes de retrait et d'appréhension se poursuivent souvent bien au delà de l'enfance.

Aussi, lorsqu'un enfant se présente au cabinet dentaire il est important d'arriver à évaluer son niveau d'anxiété pour pouvoir adapter sa prise en charge. Cette évaluation pourra être réalisée directement avec l'enfant grâce aux méthodes d'auto-évaluation (dessin, questionnaire, échelle visuelle analogique) ou par l'intermédiaire d'un tiers (hétéroévaluation). Cette analyse permettra ainsi de pouvoir utiliser à bon escient les nombreuses solutions disponibles afin d'aider les patients à lutter contre leur anxiété. Les différentes méthodes couramment décrites étant l'approche comportementale, les thérapies cognitivocomportementales, l'hypnose et pour finir les différentes méthodes de sédation allant de la simple prémédication jusqu'à l'anesthésie générale.

Mais il ne faut pas oublier que le bon déroulement des soins est le résultat de la conjonction de trois personnes : l'enfant, le praticien et le parent. C'est pourquoi il est important que l'attitude de ces trois acteurs converge dans la même direction, et contribue ainsi à l'amélioration de l'image du chirurgien-dentiste ; le but ultime étant de rendre anodin aux yeux de chacun tout rendez-vous chez un odontologiste.

BIBLIOGRAPHIE

1. **USSON Marie** – Évaluation de l'anxiété de l'enfant face aux soins dentaires et adaptation de la prise en charge.(Thèse : Chir. Dent. : Lyon : 2013.045) N°2013 LYO 1D 045.
2. **PAULA DE LIMA SOARES**, Les facteurs psychologiques impliqués lors des soins dentaires aux enfants brésiliens, THESE DE DOCTORAT EN PSYCHOPATHOLOGIE ET PSYCHOLOGIE CLINIQUE, UNIVERSITE PARIS 8.
3. **AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS**. ASA standards, guidelines and statements, 2006. [en ligne]
Site disponible sur : <http://www.asahq.org> (page consultée le 25/01/2013)
4. **DAJEAN-TRUTAUD S, FRAYSSE C, GUIHARD J**. Approche psychologique de l'enfant au cabinet dentaire. Encycl Med Chir, Paris, Odontologie,1998 23-400-
5. **Adeline HUET**, Evaluation de l'influence de l'hypnose sur l'anxiété de l'enfant au cours d'un acte de chirurgie dentaire avec anesthésie locale, Thèse de doctorat en médecine dentaire, UNIVERSITÉ DE RENNES I, 2006.
6. **DELAY J., PICHOT P**. Abrégé de psychologie.3^{ème} éd. Paris : Masson, 1990.
7. **FOURNEL E**. L'anxiété de l'enfant au cabinet dentaire : évaluation par le dessin 2000, Thèse Chir Dent : Nancy 1 : 2000 : 07.
8. **GARNIER Mylène**, Approche de l'enfant au cabinet dentaire ; thèse de chirurgie dentaire, UNIVERSITÉ DE NENTE, 2005.
9. Présentation de l'approche cognitivo-comportementale, Revue ANALYSE, INSERME_psycho_part3 .
10. **STEPHANIE Gagnon**. Utilité de pictogramme pour améliorer la santé buccodentaire chez les autistes, Thèse dentaire, UNIVERSITE de MONTREAL, 2013.
11. **KVERNELAND B., LANDRU MM**. Le midazolam en odontologie pédiatrique : la bonne pratique de la sédation consciente. Rev Francoph Odontol Pédiatr 2009; 4 : 108-115.
12. **LAROUSSE**. Grand Larousse universel, tome 8, Paris : Larousse, 1992.
13. **LAROUSSE**. Le petit Larousse illustré, Paris : Larousse, 1999.
14. **LE SENNE R**. Traité de caractérologie. Paris: Presses Universitaires de France,
15. **PARODI C, DAURIAC MC**. L'hypnose appliquée en Odontologie. Rev. Francoph. Odontol. Pédiatr. 2010; 5(1) : 06-11.

16. **PASINI W., HAYNAL A.** Manuel de psychologie odontologique. Paris : Masson, 1992, 166p.
18. **SHAPIRO M., et al.** Behavioural and physiological effect of dental environment sensory adaptation on children's dental anxiety. Eur J Oral Sci, 2007, 115, 479-483.
19. **WOLIKOW M., ADAM C.** Soigner l'enfant : une approche psychologique. Réal Clin. 2001 ; 12 (1) : 21-33.
20. *(Présentation de l'approche cognitivo-comportementale) site internet : [http ://www.eabct.com](http://www.eabct.com)*

ANNEXE

QUESTIONNAIRE

Évaluation de l'anxiété de l'enfant face aux soins dentaires et adaptation de la prise en charge.

Dans le cadre d'une thèse d'exercice pour le diplôme de Docteur en chirurgie dentaire, un questionnaire a été mis en place dans le service d'odontologie pédiatrique du centre de soins dentaires de Lyon. Cette étude a pour objectif, en respectant l'anonymat, d'évaluer l'anxiété des enfants soignés et de leurs parents mais également du soignant.

Nous espérons ainsi pouvoir améliorer la prise en charge des enfants au cabinet dentaire.

Acceptez-vous de faire partie, vous et votre enfant de cette étude?

En cas de refus de votre part la prise en charge de votre enfant ne sera pas modifiée.

Si oui, merci de remplir le formulaire suivant :

Je

soussigné(e)

.....
 accepte de participer à cette étude qui évaluera l'anxiété de mon enfant :

.....

Fait à

Le

Signature :

**Questionnaire pour le SCTD mis en place dans le cadre d'une thèse :
Évaluation de l'anxiété de l'enfant face aux soins dentaires et adaptation de la
prise
en charge.**

Questions pour l'accompagnant :

Nom et prénom de l'enfant : Numéro de dossier :

Date de naissance : Sexe :

Classe :

Motif de la consultation :

Situation parentale :

Profession du père : Profession de la mère :

Age de l'enfant lors de sa première visite dans un cabinet dentaire :

Motif :

Est ce qu'il y a eu beaucoup de soins chez le dentiste ?

Approximativement combien ?

Cela s'est il bien passé à chaque fois?

Antécédents médicaux de l'enfant:

Niveau d'anxiété ressentie par l'accompagnant vis-à-vis des soins dentaires :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'anxiété ressentie par l'accompagnant vis-à-vis des soins pour son enfant :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Questions pour l'enfant :

- 9) Est ce que c'est la première fois que tu viens chez le dentiste?
- 10) Si non, quel souvenir en gardes-tu?
- 11) Comment te sens-tu dans la salle d'attente avant le rendez-vous?
- 12) Est ce qu'on t'a déjà parlé du dentiste avant le rendez-vous? Si oui qui?
 - Tes parents
 - Tes frères et soeurs
 - Tes copains
 - A l'école
 - Personne
- 13) Est ce que tu préfères être soigné par une fille ou par un garçon?
- 14) En un mot comment décrirais-tu le dentiste?
- 15) Y-a-t-il des choses que tu trouves désagréables chez le dentiste?
 - Quand il y a du bruit
 - Quand il endort ta dent
 - Quand il prend une photo de ta dent
 - Quand il enlève une carie
 - Quand il met un pansement sur ta dent
 - Autres :
- 16) Comment aimerais-tu que le dentiste se comporte avec toi :
 - Qu'il t'explique et te montre tout
 - Qu'il t'explique un peu
 - Qu'il ne te parle pas

Questions pour l'étudiant qui a réalisé le soin :

1) En quelle année d'études êtes vous?

2) Êtes vous une fille ou un garçon?

3) Quel(s) acte(s) avez-vous réalisé aujourd'hui?

4) Comment évaluez-vous l'anxiété de l'enfant que vous venez de soigner ?

(sans tenir compte de la réponse de l'enfant)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5) Comment se sont déroulés les soins?

J'ai pu réaliser tout ce que j'avais prévu

J'ai eu du mal mais j'y suis arrivé tout seul en expliquant bien

Je n'y suis pas arrivé mais le professeur a réussi

J'ai juste fait une prise de contact et je pense que la prochaine fois les soins pourront être réalisés correctement

J'ai prescrit du Théralène pour le prochain rendez-vous

Les soins sont impossibles; l'enfant a été orienté à HFME

6) Aimez-vous l'odontologie pédiatrique?

Si non, pourquoi?

7) Comment vous sentez-vous quand vous soignez un adulte ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8) Comment vous sentez-vous quand vous soignez un enfant?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9) A votre avis, qu'est ce qui pourrait être amélioré pour diminuer l'anxiété de cet enfant?

De nos jours, prendre un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste est fréquemment

générateur d'anxiété.

En effet, les soins dentaires sont associés à un environnement, une instrumentation, un rapport dominant/dominé particulier qui s'ajoutent à une image négative du chirurgien-dentiste, ce qui engendre souvent de nombreuses craintes et notamment chez le jeune patient.

C'est pourquoi cette thèse a pour objectif tout d'abord de définir l'anxiété, d'en déterminer les origines et d'étudier ses principales manifestations, puis d'aider le chirurgien-dentiste à l'évaluer et surtout à adapter son comportement en tant que soignant pour améliorer la prise en charge des jeunes patients au cabinet dentaire.

Pour finir, ce travail est illustré grâce à un questionnaire réalisé au service de consultations et de traitements dentaires de Lyon auprès d'une population d'enfants et de leurs parents, permettant ainsi de faire ressortir les principales causes d'anxiété et de collecter un maximum d'idées pour améliorer la prise en charge des enfants au cabinet dentaire.

Il faut toujours garder à l'esprit que mettre en confiance un jeune patient d'aujourd'hui c'est détendre un patient adulte de demain.