



Comment améliorer la communication avec l'enfant lors des soins dentaires ?

Barbara Lussato

► To cite this version:

Barbara Lussato. Comment améliorer la communication avec l'enfant lors des soins dentaires ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01628452

HAL Id: dumas-01628452

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01628452>

Submitted on 3 Nov 2017

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

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



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

MEMBRE DE

U-S-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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



UNIVERSITÉ
**PARIS
DESCARTES**

MEMBRE DE

U-S-PC
Université Sorbonne
Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2017

N° 042

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

Présentée et soutenue publiquement le : 6 juin 2017

Par

Barbara LUSSATO

**Comment améliorer la communication avec l'enfant lors des soins
dentaires ?**

Dirigée par le Docteur Lucy Hoang

JURY

Mme le Professeur Sibylle Vital

Mme le Docteur Lucy Hoang

Mme le Docteur Élisabeth Dursun

Mme le Docteur Aminata Seydi

Mme le Docteur Monnier Da Costa Aude

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Tableau des enseignants de la Faculté

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme VITAL Mme DAVIT-BEAL	M. COURSON Mme DURSUN Mme VANDERZWALM Mme JEGAT
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE		Mme BENAHMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN-GOLDRAT Mme LE NORCY
	SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET POPULATIONS SINGULIÈRES	Mme FOLLIGUET M. PIERRISNARD	M. NEBOT
2	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER	M. BIOSSE DUPLAN Mme DRIDI Mme GOSSET M. GUEZ
	MÉDECINE ET CHIRURGIE BUCCALES	M. MAMAN	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. NGUYEN Mme RADOI
3	ODONTOLOGIE CONSERVATRICE ENDODONTIE	Mme CHEMLA M. LASFARGUES	Mme BESNAULT M. BONTE Mme BOUKPESSI M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSE	M. POSTAIRE	M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TIRLET M. TRAMBA Mme WULFMANN
4	PRÉVENTION-ÉPIDÉMIOLOGIE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE		Mme GERMA M. PIRNAY M. TAVERNIER
	SCIENCES BIOLOGIQUES	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme POLIARD M. ROCHEFORT Mme SEGUIER	M. ARRETO Mme BARDET Mme CHARDIN M. LE MAY M. FERRE (MCU associé) Mme CHERIFI (MCU associée)
	SCIENCES ANATOMIQUES PHYSIOLOGIQUES ET OCCLUSODONTIQUE		M. ATTAL Mme BENBELAID Mme BENOIT M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON M. SALMON Mme TILOTTA

Janvier 2017

Remerciements

À Madame le Professeur Sibylle Vital

Docteur en Chirurgie dentaire

Ancien Interne des Hôpitaux

Docteur de l'Université Paris Descartes

Habilitée à Diriger des Recherches

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Vice-Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire Paris Descartes

Qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse.

*Je tiens à vous témoigner mon profond respect pour l'enseignement bénéfique que vous m'avez
transmis lors des cours universitaires.*

Veuillez trouver ici l'assurance de mes sentiments les plus respectueux.

À Madame le Docteur Lucy Hoang

Docteur en Chirurgie dentaire

Ancienne Assistante Hospitalo-Universitaire section d'Odontologie Pédiatrique, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

De m'avoir fait l'honneur d'accepter d'assurer la direction de ma thèse.

*Pour l'aide précieuse que vous m'avez apportée au cours de ce travail : votre œil avisé et vos conseils
qui ont nourri ma réflexion.*

Veuillez trouver ici toute ma reconnaissance et mes remerciements les plus sincères.

À Madame le Docteur Elisabeth Dursun

Docteur en Chirurgie dentaire

Ancien Interne des Hôpitaux

Docteur de l'Université Paris Nord

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

*Pour vos conseils avisés et votre grande disponibilité, pour votre investissement dans la vie des
étudiants de la faculté.*

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

À Madame le Docteur Aminata Seydi

Docteur en Chirurgie dentaire

Assistant Hospitalo-Universitaire, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Qui me fait l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Je tiens à vous remercier pour votre bonne humeur à l'hôpital qui a égayé mes journées.

Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

À Madame le Docteur Aude Monnier Da Costa

Docteur en Chirurgie dentaire

Ancienne Assistante Hospitalo-Universitaire, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Pour me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Pour votre grande disponibilité et votre patience dans mes années de formation hospitalière.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

À ma maman, pour son amour, sa confiance et ses encouragements durant toutes ces années. Merci pour tout ce que tu m'as apportée, sans toi je ne serai jamais arrivée jusque-là, merci pour tout.

À papi et mamie, les meilleurs grands-parents du monde, les plus drôles et les plus géniaux. Je vous aime très fort. Vous avez été toujours là pour moi et je ne vous remercierai jamais assez.

À Éric, qui a été à mes côtés durant toutes ces années. Merci pour tous les services rendus et ton amour indéfectible.

À Samantha, ma sœur adorée. Tu es tout pour moi, ma sœur, ma confidente, ma meilleure amie, heureusement que tu es là. Bientôt à ton tour, allez !

À Levanouille, petite sœur, j'espère qu'on sera toujours aussi proche même quand tu seras partie. Love love.

À Jordan, même si je ne te vois plus très souvent, tu restes dans mon cœur et mon frère préféré !

À toute ma famille : Sophie, Joël, Noé, Adam, Elisha, Guiguite, Jo et tous ceux que j'oublie, pour leur présence et leur amour.

À Mickaël, mon amour. C'est grâce à toi que je passe ma thèse sans être interdit d'exercer. Merci d'être là. Merci pour tes encouragements et ton soutien. Tu es ma force de tous les jours. Je t'aime.

À Myriam. Myriam... Avec toi j'ai vécu les moments les plus drôles de mes études. C'est avec toi que j'ai eu les plus gros fous rires. Tu as illuminé mes études. À notre amitié, éternelle...

À Blanche, à qui je raconte ma vie 6 fois par jour et que je ne saoule même pas. J'espère continuer avoir 12 appels/ jour avec toi encore et toujours... Je te kiffe.

À Momo et Jo, mes copines depuis toujours, nos visites culturelles me manque, à quand un prochain hammam ?

À toute ma bande de fac : Kahina, Anna, JB, Adeline, Émilie, Paulette, Noémie, Sandrine... Grâce à vous mes études resteront un merveilleux souvenir.

À toute la team de Créteil : Océane, Michael, Sarah, Maxou, Paulo, Maureen, Simon, Cyril et Laure, merci d'avoir été là pendant ces longues années d'étude.

À tous mes copains que je connais depuis si longtemps : Armen, Brieuc, Yohan et Pj !

Table des matières

Introduction.....	3
1 : Qu'est-ce que le langage ?.....	4
1.1. Définitions.....	4
1.1.1. Langage ou communication.....	4
1.1.2. Communication non verbale	4
1.1.3. Communication verbale.....	5
1.2. Développement de l'enfant.....	6
1.2.1 J. PIAGET.....	6
1.2.2. Les quatre stades de l'intelligence.....	7
1.3 Développement du langage.....	10
1.3.1. La période pré-linguistique	10
1.3.2. La période linguistique	11
2 : Le dentiste ou la peur ancestrale.....	13
2.1. Peur, anxiété, angoisse et phobie	13
2.1.1. Définitions.....	13
2.1.2. Échelles de mesure	15
2.2. Etudes concernant l'anxiété dentaire chez l'enfant.....	23
3 : En odontologie pédiatrique.....	25
3.1. Particularités de la pédiatrie	25
3.1.1. L'enfant, le parent et le praticien.....	25
3.1.2. Variations en fonction de l'âge	28
3.1.3. Adaptation du langage.....	29
3.1.4. Approche adaptée (langage, Tell-show-do).....	31
3.2 Hypnose.....	32
3.2.1. Définitions, explications.....	32
3.2.2. Pratiques ou la méthode pour s'adapter au plus proche du petit patient	32
3.2.3. Effets attendus	35
3.3. Techniques Pharmacologiques.....	37
3.3.1. Prémédication Sédative	37

3.3.2. La sédation consciente : le MEOPA	37
3.3.3. Sédation profonde : le Midazolam	40
3.3.4. L'anesthésie générale	41
Conclusion	42
Bibliographie.....	43
Table des figures	46
Table des tableaux	47

Introduction

Les soins dentaires sont souvent une source de stress, d'angoisse voir de panique pour un grand nombre de nos patients. Les plus jeunes ne sont épargnés par cette peur ancestrale ; or il est primordial que les enfants comprennent très tôt les règles d'hygiène orale et alimentaire afin d'éviter la maladie carieuse et ses séquelles.

La communication prend alors toute son importance.

Comment établir une relation de soins adaptée en fonction de chaque petit patient et de sa famille ?

Quelles sont les solutions à la disposition du chirurgien-dentiste ?

Nous proposons dans ce travail de définir les règles de la communication dans un premier temps, puis de comprendre ce que sont la peur, l'anxiété et l'angoisse liées aux soins dentaires.

Enfin, dans une dernière partie nous parlerons des techniques spécifiques à l'odontologie pédiatrique, disponible en pratique courante et hospitalière.

1 : Qu'est-ce que le langage ?

1.1. Définitions

1.1.1. Langage ou communication

D'après le dictionnaire Larousse¹, le langage est « la capacité observée chez tous les hommes, d'exprimer leur pensée et de communiquer au moyen d'un système de signes vocaux et éventuellement graphiques (la langue) ».

La communication est « l'action de communiquer avec une autre personne, d'être en rapport avec autrui, généralement par le langage. Cela consiste en un échange verbal entre un locuteur (sujet parlant qui produit des énoncés, par opposition à celui qui les reçoit et y répond) et un interlocuteur dont il sollicite une réponse ».²

1.1.2. Communication non verbale

Il est également possible de communiquer en utilisant le toucher, l'ouïe, l'odorat et la vue.

À son arrivée au cabinet dentaire, l'enfant va analyser inconsciemment tout ce qui l'entoure : les voix, les mouvements, les positions, les bruits, les postures ; que ce soit du chirurgien-dentiste ou même des aides opératoires.

1.1.2.1. L'espace

On dénombre quatre espaces de communication dans laquelle cette communication est perçue différemment selon chaque personne :

- De zéro à quarante-cinq centimètres : la zone intime ou zone de confiance. Ce sont les proches et la famille qui y ont accès.

¹ Larousse, « Langage. »

² Larousse, « Communication. »

- De quarante-cinq à cent vingt centimètres : la zone personnelle. Lorsque nous discutons avec quelqu'un, nous sommes dans cette zone.
- De cent vingt à quatre cents centimètres : la zone sociale. Elle nous donne une vue d'ensemble de l'individu.
- À plus de quatre cents centimètres : la zone publique. Elle correspond à une communication face à un grand nombre de personnes.

Quand un enfant est soigné et allongé sur le fauteuil et que le praticien se penche sur lui : il rentre dans sa zone intime. C'est pourquoi il faut être prudent car cela peut être pris comme une intrusion et donc une agression.³

1.1.2.2. L'écoute

Il est important d'écouter le patient lors ses rendez-vous afin de comprendre ses demandes et ses attentes. Pendant l'entretien, il est nécessaire de se placer en face du patient, de le regarder, de l'écouter et de ne pas faire autre chose lorsqu'il parle. Cela peut être pris comme un manque de respect.

1.1.2.3. L'empathie

Selon Robert Buckman, oncologue et professeur de Médecine à l'Université de Toronto, « l'empathie, c'est la capacité d'un individu à comprendre l'expérience vécue par un autre, et son aptitude à lui communiquer sa compassion pour ensuite, agir utilement ».

Le praticien doit montrer au malade qu'il comprend sa douleur mais ne doit pas pour autant la partager. Comprendre la douleur permet de mieux la traiter.

L'empathie diffère de la sympathie dans laquelle on partage les valeurs, les émotions, les idéaux de l'autre et elle est différente de la compassion qui se rapproche inévitablement de la notion de souffrance avec toujours cette idée de victime, le risque étant le sentiment de supériorité.

1.1.3. Communication verbale

³ Kain et al., « Preoperative anxiety in children : predictors and outcomes. »

1.1.3.1. L'approche verbale

Le chirurgien-dentiste doit faire attention aux mots employés et à la tonalité avec laquelle il donne l'information car le patient y est sensible. Le praticien doit être conscient que l'explication, évidente pour lui, n'est pas toujours comprise par le patient et il doit, dès lors, s'en assurer et apporter des explications complémentaires si nécessaire.⁴

1.1.3.2. L'approche pédiatrique

En pédodontie, le praticien doit utiliser un langage approprié et adapté à l'âge du patient. Il pourra utiliser des termes imagés parfois humoristiques et épargner le petit patient d'un vocabulaire trop compliqué.

De nombreux procédés vont permettre d'améliorer la communication de l'enfant avec le chirurgien-dentiste et ainsi de surmonter ses peurs et ses appréhensions.

1.2. Développement de l'enfant

Piaget, Wallon et Freud sont les trois auteurs de référence lorsque l'on évoque la psychologie du développement chez l'enfant. Nous nous intéresserons à J. Piaget car la théorie piagétienne est constructiviste c'est-à-dire qu'elle montre la construction du sujet au travers des interactions qu'il a avec les objets.

1.2.1 J. PIAGET

Jean William Fritz Piaget, né le neuf août 1896 à Neuchâtel et mort le seize septembre 1980 à Genève, est un épistémologue, psychologue, biologiste et logicien suisse réputé pour ses travaux en psychologie du développement et en épistémologie à travers ce qu'il a appelé l'épistémologie génétique.

⁴ Caglar et al., « Evaluation of words in child-paediatric dentist communication. »

Jean Piaget s'est intéressé aux mécanismes de développement intellectuel et cognitif de l'enfant en les isolant de l'affectivité. La composante affective et émotionnelle est très importante dans l'approche de la douleur. Connaître les stades du développement cognitif reste un repère théorique permettant aux soignants d'être plus proche de l'enfant.⁵

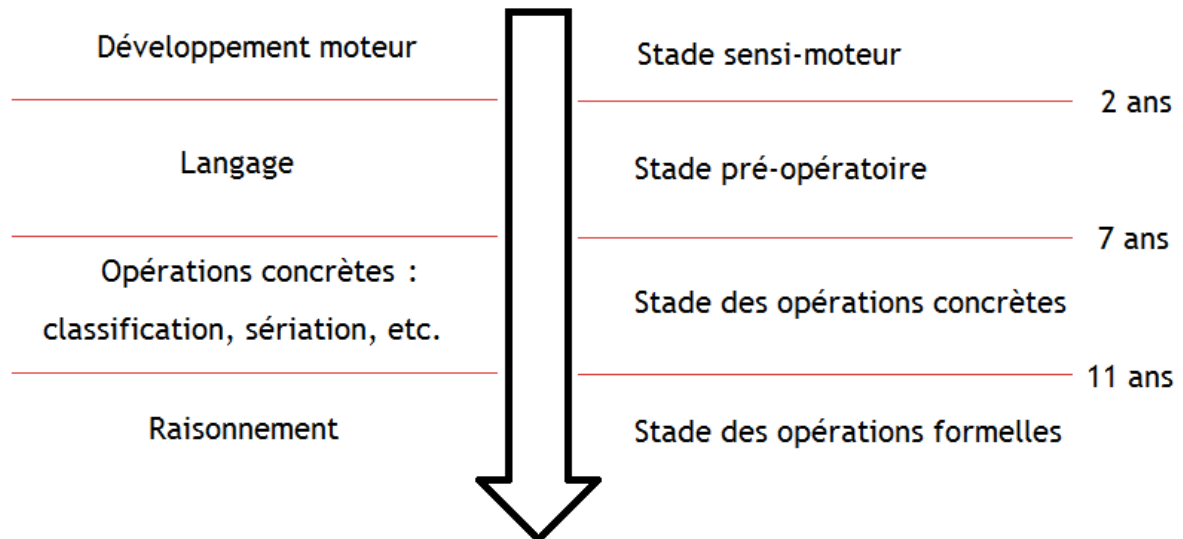
Utiliser des termes appropriés, poser des questions adaptées et donner des explications à l'enfant en fonction de l'âge, du milieu socio-culturel et de ses expériences passées doit aider le praticien à mieux évaluer la douleur et mieux cerner le comportement du petit patient. Une meilleure communication permet de diminuer l'appréhension et l'anxiété de l'enfant.

Jean Piaget s'interrogera sur plusieurs sujets notamment sur les différences qui existent entre la pensée de l'enfant et celle de l'adulte mais aussi sur la vision de l'enfant sur le monde.

L'intelligence de l'enfant sera détaillée sous forme de différents stades allant du stade sensori-moteur à celui des opérations concrètes.

1.2.2. Les quatre stades de l'intelligence⁶

Figure 1 : Les différents stades de développement selon Piaget



Source : Murray, *Théorie du développement selon Piaget*, 1996

⁵ Delitala, « Incorporating piaget's theories into behavior management techniques for the child dental patient. »

⁶ Piaget, *Six études de psychologie*.

1.2.2.1. L'intelligence sensori-motrice

Elle se développe de zéro à deux ans. C'est lors de cette période que les changements les plus importants s'opèrent. Ce stade est divisé en six sous-stades.

De 0 à 1 mois, ce sont les réflexes héréditaires qui s'exercent (par exemple succion du pouce appliqué au sein et aux objets). Au cours de ce mois, le nourrisson adapte ses réflexes au milieu environnant.

De 1 à 4 mois, c'est l'apparition des habitudes. L'enfant possède pleins de conduites héréditaires. On voit apparaître les premiers comportements moteurs tels que la fixation du regard.

De 4 à 8 mois, c'est l'adaptation intentionnelle. L'enfant découvre la résistance et la permanence de certains objets. Il cherche à reproduire un résultat qu'il a obtenu par hasard. On assiste l'apparition du comportement intentionnel.

De 8 à 12 mois apparaît la coordination des schémas secondaires. L'enfant se meut dans son environnement en alliant plusieurs sens : la vue, toucher, ouïe... Il cherche des moyens pour atteindre un but spécifique.

De 12 à 18 mois, l'enfant s'approprie de plus en plus son corps. L'enfant découvre des moyens et sait les adapter pour arriver à ses fins. On constatera une conduite plus imprévisible et personnalisée.

De 18 à 24 mois, c'est l'apparition des combinaisons mentales. L'enfant invente de nouveaux moyens par combinaison mentale sans tâtonnement. Il est en mesure de donner des significations aux objets et de se les représenter.

1.2.2.2. L'intelligence pré-opératoire⁷

De deux à sept ans, apparaît la période de la fonction symbolique au cours de laquelle se développent l'intelligence par la représentation et la pensée. Lors d'un jeu, un caillou deviendra un coussin ou un pistolet. L'enfant va apprendre à transformer et à inventer. Cette une période caractérisée par l'apparition des notions de quantité, d'espace, de temps et du langage.

⁷ Delitala, « Incorporating Piaget's theories into behavior management techniques for the child dental patient. »

1.2.2.3. Le stade des opérations concrètes⁸

L'enfant a entre sept et onze ans. Il peut se décentrer de sa personne et tient compte de l'avis des autres.

Les opérations mentales (classement, sériation, correspondance) sont réalisables mais ne sont applicables qu'aux seuls objets. La pensée reste fortement liée aux objets réels.

1.2.2.4. Le stade des opérations formelles.

Cette période va de onze ans à l'âge adulte. Dans le domaine affectif, l'adolescent reste un enfant mais biologiquement il devient adulte. Il peut tenter de nouvelles expériences, réfléchir sur des réalités virtuelles et raisonner de façon logique. Sa pensée se rapproche de celle de l'adulte.⁹

Figure 2 : Les stades du développement cognitif selon Piaget

LES STADES DU DÉVELOPPEMENT COGNITIF SELON PIAGET		
Classe d'âges	Description du stade	Étapes majeures
De la naissance à presque 2 ans	<i>Sensori-moteur</i> Contacts avec le monde par l'intermédiaire des sens et des actions (regarder, toucher, porter à la bouche et saisir)	• Permanence des objets • Angoisse de l'étranger
De 2 à 6 ou 7 ans	<i>Préopératoire</i> Représentation des choses avec des mots ou des images ; utilise l'intuition plutôt que le raisonnement logique	• Capacité à faire semblant • Égocentrisme • Développement du langage
De 7 à 11 ans environ	<i>Opérations concrètes</i> Pensées logiques à propos d'événements concrets ; compréhension d'analogies concrètes et capacité à exécuter des opérations arithmétiques	• Conservation des quantités • Transformations mathématiques
De 12 ans environ à l'âge adulte	<i>Opérations formelles</i> Raisonnement abstrait	• Logique abstraite • Capacité d'un raisonnement moral mature

Source : Murray, *Théorie du développement selon Piaget*, 1996

⁸ Ibid.

⁹ Piaget, *Six études de psychologie*.

1.3 Développement du langage

Le langage se développe perceptiblement de la même façon chez tous les enfants en suivant des étapes fixes mais avec malgré tout quelques variations (certains enfants seront plus précoces ou plus en retard que d'autres). Cela va dépendre du vécu et des capacités mentales génétiquement déterminées. Lorsque l'enfant apprend le langage, il teste et essaye tout ce qui l'entoure, c'est une acquisition qui se fait de manière active.¹⁰

1.3.1. La période pré-linguistique

1.3.1.1. De zéro à deux mois

À sa naissance, le bébé découvre les voix et commence à distinguer les sons des uns des autres. Les premiers appels du bébé, ses cris, sont différents selon ses envies et ses demandes dès le premier mois. Sa maman apprend rapidement ses significations : nous entrons dans un système de communication entre la mère et son enfant.

Nous assistons à l'apparition de nouveaux sons lors du deuxième mois. Le nouveau-né prend plaisir à expérimenter de nouvelles vocalises.

1.3.1.2. De six à douze mois

Entre six et huit mois, le bébé articule des syllabes bien différenciées. À partir de huit mois, ces syllabes varient selon le langage qui l'entoure. À cela s'ajoute l'apparition du sourire et du regard maintenu.

Vers huit-neuf mois, l'enfant regarde ce qu'on lui montre et pointe les objets ou les individus du doigt. C'est l'apparition de l'attention conjointe, il veut qu'on s'intéresse à lui.

L'enfant articule ses premiers mots un peu avant un an, vers dix-douze mois.

Avant de prononcer ses premiers mots, le bébé est très actif, il apprend à distinguer les sons élémentaires et tous les mots familiers récurrents. Il apprend à les reconnaître avant même de pouvoir les dire.¹¹

¹⁰ Bernicot et Bert-Erboul, *L'acquisition du langage par l'enfant*.

¹¹ Delahaie, « L'évolution du langage de l'enfant. »

Cette période pré-linguistique qui dure jusque l'âge de douze-dix-huit mois environ, représente une phase « d'initialisation » du langage oral.

De six jusqu'à douze mois, on parle de babillage « linguistique » car le bébé est influencé par la langue utilisée autour de lui. Ce babillage est quantitativement très variable d'un bébé à l'autre.

Vers douze mois, l'enfant prononce quelques mots et comprends environ cinquante mots.

1.3.2. La période linguistique

La période linguistique se caractérise par l'acquisition d'un capital de mots ainsi que de premières phrases. L'enfant n'a plus à faire certains gestes pour se faire comprendre.¹²

1.3.2.1. De douze à dix-huit mois

Le babillage devient langage, l'enfant tente de maîtriser les bruits qu'il produit, en privilégiant les sons qu'il entend dans son environnement. Il aura tendance à émettre des sons différents selon les personnes qui l'entourent.

Les premiers mots surgissent entre douze et seize mois. Il s'agit de une ou deux syllabes en relation avec des objets ou à des situations.

À un an, un enfant prononce entre cinq et dix mots ; à deux ans, son vocabulaire atteint deux cents mots pour près de 50% des enfants. L'acquisition des mots est lente et variable au début puis progresse très rapidement.

À dix-huit mois, l'enfant construit des phrases en utilisant deux mots ayant une signification différente. Exemples : « Bébé dodo » ou « Papa pati ». Apparaît aussi à cette période la négation. L'enfant aura tendance à dire « non » pour tout dans le but de s'affirmer.

À la fin de la deuxième année, son vocabulaire atteint deux cents cinquante à trois cents mots.

Les premières phrases font leur apparition entre vingt et vingt-six mois. Vers trois ans, le bébé connaît jusqu'à mille mots.

¹² Bernicot et Bert-Erboul, *L'acquisition du langage par l'enfant*.

1.3.2.2. Après dix-huit mois

Au fur et à mesure, il y a acquisition de la syntaxe : tout d'abord les phrases sont des mots-phrase puis au fur et à mesure elles comportent sujet, verbe, complément, qualificatifs et pronoms.

Le « je » fait son apparition à 3 ans. C'est le début de l'individualisation. L'enfant se rend compte qu'il a une identité propre à lui-même.

Entre trois et cinq ans, l'enfant acquiert le langage adulte basique. Par la suite, le langage ne cesse d'évoluer avec l'augmentation du vocabulaire et l'amélioration de la syntaxe.

À partir de 3 ans, l'enfant utilise de moins en moins les énoncés rudimentaires en faveur de phrases de plus en plus proches du langage adulte. L'amélioration de la structure des phrases va de paire avec une augmentation du vocabulaire. Ses premiers mots traduisent une signification que l'enfant associe non pas à un objet ou à une action mais à plusieurs situations ou plusieurs objets présentant des similitudes.

Par exemple, le mot « papa » peut signifier : « Où est papa », « Je veux voir papa », « Papa est là » ou encore « Je veux les bras de papa ».

Dès lors, le langage ne se suffit plus à lui-même. En effet, pour comprendre les mots il faudra s'intéresser au contexte (gestes, personnes présentes, environnement, situation).

À six ans, l'enfant apprend à écrire et à lire à l'école. Cela lui prendra une année.

2 : Le dentiste ou la peur ancestrale

2.1. Peur, anxiété, angoisse et phobie

2.1.1. Définitions

2.1.1.1. La peur

D'après le Larousse, « la peur est une crainte, inquiétude ressentie face à un danger, une situation présente ou à venir. La peur implique la présence d'un danger réel et la connaissance de celui-ci. L'émotion résulte d'un danger présent, bien précis et non d'une attente vague et d'une menace imprécise. L'enfant peureux craint quelque chose de spécifique, comme une piqûre ».¹³

Il existe différentes peurs :¹⁴

- La peur d'avoir mal: il est parfois compliqué pour l'enfant de distinguer les sensations. Malgré l'analgésie, il est important de lui expliquer qu'on ne peut pas supprimer toutes les sensations et qu'il va sentir que l'on travaille dans sa bouche (bruits des instruments).
- La peur du manque de confiance: lorsqu'on explique à l'enfant le soin et qu'on établit avec lui un signe d'alerte (par exemple : s'il a mal il doit lever la main) ; le praticien se doit alors de respecter sa promesse et faire une pause dans les soins ou alors en parler.
- La peur de perdre son self-contrôle : il est important que l'enfant sache se canaliser pour le bon déroulement de la séance. Il doit pour cela avoir pleinement confiance envers le chirurgien-dentiste.
- La peur d'être ridicule : il arrive que l'enfant de dix ans se comporte comme un enfant de quatre ans.
- La peur d'être jugé par le dentiste ou l'assistante dentaire de par son comportement ou de ce qu'il ressent
- La peur d'être critiqué à cause d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Une grande partie de la population évitent et fuient le dentiste pour cette raison.

¹³ Larousse, « Peur. »

¹⁴ Boridy, Charland, et Bourassa, « La peur de l'enfant au cabinet dentaire. Une peur qui n'est pas sans remède. »

Parmi toutes ces peurs, celle de la douleur reste la cause principale de l'anxiété dans les cabinets dentaires.¹⁵

2.1.1.2. L'anxiété

D'après le Larousse, l'anxiété est « un sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminés et se manifestant par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques (spasmes, sudation, dyspnée, accélération du rythme cardiaque, vertiges, etc.) ». En effet il s'agit « d'un état émotionnel pénible comportant à la fois l'attente inquiète d'un évènement imprécis et un malaise général d'ordre psychique, affectif, intellectuel et spirituel avec des phénomènes physiques subjectifs et objectifs ».¹⁶

Tous ces comportements liés à l'anxiété sont connus pour être complexes à gérer et peuvent compromettre la qualité et l'efficacité des soins.

Le stress est à l'origine de cette sensation de menace. Ce stress est ici le rendez-vous chez le chirurgien-dentiste.¹⁷

Lorsqu'un enfant se sent menacé, on assistera à un refus de sa part ou alors à des protestations. C'est sa façon de réagir aux agressions extérieures.¹⁸

Son comportement va alors se modifier on pourra l'entendre pleurer, crier, s'agiter voir même devenir agressif. Il faudra également tenir compte du langage corporel : un enfant qui a peur, va voir son attitude se modifier (replié sur lui-même, blotti contre un parent, collé dans un coin de la salle, la tête baissée, le regard fuyant...)¹⁹.

2.1.1.3. L'angoisse

L'angoisse est définie dans le dictionnaire Larousse comme : « une inquiétude profonde, peur intense née d'un sentiment de menace imminente et accompagnée de symptômes neurovégétatifs caractéristiques (spasmes, tachycardie, sudation,) ».

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Larousse, « Anxiété. »

¹⁷ Bourassa et al., « Facteurs de stress en dentisterie. »

¹⁸ Lin, Wu, et Yi, « Association between anxiety and pain in dental treatment. »

¹⁹ Naulin-Ifi, *Odontologie pédiatrique clinique*.

En effet : « Même si elle se rattache à l'existence d'un danger, elle est dans l'attente de ce danger qui est inconnu et ne peut être défini. Il s'agit d'un manque d'assurance face à une situation, le sentiment de ne pas savoir ce qui se passe ». L'enfant angoissé redoute le chirurgien-dentiste sans pour autant savoir ce qu'il va faire.

2.1.1.4. La phobie

La phobie est : « une crainte spécifique déclenchée par un objet ou une situation n'ayant pas en eux-mêmes un caractère dangereux. C'est une peur irrationnelle ou illogique devant un objet, un lieu, une activité ou une situation sans dangerosité. Elle se distingue de la peur par le fait qu'elle est irrationnelle et persiste plus longtemps. Elle disparaît en dehors de l'objet ou de la situation qui la déclenche par exemple la vue de l'aiguille ». ²⁰

Dans le dictionnaire Larousse²¹, la définition est : « une crainte déraisonnable à l'égard d'objets, de situations ou de personnes, dont le sujet reconnaît le caractère injustifié, mais il ne peut le surmonter ».

Le patient redoutant le dentiste reportera au maximum ses rendez-vous chez le chirurgien-dentiste. Lorsqu'un enfant est phobique, le confronter à sa peur (comme la turbine) permet de dédramatiser l'objet et lui montrer qu'il n'est pas dangereux.

2.1.2. Échelles de mesure

Au cabinet dentaire, avant chaque consultation, il est nécessaire d'évaluer l'anxiété de chaque patient afin de pouvoir prendre les bonnes décisions thérapeutiques. Chaque enfant ne réagit pas de la même façon en fonction du contexte et en fonction des jours. ²¹

Il existe plusieurs méthodes pour évaluer l'anxiété. Certaines sont très fiables chez l'adulte mais ne le sont pas chez l'enfant. En effet, il est plus compliqué d'évaluer l'anxiété chez l'enfant car il possède un vocabulaire moindre et une expérience réduite. ²²

²⁰ Larousse, « Phobie. »

²¹ Ibid.

²¹ Kain et al., « Preoperative anxiety in children. predictors and outcomes. »

²² Appukuttan, « Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. »

Malgré cela deux techniques sont fréquemment utilisées : l'auto-évaluation qui nécessite la coopération du patient et l'hétéro-évaluation avec l'aide d'une personne extérieure.

2.1.2.1. L'auto-évaluation

C'est une technique destinée aux enfants âgés d'au moins six ans car elle demande une réponse sur son niveau d'anxiété. Nous avons donc besoin de sa coopération et de sa compréhension.²³

Elle peut se faire de différentes façons :

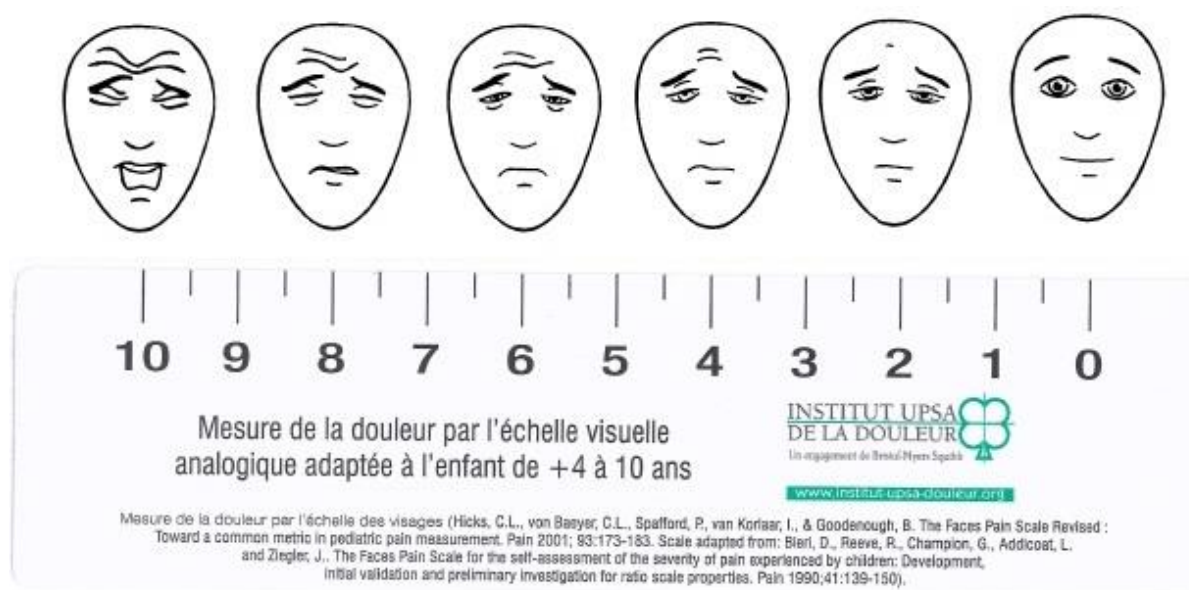
> Le dessin. L'enfant doit réaliser un dessin de lui-même en situation de stress (par exemple au cours d'un soin), sans l'aide de ses parents ou d'une personne extérieure. Cela va le forcer à chercher des réponses intérieures et à projeter sur le papier ce qu'il ressent. On interprétera ce qu'il dessine en fonction des formes mais aussi des couleurs utilisées.

De nombreux auteurs estiment que cette technique est peu fiable mais elle reste adaptée aux petits enfants.

> L'échelle visuelle analogique (EVA) est simple d'utilisation et facile à comprendre. Elle permet de mesurer l'anxiété sur une échelle de 0 à 10 (0= pas de trouble, pas d'anxiété, pas d'opposition et 10= totalement troublé, excessivement anxieux, totalement opposant). Quand le score dépasse 7, il faut prendre le temps d'en parler avec l'enfant.

²³ Kiliç et al., « Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. »

Figure 3 : Echelle d'évaluation de la douleur



Source : Hicks et al., Institut UPSA de la douleur, 1990

Figure 4 : Images de l'association SPARADRAP sur la douleur



Source : Herrenschmidt, L'hôpital, 2013

> Le questionnaire tient compte des sensations ressenties, l'enfant doit savoir lire et comprendre ce qu'on lui demande. Il en existe plusieurs :

L'échelle d'anxiété dentaire modifiée (MDAS : Modified Dental Anxiety Scale) est constituée de 5 items donnant un score allant de 5 à 25. Ce questionnaire permet d'évaluer l'anxiété au cabinet dentaire. Un score supérieur à 19 montre une anxiété très importante qualifiable même de phobie. ²⁴

Voici les questions posées :²⁵

Tableau 1 : L'échelle d'anxiété dentaire modifiée (MDAS : Modified Dental Anxiety Scale)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1) Si tu avais rendez-vous chez ton dentiste demain, comment te sentirais-tu ?2) Si tu étais assis en salle d'attente, comment te sentirais-tu ?3) Si le dentiste était sur le point d'utiliser sa turbine, comment te sentirais-tu ?4) Si le dentiste était sur le point de te faire un détartrage, comment te sentirais-tu ?5) Si le dentiste était sur le point de faire une anesthésie locale sur une molaire maxillaire, comment te sentirais-tu ? |
|---|

Source : Auteur

L'enfant doit donner une réponse de 1 à 5. La signification des notes est :

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

²⁴ Larousse, « Phobie. »

L'échelle dentaire de CORAH CDAS (Corah Dental Anxiety Scale), développée par NL Corah en 1969, présente quatre questions à choix multiples : ²⁶

La première concerne sa réaction à l'idée de se rendre chez le chirurgien-dentiste, cinq réponses sont possibles. La deuxième concerne le sentiment ressenti dans la salle d'attente.

Tableau 2 : L'échelle dentaire de CORAH CDASN (Corah Dental Anxiety Scale)

Quelle est ta réaction à l'idée de te rendre chez le dentiste ? Je vois cela comme une expérience agréable Cela ne m'inquiète pas particulièrement Ca me met un peu mal à l'aise J'ai peur que cela soit douloureux et désagréable Je suis vraiment stressé par ce que le dentiste va pouvoir me faire
Sentiments ressentis dans la salle d'attente Relaxé Un peu mal à l'aise Tendu, anxieux Tellement anxieux que je me sens malade

Source : Auteur

La troisième concerne le sentiment sur le fauteuil avant le début du soin (mêmes propositions que précédemment). La dernière concerne le sentiment lors du soin (mêmes propositions que précédemment).

À chaque réponse, un score de 1 à 5 est attribué. Le score total se situe donc entre 4 (score pour lequel le patient n'exprime pas d'anxiété) et 20 (score pour lequel le patient est extrêmement anxieux).

Lorsque le score est inférieur à 8, cela signifie que le patient est faiblement anxieux, entre 8 et 12, il est considéré comme moyennement anxieux et quand il est supérieur à 12, il est fortement anxieux.

²⁶ Kvale, Berg, et Raadal, « The ability of corah's dental anxiety scale and spielberger's state anxiety inventory to distinguish between fearful and regular norwegian dental patients. »

2.1.2.2. L'hétéro-évaluation

Pratiquée par une tierce personne, l'hétéro-évaluation a pour but d'étudier et de noter les signes d'anxiété. Cet observateur sera le chirurgien-dentiste ou son assistante dentaire. Cette technique est très utilisée pour les enfants de moins de six ans trop jeunes pour pouvoir répondre aux questions, pour les enfants plus âgés, en sus de l'auto-évaluation ou encore pour les enfants ayant un déficit de communication.

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

Observer le patient est essentiel pour arriver à évaluer son anxiété ; il faut étudier minutieusement sa façon de parler, ses gestes, ses grimaces pendant les soins mais aussi avant son rendez-vous, lorsqu'il est en salle d'attente. On choisira la méthode en fonction de la situation et de chaque patient.²⁷

Plusieurs échelles d'évaluation ont été créées afin de permettre une mesure plus objective que celle obtenue grâce à l'observation.

L'Echelle de HOUPPT : ²⁸Cette échelle se base sur l'étude rétrospective du comportement du patient lors de la séance à l'aide d'enregistrements vidéo. Les items évalués concernent : les pleurs, la coopération, l'appréhension, l'attention, l'évaluation de l'efficacité clinique de la séance.

Tableau 3 : Echelle de Houpt

Score 1 : séance "blanche"- aucun traitement n'a pu être réalisé
Score 2 : un traitement partiel a pu être réalisé mais il a dû être interrompu
Score 3 : traitement presque achevé mais interrompu à la fin du traitement
Score 4 : traitement achevé mais difficile
Score 5 : mouvements très limités, en général au moment de l'anesthésie
Score 6 : excellent - pas de pleurs ni de mouvements

Source : Auteur

²⁷ Giri et al., « Translation and validation of modified dental anxiety scale: the nepali version. »

²⁸ Berthet, Desprez-Droz, et Manière, *Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant*.

L'échelle de FRANKL 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 fur et à mesure des séances.²⁹

Tableau 4 : L'échelle de Frankl

Scores de l'échelle de Frankl :
0 : Comportement définitivement négatif : refuse le traitement, crie avec force, s'oppose aux 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 avec le praticien, intéressé par le traitement. Il rit souvent et semble apprécier la visite.

Source : Auteur

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

²⁹ Ibid.

Tableau 5 : Echelle de Veerkamp modifiée par Veerkamp

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

Source : Auteur

2.2. Etudes concernant l'anxiété dentaire chez l'enfant

Comme nous l'avons vu, la peur du dentiste que ce soit chez l'enfant ou chez l'adulte est une peur ancestrale qui se transmet de génération en génération. Beaucoup de recherches ont été consacrées à trouver les causes sous-jacentes de l'anxiété dentaire.³⁰

D'après une étude réalisée en au centre de consultations et de traitements odonto-stomatologiques d'Abidjan en 2012, je cite : « Sur 730 enfants filles et garçons répartis en deux tranches d'âge (6–9 ans et 10–15 ans), l'objectif était d'évaluer la corrélation existante entre l'anxiété et la douleur dentaire. Les résultats de cette étude ont montré que chez les enfants vivant dans des familles ayant un faible revenu, la prévalence de l'anxiété dentaire était de 78,3 % alors que celle de la douleur dentaire était de 86,9 % pour les enfants de 10 à 15 ans, et respectivement de 60 % et de 56 % chez les enfants de 6 à 9 ans. Une association significative entre le revenu familial, l'anxiété et la douleur dentaire a été constatée. Ce travail suggère que le revenu familial, l'anxiété et la peur de la douleur représentent des éléments à prendre en considération, dans la pratique dentaire, en particulier en dentisterie pédiatrique ».³¹

D'après des études rétrospectives, il a été constaté que : « la répartition des différents troubles anxieux varie en fonction de l'âge et du sexe.

L'âge moyen de début des troubles est compris entre 7 et 12 ans.

Les études rétrospectives montrent qu'au moins 80 % des adultes présentant des troubles anxieux avaient développé des symptômes anxieux avant l'âge de 18 ans.

L'ensemble des études plaide en faveur d'une plus forte prévalence dans le sexe féminin, quel que soit l'âge (ratio sexe M/F entre 0.7 et 0.4) ».³²

D'après une étude réalisée par Saadat H. : « l'effet de l'hypnose a été examiné sur l'anxiété préopératoire. Les sujets ont été randomisés en 3 groupes, un groupe d'hypnose qui a reçu des suggestions de bien-être, un groupe de contrôle de l'attention qui a reçu une écoute et un soutien attentif sans suggestions hypnotiques spécifiques et un groupe de contrôle n'ayant rien reçu. L'anxiété

³⁰ Messa Savi de Tove, Bakayoko-Ly, et N'Guessan, « Corrélation entre l'anxiété et la douleur dentaire chez l'enfant : investigations faites au centre de consultations et de traitements odonto-stomatologiques d'Abidjan. »

³¹ Ibid.

³² Shahnava et al., « Children and parents' experiences of cognitive behavioral therapy for dental anxiety : a qualitative study. »

a été mesurée avant et après l'intervention ainsi qu'à l'entrée des salles d'opération. Il a été constaté que les patients du groupe de l'hypnose étaient significativement moins anxieux après l'intervention que les deux autres groupes. De plus, à l'entrée des salles d'opération, le groupe de l'hypnose a enregistré une diminution significative de 56% de son niveau d'anxiété alors que le groupe témoin d'attention a enregistré une augmentation de 10% de l'anxiété et le groupe témoin a signalé une augmentation de 47% de son anxiété. Cette étude permet de conclure que l'hypnose soulage significativement l'anxiété préopératoire ». ³³

L'anxiété est liée à la douleur dentaire chez les enfants. Il faut donc en tenir compte afin d'organiser au mieux les traitements. De nombreuses techniques existent afin d'améliorer la prise en charge chez jeunes patients anxieux comme nous l'avons vu avec l'hypnose. Nous allons maintenant les détailler. ³⁴

³³ Saadat et al., « Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. »

³⁴ Morgan et al., « Children's experiences of dental anxiety. »

3 : En odontologie pédiatrique

3.1. Particularités de la pédiatrie

3.1.1. L'enfant, le parent et le praticien

Au cabinet dentaire, lors de la prise en charge d'un enfant, la relation qui existante peut être qualifiée de triadique : les parents, l'enfant et le chirurgien-dentiste.

Le praticien dirige les soins et peut se faire aider du personnel paramédical mais surtout des parents qui vont avoir un rôle majeur pour calmer, rassurer et consoler leur enfant.³⁵

3.1.1.1. Le chirurgien-dentiste et l'enfant

Lors des soins, le praticien doit savoir rester calme, ce qui ne veut pas dire permissif mais au contraire se faire respecter sans soumettre le jeune patient.

Un praticien agressif appliquant une méthode répressive et de contrainte vers l'enfant va provoquer la crainte, le repli sur lui-même et amener à des comportements négatifs. Tandis que s'il l'encourage, le félicite et lui donne des instructions claires et adaptées à son âge, cela va nettement diminuer son appréhension.

Le chirurgien-dentiste va s'engager dans une relation centrée sur l'enfant, sous la forme d'un contrat de soins au sein duquel l'enfant est partenaire à part entière.

Face à un enfant très difficile il peut arriver que le chirurgien-dentiste se sente impuissant, ce qui peut l'amener à de la colère ou de la détresse. C'est pour cela que la prise en charge peut être compliquée ; il faut malgré cela, en aucun cas, que le praticien menace ou marchande avec l'enfant.³⁶

Le chirurgien-dentiste doit être honnête : il ne doit pas dire à l'enfant qu'il ne sentira pas l'anesthésie. Il doit au contraire l'informer que cela peut être désagréable mais qu'après il n'aura plus mal.

³⁵ Barry, « Pediatric dentists' attitudes regarding parental presence during dental procedures. »

³⁶ Nissan et al., « Children's responses to sensory stimuli and their behavior in the dental office. »

Figure 5 : Images de l'association SPARADRAP sur les piqûres



Source : Herrenschmidt, les piqûres, 2013

3.1.1.2. Le chirurgien-dentiste et le parent

Le rôle du parent lors des soins dentaires de leur enfant est important car il peut influencer le déroulement de la séance, de façon positive ou négative.

En effet, le comportement, la personnalité et la relation qu'a le parent avec son enfant influencent l'attitude et les réactions du petit patient. C'est pourquoi il est intéressant d'observer les parents afin de mieux comprendre l'attitude de leur enfant et de ainsi de s'adapter au mieux.

Le parent peut : ³⁷

- **Être anxieux** : Lorsqu'on se retrouve en présence de parents anxieux, l'enfant le ressent et cela aura tendance à augmenter son niveau d'inquiétude. Il faut commencer par les rassurer en leur expliquant le déroulement de la séance et en leur faisant comprendre qu'ils doivent avoir confiance. Dans ces cas-là, on peut proposer aux parents de rester dans la salle d'attente pour éviter qu'ils communiquent leur stress.³⁸

- **Se méfier** : Cela peut concerner le chirurgien-dentiste mais aussi la maîtresse, le médecin de famille,... Il aura tendance à se méfier de tout le monde, l'enfant va le ressentir et sera méfiant à son tour.

³⁷ Berthet, Desprez-Droz, et Manière, *Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant*.

³⁸ Pani et al., « Objective assessment of the influence of the parental presence on the fear and behavior of anxious children during their first restorative dental visit. »

- **Douter** : On peut se retrouver face à des parents contestant l'utilité des soins ou encore des radiographies (« Est ce nécessaire d'être irradié pour une radio? Est-il vraiment nécessaire d'enlever cette dent ? Y'a-t-il vraiment besoin d'une anesthésie ? ... »). Il faut alors leur expliquer que la radiographie est indispensable au bon diagnostic. Si l'on fait face à un refus persistant et que l'on ressent qu'ils n'ont pas confiance, il est possible de les ré-adresser à un autre chirurgien-dentiste.

- **S'impatienter** : Le parent est impatient et ne tolère pas d'attendre, il veut que tout soit fait sur le moment et en une séance. Si le soin prend plus de temps que ce qu'ils avaient prévu, ils peuvent remettre en cause nos compétences. Il faudra alors leur expliquer que certains soins sont plus longs que d'autres. Pareillement, si l'enfant redoute de se faire soigner, il ne lui laissera pas le temps de s'adapter. Ce dernier aura donc plus de peine à faire face aux soins et à surmonter les difficultés.

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

- **Être trop permissif** : En effet lorsque les parents sont très permissifs et que leur enfant devient colérique, refusant le soin et voulant tout décider, c'est au praticien de reprendre la situation en main. Il doit rester calme pour montrer au jeune patient que son comportement le laisse indifférent. Lorsque la crise est trop importante le faire patienter sur le fauteuil ou dans la salle d'attente. Il doit comprendre que c'est le praticien qui décide.

- **Être trop protecteur** : Il est soit trop dominant, l'enfant est alors étouffé et ne prend pas d'initiatives, soit trop indulgent, acceptant et justifiant les caprices de son enfant. Au cabinet dentaire, il veut le protéger du « méchant » chirurgien- dentiste, ce qui instaure une relation de conflit entre d'un côté le praticien et, de l'autre, le parent et son enfant.

- **Être négligent** : La prise en charge est souvent tardive car le parent peut être très occupé par son travail et négliger les soins dentaires. L'enfant peut alors présenter un état bucco- dentaire très mauvais avec des douleurs parfois intenses, ce qui augmente son appréhension face aux soins. L'éducation à l'hygiène orale sera élémentaire lors de la première séance. Dans le cas d'un enfant réticent, il est important d'interroger les parents. Cela va permettre de savoir le blocage aux soins provient de leur attitude. Nous pourrons alors cibler l'origine exacte du problème et ainsi trouver l'approche la plus adaptée à l'enfant, permettant sa prise en charge.

Dans certains cas, il peut être intéressant de séparer l'enfant de ses parents durant le soin. En effet, l'anxiété des parents peut avoir une influence sur son comportement. La séparation sera donc bénéfique si l'enfant fait preuve d'insolence, de rébellion, ou si les parents sont trop laxistes ou trop permissifs.

3.1.2. Variations en fonction de l'âge

Selon son âge, l'enfant comprendra plus ou moins l'intérêt du dentiste. Tout petit, il n'est pas capable de comprendre les bénéfices et s'y opposera. Lorsqu'il grandit et aborde ses six ans, il s'y intéressera, posera des questions et voudra même participer activement aux soins. C'est pourquoi il est important de tenir compte de l'âge et du niveau de développement de l'enfant afin d'adapter sa prise en charge en fonction.³⁹

3.1.2.1. De la naissance à deux ans

De zéro à deux ans, l'enfant ne comprend pas l'intérêt des soins et l'importance de coopérer, d'autant plus qu'il craint les visages qui lui sont inconnus. De plus il est totalement dépendant de ses parents surtout, de sa mère, ce qui impose leur présence pour la réalisation des soins. On pourra l'examiner dans sa poussette ou allongé sur un des deux parents s'il refuse de s'allonger seul sur le fauteuil. Cette consiste à allonger l'enfant sur les genoux du parent accompagnateur installé face au praticien : la tête de l'enfant se trouve directement sur les genoux du praticien, ce qui facilite l'examen clinique.⁴⁰

3.1.2.2. De deux à quatre ans

De deux à trois ans, nous assistons à la « crise de personnalité ». L'enfant est alors colérique et négatif. Toutes personnes inconnues pour lui, comme le chirurgien dentiste, l'effrayent et ne feront qu'accentuer la difficulté de sa prise en charge. La solution est donc de ne pas le séparer de ses parents, pour qu'il se sente en sécurité. Lors de cette période l'enfant commence à parler, ce qui sera un atout pour le praticien, ce dernier pourra communiquer avec l'enfant à l'aide de phrases courtes et simples pour se faire comprendre.

³⁹ Berthet, Desprez-Droz, et Manière, *Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant*.

⁴⁰ Kiliñç et al., « Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. »

Entre trois et quatre ans, le chirurgien dentiste doit donner à l'enfant des explications simples et ne doit pas hésiter à imaginer ses propos car à cet âge l'enfant est encore attaché à un symbolisme imagé. Le praticien pourra le laisser s'installer seul sur le fauteuil, mais la présence des parents est encore nécessaire afin de capter son attention, car celui-ci ne restera pas concentré plus de quatre à huit minutes.⁴¹

3.1.2.3. De quatre à six ans

L'enfant découvre l'univers et les règles du monde adulte, qu'il ne comprend pas toujours ce qui explique ses questionnements permanents. L'enfant est désireux de connaître les limites de son environnement. Son langage évolue, il ressent le besoin de s'exprimer, de poser des questions et d'être écouté. Son temps de concentration est alors de dix à quinze minutes. Le praticien doit expliquer à l'enfant ce qui est autorisé au cabinet dentaire, avec la présence de ses parents. L'information doit être claire et simple pour que l'enfant comprenne les soins qui vont être réalisés. Le chirurgien-dentiste doit prendre le temps d'expliquer chaque étape du soin, d'être attentif et à l'écoute. L'enfant sera alors plus coopérant. Dans le cas contraire l'enfant refusera les soins.

3.1.2.4. Après six ans

A partir de six ans la peur de l'enfant finit par disparaître. Il remplace sa pensée magique par une pensée plus logique. Son âge ne constituera alors plus un critère d'opposition aux soins. Il prend conscience de la temporalité, apprécie qu'on le félicite et qu'on le considère comme un « grand », ce qui fait de lui un patient coopérant. Malgré sa compréhension du monde des adultes, il reste tout de même un enfant qui mérite une attention et une approche adaptée.

3.1.3. Adaptation du langage

Le chirurgien dentiste doit employer des mots adaptés à la compréhension du patient, variable en fonction de son âge. Il est possible de donner des explications en utilisant un vocabulaire imagé et drôle et éviter ainsi les termes trop techniques. Voici un exemple de tableau regroupant des termes imagés et leurs significations.⁴²

⁴¹ Boridy, Charland, et Bourassa, « La peur de l'enfant au cabinet dentaire. Une peur qui n'est pas sans remède. »

⁴² Berthet, Desprez-Droz, et Manière, *Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant*.

Tableau 6 : Vocabulaire imagé

<u>Termes techniques</u>	<u>Termes imagés</u>
Le scialytique	Le soleil
Ouvrir la bouche	Faire la bouche de crocodile, de lion
Utiliser l'anesthésie	Gonfler un ballon
Sealant	La peinture pour les dents, le vernis
La radiographie	Faire une photo
Empreinte avec porte-empreinte	Pâte à gâteau avec moule à gâteau (la bouche étant le four)

Source : Auteur

Cependant ce langage n'est pas adapté à tous les âges. Il faudra moduler et proposer aux enfants plus âgés, comme ceux proches de l'adolescence, des termes plus appropriés. En effet parler du « soleil » à un enfant de 11-12 ans peut être perçu comme une moquerie, et nous constaterons l'effet inverse : cela risque de l'offenser.

Pour un adolescent, il faudra simplifier les termes plutôt que de les imagier. À titre d'exemple, on pourra remplacer « anesthésier » par « faire une piqûre ».

Figure 6 : Image de l'association SPARADRAP sur les piqûres



© SH - Association SPARADRAP

Source : Herrenschmidt, les piqûres, 2013

3.1.4. Approche adaptée (langage, Tell-show-do)

Il y a plus de 40 ans, un dentiste nommé Harold Addleston a inventé la phrase Tell-show-do. Cette technique est utilisée par les dentistes pour aider les enfants à vaincre leurs craintes, qu'il s'agisse d'un simple examen dentaire ou de soins plus compliqués. La théorie se base sur le fait que les enfants sont de grands détecteurs de mensonges et qu'ils sont plus anxieux s'ils pensent être trompés. Nous devrions donc être sincères avec eux, leur décrire les choses de manière claire et non menaçante. Cette honnêteté les aide à établir une vraie relation de confiance avec le praticien.

La technique de Tell-show-do a été développée pour aider les enfants appréhensifs à recevoir des soins dentaires. Cependant, cela fonctionne aussi bien avec de nombreux adultes nerveux.

Comme son nom l'indique, cela implique plusieurs actions :⁴³

- Tell = Dire : le dentiste explique ce qu'il aimerait faire.
- Show = Montrer : il montre ce qui va être utilisé pour soigner (par exemple : montrer l'équipement).
- Do = Faire: il réalise les soins.

Cette technique est une excellente façon d'établir des rapports, car il s'agit d'une approche interactive et communicative.

Le dentiste demande la permission avant chaque nouvelle étape. Il est également possible d'établir un signal d'arrêt. Elle est utilisée conjointement avec un langage non menaçant et est très efficace pour toute personne qui craint la perte de contrôle - une des peurs dentaires les plus répandues.

Tell-show-do peut être considérée comme une forme rapide de désensibilisation, où l'anxiété est réduite par une acclimatation progressive de l'objet qui cause la peur.

Le fait que le dentiste prenne le temps d'expliquer les choses et de reconnaître les angoisses et craintes du patient permet à celui-ci d'être plus détendu.

Le but ici étant de permettre au patient de contrôler à sa façon la situation. Donc, à chaque étape clé, le praticien explique ce qu'il va se passer et le but escompté. Il répond aux questions et lorsque le patient est suffisamment informé, il demande la permission de commencer.

⁴³ Naulin-Ifi, *Odontologie pédiatrique clinique*.

3.2 Hypnose

3.2.1. Définitions, explications

D'après Jean GODIN, fondateur de l'institut Milton Erickson de Paris :

« L'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante tout en restant en relation avec l'accompagnateur ».

« Cela permet des actions de l'esprit sur le corps et d'accéder à l'inconscient. En effet la transe hypnotique est avant tout un état agréable où la concentration est axée vers l'intérieur de soi. C'est un mécanisme simple qui met l'esprit conscient en « veilleuse » et privilégie le fonctionnement du subconscient ».

De manière générale, le terme hypnose désigne un état particulier de conscience (difficile à définir) ainsi que de nombreuses techniques permettant de mener à cet état et les pratiques thérapeutiques utilisées pendant cet état.⁴⁴

L'hypnose désigne une interaction entre une personne - l'hypnotiseur – et une ou d'autres personnes - les «sujets». Dans cette interaction, l'hypnotiseur tente d'influencer les perceptions du sujet tels que ses sentiments, sa pensée et son comportement en lui demandant de se concentrer sur des idées et des images. Les communications verbales que l'hypnotiseur utilise pour atteindre le sujet sont appelées « suggestions » et servent à provoquer la relaxation, à soulager la douleur, l'anxiété ou le stress.

De manière générale, le terme hypnose désigne un état particulier de conscience (difficile à définir) ainsi que les techniques (nombreuses) permettant de mener à cet état et les pratiques thérapeutiques (multiples et variées) utilisées pendant cet état.⁴⁵

3.2.2. Pratiques ou la méthode pour s'adapter au plus proche du petit patient

Les séances d'hypnose sont toutes différentes mais elles contiennent toutes six phases pouvant être concomitantes. L'hypno thérapeute doit adapter son attitude à chaque patient ; ses actes sont personnalisés et spécifiques.⁴⁶

⁴⁴ Michaux, « Hypnose ericksonienne - institut français d'hypnose. »

⁴⁵ Malarewicz, « Present status of hypnosis. »

⁴⁶ Häuser et al., « The efficacy, safety and applications of medical hypnosis. »

3.2.2.1. Les préalables

Cette adaptation a pour but d'obtenir la confiance du patient par une attitude d'écoute bienveillante, de se renseigner sur ses attentes et ses motivations, de rechercher ce que représente pour lui l'hypnose, et de la démystifier, si nécessaire. Cet entretien préalable avec le parent et l'enfant permet de justifier l'indication d'hypnose, de détecter une contre-indication éventuelle, d'obtenir un maximum d'éléments utiles à la stratégie thérapeutique. Ces préalables constituent l'essentiel de la première rencontre avec un patient, aucune étape ne doit être négligée.

3.2.2.2. Préliminaires

Les préliminaires installent la relation dans un cadre de travail hypnotique spécifique. Cela consiste en un ensemble de consignes facilitant le confort du patient, préparant l'approche thérapeutique et développant une relation de confiance. Cette étape est propice à la mise en place d'un ancrage. Ce procédé consiste à effectuer un geste, une action ou à prononcer un mot ou une phrase en début de séance ; ceci sera répété de manière strictement identique à la fin de la séance. Selon Erickson, l'ancrage favorise l'amnésie de certains contenus de la phase thérapeutique, facilite les inductions futures et potentialise les résultats de la thérapie.⁴⁷

3.2.2.3. Induction

L'induction est une étape qui dans laquelle le patient entre dans un état de focalisation mentale. Les sens vont être brouillés des sens, le contrôle logique va être ensommeillé, ce qui induit un brouillage de la notion de temps et d'espace. Plusieurs techniques sont possibles (visuelles et/ou auditives) pour aboutir à cette induction. Celle qui nous intéresse est la technique dite d'accompagnement dans un souvenir agréable, considérée comme une façon simple de s'initier à l'induction hypnotique

Une confusion dans la perception se produit, il va voir sans voir, entendre sans entendre, il perd la notion du temps et de l'espace. Cette confusion « contrôlée » permet l'introduction de domaines tels que l'inventivité, l'imagination libre.⁴⁸

⁴⁷ Musellec et al., « Procédure de stérilisation par implantation d'essor ambulatoire pour femmes : étude prospective comparant l'anesthésie générale par rapport à l'hypnose combinée à la sédation. »

⁴⁸ Michaux, « Hypnose ericksonienne - institut français d'hypnose. »

3.2.2.4. Phase thérapeutique

Dans la pratique, l'action thérapeutique s'opère généralement par la communication verbale : cette communication se fait par des suggestions directes visant la disparition des symptômes mais peut comporter également un caractère persuasif et éducatif ayant pour but le reconditionnement du malade à des attitudes plus saines. Le thérapeute va orienter le patient vers le but souhaité (analgésie, amnésie, distorsion temporelle,...).

Le patient reste passif.

L'hypnose ericksonienne préconise une façon de communiquer permissive, respectueuse du patient et de son libre-arbitre, afin de situer le sujet comme acteur principal de son changement, donnant aux suggestions un sens particulier en fonction de son vécu et de ses capacités.

Il existe plusieurs moyens de communiquer : ⁴⁹ les suggestions ouvertes et les suggestions indirectes.

Quelques exemples de suggestions indirectes :

- L'allusion
- L'implication⁵⁰
- La présupposition⁵¹
- Le double-lien⁵²
- Le saupoudrage
- Les métaphores
- L'utilisation des résistances

3.2.2.5. Sortie de l'hypnose

Le retour représente le moment crucial où l'expérience vécue en transe va s'intégrer dans le quotidien ordinaire du sujet. La sortie de l'hypnose se déroule de façon progressive. Elle sera précédée d'un laps de temps pendant lequel l'hypno thérapeute fera des suggestions de détente et de bien-être. Enfin il pourra accompagner le patient dans son réveil, par exemple en énumérant un compte à rebours, plus le chiffre se rapproche de un et plus le patient sort de sa transe hypnotique et se réveille.

⁴⁹ Häuser et al., « The efficacy, safety and applications of medical hypnosis. »

⁵⁰ Michaux, « Hypnose ericksonienne - institut français d'hypnose. »

⁵¹ Meggle, « Erickson's hypnosis. »

⁵² Malarewicz, « Present status of hypnosis. »

Il est possible que le patient ressente des sensations de vertige, maux de tête, nausées. Il faudra alors une nouvelle induction pour les supprimer.⁵³

3.2.2.6. Entretien post-hypnotique

À la fin de la séance et dès lors que le patient est sorti de l'hypnose, on demande au patient de raconter ce qu'il a vécu et ce qu'il a ressenti. Cela permet au praticien de recueillir les éléments nécessaires pour adapter au mieux la séance suivante et nous donne des informations élémentaires sur la psychologie du patient.

3.2.3. Effets attendus

L'hypnose agit dans de nombreux domaines notamment :

- L'anxiété

L'hypnose concerne principalement les patients anxieux ou angoissés. Elle permet de traiter des phobies particulières (anesthésie, bruits des instruments). Il est possible de transformer des expériences antérieures négatives en expérience positive par modification du souvenir, et ainsi réduire l'anxiété des patients due à leur phobie.

- La gestion de la douleur et des urgences

La douleur est une des causes principales de consultation en urgence au cabinet dentaire.

Elle nécessite une prise en charge multidimensionnelle dont l'hypnose fait partie.

L'hypnose va permettre la modification des perceptions douloureuses : on va modifier la composante émotionnelle de la douleur et la transformer en inconfort. La stratégie hypnotique permet de gérer cette composante émotionnelle.⁵⁴

⁵³ Patel, Potter, et Mellor, « The use of hypnosis in dentistry: a review. »

⁵⁴ Musellec et al., « Procédure de stérilisation par implantation d'essor ambulatoire pour femmes : étude prospective comparant l'anesthésie générale par rapport à l'hypnose combinée à la sédation. »

L'hypno thérapeute va utiliser les centres d'intérêts du patient pour l'amener vers des expériences agréables. Ainsi lors de la transe il est possible d'obtenir une anesthésie qui permettra une gestion apaisée de l'urgence.

Cela fonctionne très bien avec les enfants car leur imaginaire est sollicité et il est très développé à cet âge.

- La gestion du saignement et de la salivation (xérostomie, hypersalivation)

L'hypnose peut aider à réduire le saignement de la zone traitée mais aussi la salivation. Ainsi la séance est plus agréable pour le patient et le chirurgien-dentiste a une meilleure visibilité.

- La gestion des habitudes bucco-dentaires néfastes

Elle permet de contrôler les muscles masticatoires, des éventuelles douleurs associées et de réduire toutes les habitudes néfastes telles que la succion du pouce ou l'onychophagie.

- Indications en prothèse

L'hypnose peut être utilisée pour diminuer le réflexe nauséeux lors de la prise d'empreinte en agissant sur le relâchement musculaire.

De plus, l'emploi de suggestions destinées à faciliter l'adaptation du patient à sa prothèse permet de limiter le nombre de séances de retouches.

- Distorsion temporelle de la séance

Cela permet au patient de supporter de plus longues séances sans pour autant avoir eu l'impression d'être resté le temps de la réelle durée de la séance.

- Motivation à l'hygiène bucco-dentaire

Permet d'encourager le patient à mieux se brosser les dents et prendre soin de ses dents.⁵⁵

⁵⁵ Kelly, McKinty, et Carr, « Utilization of hypnosis to promote compliance with routine dental flossing. »

3.3. Techniques Pharmacologiques

3.3.1. Prémédication Sédatrice

La prémédication par voie orale est la méthode la plus utilisée pour induire une sédation légère chez les enfants anxieux.

Les parents acceptent facilement cette prescription car elle est simple d'utilisation et ne nécessite pas d'hospitalisation ou de matériel spécifique. Mais la voie orale est une voie d'administration peu prédictible en terme d'effets physiologiques et cliniques, en effet il n'est pas facile d'obtenir l'effet voulu car la dose adéquate est difficile à établir ; elle dépend entre autre du degré d'absorption propre à chaque individu. C'est pourquoi l'efficacité des prémédications est imprévisible et des effets secondaires sont assez fréquents chez l'enfant.⁵⁶

3.3.1.1. L'hydroxyzine

C'est la substance la plus utilisée (Atarax®). Son administration est réalisée per os 1 heure avant le rendez-vous à la dose de 1mg/kg. Elle est faiblement anxiolytique et possède des propriétés antihistaminiques. Elle est préconisée pour les troubles mineurs de l'anxiété.

3.3.1.2. Les benzodiazépines

Les benzodiazépines notamment le diazépam (Valium®) ont des propriétés sédatives, anxiolytiques, hypnotiques mais aussi myorelaxantes. Pour l'enfant la posologie est de 1mg/kg et l'efficacité maximale est obtenue au bout de 45 minutes par voie orale.

3.3.2. La sédation consciente : le MEOPA

Le MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (N₂O)) est un mélange gazeux analgésique entraînant une sédation consciente, avec diminution du seuil de perception des stimuli douloureux.

⁵⁶ Godet, « Utilisation du MEOPA pour gérer la douleur. »

Durant la sédation, le contact verbal avec le patient est maintenu. Le patient est conscient, garde ses réflexes de protection (réflexes laryngés), une ventilation normale, des mouvements oculaires normaux et est capable de répondre et de comprendre des commandes verbales.

Ses objectifs :

- Contrôler l'anxiété
- Promouvoir le bien-être et la sécurité du patient
- Faciliter la réalisation de soins de qualité
- Minimiser les comportements perturbateurs excessifs
- Promouvoir une réponse psychologique positive au traitement
- Faire revenir le patient rapidement dans un état psychologique permettant la sortie sans danger.

Cela fait plus de sept ans que le MEOPA n'est plus réservé exclusivement au milieu hospitalier. Les chirurgiens-dentistes peuvent l'utiliser dans leur cabinet dentaire s'ils détiennent une formation et ont leur AFGSU à jour (attestation de formation aux gestes et soins d'urgences). Lorsque l'on inhale ce produit, le niveau de conscience diminue ce qui induit la relaxation du patient tout en le laissant éveillé, le patient peut répondre et parler. Il est indispensable de réaliser une anesthésie locale ou régionale en fonction du soins, car le MEOPA n'a d'effet que sur le seuil de douleur mais n'a pas de pouvoir anesthésiant. On utilise un masque nasal ou naso-buccal pour faire inhaler le mélange.

Il est nécessaire que l'enfant comprenne ce que l'on va faire pour optimiser la réussite de cette technique, elle sera plus utilisée chez les enfants de plus de quatre ans.

Enfin il faudra au minimum deux personnes pour la réalisation du soin : une personne qui soigne, une qui tient le masque et si possible une troisième qui parle avec l'enfant durant le soin.

Avant le soin :

- Il faut expliquer ce qu'est le MEOPA et comment la séance va se dérouler. L'enfant doit être en confiance grâce à un langage adapté.
- Prévenir qu'il est possible de ressentir des fourmillements au niveau des mains, des pieds, puis des bras et des jambes ; et avoir des vertiges ou encore que le son soit transformé.
- Se positionner au niveau du patient, face à lui afin de garder un contact visuel et verbal si possible.

Figure 7 : Image de l'association SPARADRAP sur le MEOPA



Source : Herrenschmidt, avant de faire la piqûre, 2013

Pendant le soin :

- Le patient doit être bien installé, le matériel parfaitement positionné (masque étanche).
- Être au calme : tout son sera entendu déformé par l'enfant, ce qui peut lui faire peur.
- S'exprimer doucement.
- Faire respirer le mélange pendant trois minutes (temps d'induction).
- Vérifier régulièrement qu'il n'y ait pas de fuites entre le masque et le nez ou la bouche de l'enfant.
- Communiquer avec le patient, lui parler, le rassurer, le toucher, l'encourager, l'informer.
- Ne jamais dépasser soixante minutes d'inhalation en continu.

La surveillance :

Il est indispensable de surveiller le patient lors de l'administration du MEOPA. Il faudra garder contact verbalement avec lui et vérifier qu'il n'y ait pas de sédation excessive (facilement rectifiable, il suffit de retirer le masque), et ainsi maintenir son niveau de conscience et garder sa coopération.

Lorsque le soin se termine et qu'on retire le masque, l'effet de la sédation se dissipe rapidement, en quelques minutes. Le patient retourne à son état normal.

3.3.3. Sédation profonde : le Midazolam

La sédation profonde correspond à l'administration du Midazolam. Elle sera préférentiellement utilisée chez le jeune enfant car nous n'obtenons pas forcément l'effet voulu chez eux avec le MEOPA. Il constitue un sédatif plus puissant que le MEOPA et son utilisation est réservée aux milieux hospitaliers en présence d'un anesthésiste réanimateur.⁵⁷

C'est une sédation également intéressante pour les adolescents refusant les soins ou présentant une déficience intellectuelle/ troubles psychiatriques.

La sédation consciente permet la réalisation des soins chez les personnes non coopérantes et anxieuses à l'état vigile. Actuellement, le MEOPA est préféré mais le Midazolam est indiqué chez les très jeunes enfants. Une surveillance per- et post-opératoire est indispensable. Les voies rectales et orales sont préférés chez le jeune enfant alors qu'on utilisera les voies nasales et intraveineuses lorsque l'enfant est plus âgé.⁵⁸

Il est nécessaire de rappeler que toutes ces techniques de sédation consciente permettent de faciliter la réalisation des soins mais ne constituent pas une fin en soi.

Une anamnèse médicale complète est indispensable avant la réalisation de l'acte.⁵⁹

⁵⁷ Kain et al., « Midazolam. »

⁵⁸ Silverman et al., « Prehospital care for the adult and pediatric seizure patient: current evidence-based recommendations. »

⁵⁹ Kain et al., « Midazolam. »

3.3.4. L'anesthésie générale

C'est le dernier niveau de sédation et le dernier recours, lorsque l'on n'a pas réussi à réaliser les soins avec toutes les techniques que nous avons vues précédemment. Il est adapté aux enfant très anxieux voir phobiques qui nécessitent des séances longues.

Tous les soins peuvent être réalisés en une seule séance. A la suite de l'opération, il faudra continuer à suivre l'enfant afin de détecter l'apparition de nouvelles caries ou autres problèmes dentaires ; et l'enseignement à l'hygiène orale est toujours un prérequis indispensable.

Il faut prévenir les parents que ce type de protocole ne peut être répété fréquemment et qu'il est réservé à une intervention exceptionnelle. En effet, l'anesthésie générale n'est pas sans risque et elle se réalise en milieu hospitalier, d'où un coût important.⁶⁰

⁶⁰ Berthet, Desprez-Droz, et Manière, *Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant*.

Conclusion

La chirurgie dentaire est un métier technique mais surtout un métier de communication. La relation de soins est une part très importante de notre exercice : souvent délaissée, elle est pourtant capitale pour assurer un meilleur avenir dentaire à nos patients. En odontologie pédiatrique, la relation thérapeutique est modifiée : elle inclue les parents et est variable en fonction de l'âge et des capacités d'adaptation de l'enfant. Il existe de nombreuses possibilités pour améliorer les séances de soins ; il est possible de les utiliser de façon séparer ou bien de les associer mais la communication reste toujours le socle de la relation thérapeutique. La prévention est essentiellement basée sur la communication, autant dans le cadre de la prévention primaire que secondaire ou tertiaire. Nos jeunes patients et leurs parents seront d'autant plus réceptifs à notre discours qu'ils se sentiront écoutés et compris.

Bibliographie

- Appukuttan, D. P. « Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. » *Clinical, cosmetic and investigational dentistry* 8 (2016): 35- 50. doi:10.2147/CCIDE.S63626.
- Barry, K. « Pediatric dentists' attitudes regarding parental presence during dental procedures. » Consulté le 12 mars 2017. <http://www.aapd.org/assets/1/25/marcum-17-07.pdf>.
- Bernicot, J., et A. Bert-Erboul. *L'acquisition du langage par l'enfant*. 2^e éd. Paris: In Press, 2014.
- Berthet, A, D Desprez-Droz, et M.-C. Manière. *Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant*. Paris: Quintessence international, 2006.
- Boridy, M., R. Charland, et M. Bourassa. « La peur de l'enfant au cabinet dentaire : une peur qui n'est pas sans remède. » *Le journal dentaire du quebec* 28 (1991): 265- 70.
- Bourassa, M., J. M. Des Ormeaux, M. Desormeaux, et T. T. Thi Dao. « Facteurs de stress en dentisterie. » *Le journal dentaire du quebec* 21 (1984): 9- 13.
- Caglar, K., N. Sandalli, B. Kirant, et O. O. Kuscü. « Evaluation of words in child-paediatric dentist communication. » *European journal of paediatric dentistry* 16, n° 3 (2015): 236- 38.
- Delahaie, M. « L'évolution du langage de l'enfant. » Consulté le 3 avril 2017. http://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/inpes_evolution_langage_enfant.pdf.
- Delitala, G. « Incorporating Piaget's theories into behavior management techniques for the child dental patient. » *General dentistry* 48, n° 1 (2000): 74- 76.
- Giri, J., P.R. Pokharel, R. Gyawali, et B. Bhattarai. « Translation and validation of modified dental anxiety scale: the nepali version. » *International scholarly research notices*, 2017, 5495643. doi:10.1155/2017/5495643.
- Godet, M. « Utilisation du meopa pour gérer la douleur. » *Revue de l'infirmiere*, n° 184 (2012): 53- 54.
- Häuser, W., M. Hagl, A. Schmierer, et E. Hansen. « The efficacy, safety and applications of medical hypnosis. » *Deutsches arzteblatt international* 113, n° 17 (2016): 289- 96. doi:10.3238/arztebl.2016.0289.
- Kain, Z. N., M. B. Hofstadter, L. C. Mayes, D. M. Krivutza, G. Alexander, S. M. Wang, et J. S. Reznick. « Midazolam: effects on amnesia and anxiety in children. » *Anesthesiology* 93, n° 3 (2000): 676- 84.
- Kain, Z. N., L. C. Mayes, T. Z. O'Connor, et D. V. Cicchetti. « Preoperative anxiety in children : predictors and outcomes. » *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 150, n° 12 (1996): 1238- 45.
- Kelly, M. A., H. R. McKinty, et R. Carr. « Utilization of hypnosis to promote compliance with routine dental flossing. » *The american journal of clinical hypnosis* 31, n° 1 (1988): 57- 60. doi:10.1080/00029157.1988.10402768.
- Kilingç, G., A. Akay, N. Sevinç, et H. Ellidokuz. « Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. » *Brazilian oral research* 30, n° 1 (2016). doi:10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0072.
- Kvale, G., E. Berg, et M. Raadal. « The ability of Corah's dental anxiety scale and Spielberger's state anxiety inventory to distinguish between fearful and regular norwegian dental patients. » *Acta odontologica scandinavica* 56, n° 2 (1998): 105- 9.
- Larousse. « Anxiété. » *Dictionnaire français Larousse*, 2017. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxi%C3%A9t%C3%A9/4369>.
- . « Communication. » *Dictionnaire français Larousse*, s. d. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>.
- . « Peur. » *Dictionnaire français Larousse*, 2017. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peur/60046>.

- . « Phobie. » *Dictionnaire français Larousse*, 2017.
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/phobie/60302>.
- . « Langage. » *Dictionnaire français Larousse*, 2017.
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/langage/46165>.
- Lin, C.-S., S.-Y. Wu, et C.-A. Yi. « Association between anxiety and pain in dental treatment. » *Journal of dental research* 96, n° 2 (2017): 153- 62. doi:10.1177/0022034516678168.
- Malarewicz, J. A. « Present status of hypnosis. » *Soins. psychiatrie*, n° 121 (1990): 4- 6.
- Meggle, D. « Erickson's hypnosis. » *Annales medico-psychologiques* 146, n° 4 (1988): 311- 24.
- Messa Savi de Tove, M., R. Bakayoko-Ly, et K.A N'Guessan. « Corrélation entre l'anxiété et la douleur dentaire chez l'enfant : investigations faites au centre de consultations et de traitements odonto-stomatologiques d'Abidjan » 18, n° 4 (2012): 333. doi:10.1051/mbcb/2012040.
- Michaux, D. « Hypnose ericksonienne - institut français d'hypnose », 2011.
<http://www.hypnose.fr/hypnose/hypnose-ericksonienne/>.
- Morgan, A.G, H.D. Rodd, J.M. Porritt, S.R. Baker, C. Creswell, T. Newton, C. Williams, et Z. Marshman. « Children's experiences of dental anxiety. » *International journal of paediatric dentistry* 27, n° 2 (2017): 87- 97. doi:10.1111/ipd.12238.
- Musellec, H., F. Bernard, P. Houssel, N. Guillou, P. Hugot, L. Martin, H. Hamelin, et al. « Procédure de stérilisation par implantation d'essor ambulatoire pour femmes : étude prospective comparant l'anesthésie générale par rapport à l'hypnose combinée à la sédation. » *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation* 29, n° 12 (2010): 889- 96. doi:10.1016/j.annfar.2010.10.008.
- Naulin-Ifi, Chantal. *Odontologie pédiatrique clinique*. Rueil-Malmaison : Éditions CdP, 2011.
- Nissan, S., A. Yochman, S. Blumer, J. Kharouba, et B. Peretz. « Children's responses to sensory stimuli and their behavior in the dental office. » *The journal of clinical pediatric dentistry* 41, n° 1 (2017): 10- 17. doi:10.17796/1053-4628-41.1.10.
- Pani, S.C., G.S. AlAnazi, A. AlBaragash, et M. AlMosaihel. « Objective assessment of the influence of the parental presence on the fear and behavior of anxious children during their first restorative dental visit. » *Journal of international society of preventive & community dentistry* 6, n° Suppl 2 (2016): S148- 52. doi:10.4103/2231-0762.189750.
- Patel, B., C. Potter, et A. C. Mellor. « The use of hypnosis in dentistry: a review. » *Dental update* 27, n° 4 (2000): 198- 202.
- Piaget, J. *Six études de psychologie*. Paris : Gallimard, 1987.
- Saadat, H, J. Drummond-Lewis, I. Maranets, D. Kaplan, A. Saadat, S-M. Wang, et Z.N. Kain. « Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. » *Anesthesia and analgesia* 102, n° 5 (2006): 1394- 96. doi:10.1213/01.ane.0000204355.36015.54.
- Shahnavaz, S, S Rutley, K. Larsson, et G Dahllöf. « Children and parents' experiences of cognitive behavioral therapy for dental anxiety--a qualitative study. » *International journal of paediatric dentistry* 25, n° 5 (2015): 317- 26. doi:10.1111/ipd.12181.
- Silverman, E.C., K. A. Sporer, J.M. Lemieux, J. F. Brown, K.L. Koenig, M. Gausche-Hill, E.M. Rudnick, et al. « Prehospital care for the adult and pediatric seizure patient: current evidence-based recommendations. » *The western journal of emergency medicine* 18, n° 3 (2017): 419- 36. doi:10.5811/westjem.2016.12.32066.

Table des figures

Figure 1 : Les différents stades de développement selon Piaget	7
Figure 2 : Les stades du développement cognitif selon Piaget	9
Figure 3 : Echelle d'évaluation de la douleur	17
Figure 4 : Images de l'association SPARADRAP sur la douleur	17
Figure 5 : Images de l'association SPARADRAP sur les piqûres.....	26
Figure 6 : Image de l'association SPARADRAP sur les piqûres.....	30
Figure 7 : Image de l'association SPARADRAP sur le MEOPA	39

Table des tableaux

Tableau 1 : L'échelle d'anxiété dentaire modifiée (MDAS : Modified Dental Anxiety Scale)	18
Tableau 2 : L'échelle dentaire de CORAH CDASN (Corah Dental Anxiety Scale)	19
Tableau 3 : Echelle de Houpt.....	20
Tableau 4 : L'échelle de Frankl	21
Tableau 5 : Echelle de Veerkamp modifiée par Veerkamp	22
Tableau 6 : Vocabulaire imagé	30

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Chirurgie
dentaire de l'Université Paris Descartes

Dr Lucy HOANG

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président de l'Université Paris Descartes,
Professeur Frédéric DARDEL
Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

Comment améliorer la communication avec l'enfant lors des soins dentaires ?

Résumé :

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. 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 cela il faudra revenir sur la définition même du langage et de la communication, verbale ou non, en retraçant les différents stades de développement selon Piaget. Existe-t-il un langage en odontologie ?

En odontologie pédiatrique, plusieurs techniques comportementales existent et nous étudierons celles-ci. Que ce soit à travers l'hypnose, les prémédications sédatives ou encore le MEOPA.

Discipline :

Odontologie pédiatrique

Mots clés fMesh et Rameau :

Pédodontie -- méthodes -- Dissertations universitaires ; Anxiété-- Dissertations universitaires ; Enfant -- langage -- Thèses et écrits académiques ; Communication – Dissertations universitaires

Université Paris Descartes
Faculté de Chirurgie dentaire
1, rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge