

SOIGNER L'ENFANT : UNE APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

Maryse WOLIKOW
Colette ADAM



MOTS CLEFS

*Soins chez l'enfant
Approche psychologique
Comportement
Relation mère-enfant
Implication du praticien*

KEY WORDS

*Child's dental care
Psychological approach
Behaviour
Mother-child relationship
Dentist involvement*

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. Cependant, avec l'enfant, les interactions sont plus complexes et, dans notre pratique d'odontologie pédiatrique, "prêter attention" au patient prend tout son sens. Combien d'échecs ont été scellés par une approche trop technique du dentiste habitué à ne regarder que les dents et à ne pas "voir" son patient ? L'enfant qui entre dans notre univers professionnel, souvent inconnu pour lui, l'associe bien volontiers à des

représentations construites d'expériences antérieures ou de fantasmes transmis par l'imaginaire collectif. Selon son âge, son développement psycho-affectif, mais aussi sa propre histoire, l'enfant, notre patient, sera plus ou moins apte à faire face à la situation de soin. L'attention que d'emblée nous lui porterons, la reconnaissance de son individualité et de l'expression de ses émotions permettront de trouver ensemble le chemin vers les soins. Nous nous interrogeons sur l'approche psychologique pour chercher à comprendre les éléments qui constituent cette rencontre

et permettent d'orienter notre comportement. Nous évoquerons plus particulièrement les aspects de la prise en charge du petit enfant, source principale des difficultés que rencontrent les praticiens. En aucun cas, ce que nous tenterons d'énoncer ne constitue un "mode d'emploi" mais plutôt une invitation à réfléchir sur nos pratiques (10).

LES PROTAGONISTES DE LA RELATION

■ L'enfant : les étapes du développement

Age de l'apprentissage de la marche

1-2 ans : l'apprentissage de la marche assure à l'enfant une mobilité et une relative indépendance nouvelle. Il est ainsi capable de découvrir le monde extérieur, il l'explore. C'est l'épanouissement de la mobilité : "âge du déménageur" ou "âge de l'acrobate", selon les auteurs. Il est incapable de "comprendre" le bienfait des soins, ne peut être consciemment "coopérant". En toutes circonstances, cet enfant doit rester au contact du parent. Ses pleurs sont autant, sinon plus, le signe de son inconfort que celui d'une peur réelle (20, 26).

Age préscolaire

2 ans-3 ans : l'enfant possède encore peu de vocabulaire, mais il comprend beaucoup de choses. Il doit toucher, entendre les sons pour connaître les objets. Il est effrayé à la découverte de visages nouveaux, il est difficile de le séparer de ses parents. Il traverse une "phase d'opposition" ou d'affirmation vigoureuse et de prise de position d'un moi en train de se trouver, de se différencier de l'entourage. Il multiplie et étend ses contacts avec le monde réel, intensifie les interactions avec autrui, dans lesquelles il connaît satisfaction et frustrations. Il découvre son

pouvoir sur les objets, sur les gens, la résistance des premiers, le pouvoir contraignant des seconds. Progressivement, le langage prend de l'importance. C'est aussi le début de la mise en place de la fonction représentative ou symbolique. Il se représente les situations en les jouant (le bruit du moteur : moto/ auto), l'action donnera à l'objet sa signification. En fait, il imite plus qu'il n'imagine. Les peurs de cet âge sont tangibles : la lumière, les bruits, les animaux, les visages étrangers (3, 20).

3 ans-4 ans : l'enfant a un grand désir de parler, de raconter des histoires. Il prend possession du système linguistique de son groupe social. Il faut savoir le laisser parler, l'écouter. C'est l'"âge questionneur". Ce "pourquoi ?" a une fonction intellectuelle, mais aussi une fonction affective : s'accrocher à l'adulte, se rassurer et calmer l'anxiété suscitée par un monde imprévu où l'enfant doit explorer les règles de conduites et usages imposés par l'adulte. En fait, ce pourquoi "à quoi cela sert-il ?" a valeur de "à quoi est-ce bon pour moi ?". L'enfant est tout entier dans l'impression présente, cependant il devient capable d'anticiper des satisfactions vécues ou probables. Il peut apprendre qu'une satisfaction peut être retardée sans être pour autant refusée ou qu'une frustration peut être momentanée et comporter des compensations ultérieures (23, 29). Il est essentiel qu'il ne soit pas trompé par des affirmations ou des promesses fallacieuses. Mais il n'a pas de notions de ce qui est autorisé ou non dans cette situation nouvelle du cabinet dentaire : il faut lui apprendre. L'apprentissage à l'environnement se fait avec un sentiment de sécurité plus grand en présence d'un parent, l'enfant pouvant rester seul ensuite. Dans cette période survient une crise psychologique, l'enfant a une relation

d'affection envers les adultes, de confiance générale dans son environnement et un enracinement pour le sens du moi. Ce qu'il est, ce qu'il peut faire sont des entités séparées de ses parents. Il est plein d'énergie, très créatif, curieux et aime beaucoup s'attacher à résoudre des problèmes. Mais ces tendances sont contrebalancées par la perception des limites à son comportement imposées par son environnement. Son corps est très important, il a besoin d'une lumière pour dormir car il imagine des menaces nocturnes sur son corps, et il n'aime pas que l'on explore son corps, en particulier le médecin et le dentiste (3, 9, 20). Ces attitudes sont des aspects normaux du développement, c'est pourquoi le temps d'une approche progressive s'impose. A mesure que se précise le réel (les apprentissages qu'il va faire avec nous, comprendre qu'il n'est pas menacé....) ces peurs diminuent. Il est recommandé de situer la première visite avant cette période (3).

4-5 ans : il écoute avec intérêt les explications et répond normalement aux directives verbales. Il s'identifie aux personnes qui l'entourent. Il a beaucoup d'imagination mais ne peut toujours pas envisager le temps et l'espace globalement. Il pense que l'instant qu'il vit sera toujours, il faut le rassurer, il ne restera pas ici, il rentrera dans sa maison, les soins s'arrêteront lorsque le travail sera terminé, la sensation d'être déformé partira après l'anesthésie. Mais parfois il peut être réfractaire, il redoute la douleur, le saignement, il pense que quelque chose de cet ordre peut lui arriver. En même temps, s'il n'a pas d'expériences négatives, il est très fier de nouvelles expériences, de nouvelles relations, de montrer ce qu'il porte, ce qu'il possède, c'est un bon moyen pour établir une relation avec lui que de lui parler de lui. Le jeune enfant

est dépendant de son environnement et de stimuli spécifiques, il apprend au travers de ses sens, le langage n'est pas la source majeure d'information (cependant cette forme de communication doit exister aussi), il doit toucher sentir, explorer. Le laisser voir et expliquer n'est pas suffisant. Il doit s'approprier ces éléments nouveaux dans sa propre réalité ; il est important d'utiliser des images de référence, de sa vie quotidienne (le balai de maman, l'aspirateur...) ou fantasmatique (goldorak, zorro ...). Il doit être pour partie acteur de la scène : le laisser utiliser certains objets, c'est aussi laisser évacuer son anxiété.

L'enfant d'âge scolaire : âge moyen "6-11 ans"

Il apprend beaucoup sur le monde qui l'entoure. C'est normalement une période "paisible" en comparaison avec le "tourbillon d'activité" qui a précédé et l'explosion de l'adolescence qui va suivre. Mais c'est aussi la période des peurs réelles et imaginaires, de la recherche d'identité. Il gagne en indépendance, il veut être traité comme une personne et non comme un être que l'on possède. Parce qu'il souhaite son indépendance, il peut être indiscipliné, il faut lui mettre des limites, lui donner des consignes, en étant ferme, mais attentionné. Dans la période intuitive (5-6-7 ans), son esprit se laisse aller à l'imagination et ne comprend que ce qu'il voit. La vue d'une seringue peut provoquer un grand sentiment de danger. L'enfant possède un raisonnement prélogique. Au cours de la seconde période (7-11 ans), sa pensée devient logique, réversible. L'enfant est capable de raison et d'interrelations logiques. Les peurs de l'enfant, ses appréhensions peuvent être accessibles à un discours

logique. Il sait mieux reconnaître l'intérêt qu'on lui porte.

■ L'environnement familial : les interactions

Les réactions émotionnelles de l'enfant, qui surviennent au cours des soins dentaires, sont pour partie issues des caractéristiques anxieuses générales de l'enfant, liées à son développement, son environnement social (11). Dans le cadre d'une situation anxiogène, il réagit selon des stratégies liées à des expériences antérieures, construites en interaction avec ses parents, sa fratrie et les autres personnes qui concourent à son éducation (22, 28).

L'enfant et sa mère : les formes d'éducation

Venham (24) a montré avec des enfants de 3-5 ans que les mères peu sûres, et peu satisfaites ont des enfants qui posent plus de problèmes de comportement. A l'opposé, les enfants qui ont des mères attentives, une organisation sociale et une structuration familiale fortes sont plus tolérants au stress. La nature des interactions précoces mère-enfant apparaît comme un déterminant des rapports établis ensuite. Lorsque la mère et l'enfant sont en situation d'écoute réciproque, que les comportements de menace et d'agression verbale ou corporelle sont exceptionnels, l'enfant développe des comportements stables, permettant de canaliser menace et agression (5). Dans un environnement nouveau, l'enfant peut développer des réponses appropriées à l'attente et aux sollicitations des adultes. Inversement, lorsque les comportements du parent par rapport à son enfant sont instables et ambigus, avec des séquences de menace ou d'agression répétées, parfois juste avant le rendez-vous chez le dentiste,

l'enfant a tendance à exprimer lui-même des comportements agressifs, ou, au contraire, de repli ou d'isolement. Le praticien doit pouvoir proposer à l'enfant d'autres stratégies de communication que celles du parent (6, 12, 23).

Les mères sur-protectrices présentent une exagération du sentiment d'amour et d'affection vis-à-vis de leur enfant. Il y a souvent une histoire familiale : une attente d'enfant longue, la maladie, un deuil... Elles sont particulièrement centrées sur la nourriture, les vêtements, l'hygiène, très impliquées dans les activités sociales de l'enfant, limitant ses prises de risques, son autonomisation. Dominantes, leurs enfants seront soumis, timides, anxieux. Indulgentes, leurs enfants seront agressifs, demandant toujours de l'attention.

Les mères, dont la caractéristique principale est la sur-indulgence, accèdent à tous les désirs de l'enfant, mettent peu de limites à ses comportements. L'enfant veut contrôler la situation. Face à un obstacle, il réagit par des colères.

Les enfants des mères qui montrent peu d'affection, du détachement, sont peu sûrs, n'ont pas une expérience positive d'un lien d'affection. Une approche émotionnelle est difficile pour eux.

Les mères qui rejettent : leur enfant, particulièrement en difficulté, a le sentiment de ne pas être reconnu, il est anxieux, désobéissant, agité. Il fera tout pour attirer l'attention.

Les mères autoritaires centrées sur le contrôle des comportements de l'enfant agissent par des sévices physiques et verbaux : l'enfant est souvent soumis, mais a aussi du ressentiment, le sentiment de n'être jamais à la hauteur, de ne jamais répondre aux attentes et, de fait, fera tout pour y échapper (22).

L'anxiété de séparation

L'enfant nouveau-né est en symbiose avec sa mère. Elle est alors objet indifférencié, faisant partie de lui comme il fait partie d'elle, identifiée à la satisfaction de ses besoins, à l'apaisement. Entre huit et treize mois l'enfant, qui n'a pas encore développé la notion de temporalité, pleure lorsque sa mère le quitte : pour que sa mère existe il doit avoir un contact sensoriel avec elle. Lorsqu'elle disparaît, c'est toute sa sécurité qui s'échappe. Il est face à un obstacle, à l'incertitude de son avenir, de la satisfaction de ses besoins. L'indisponibilité de sa mère, vécue comme une non-existence, induit un conflit entre ses désirs et la réalité, à l'origine de sa première réaction d'anxiété : l'anxiété de séparation (12, 19). Au cours de la deuxième année, l'enfant développe la capacité de concevoir la permanence de l'objet : il sait que sa mère continue d'exister hors de son champ sensoriel. Le conflit est résolu grâce à la fonction symbolique ; il peut imaginer sa mère ailleurs, la tension et l'anxiété sont surmontées (29). Cette première expérience d'anxiété ontologique, et les conditions de sa résolution ou de son maintien, vont marquer l'organisation de la dynamique ultérieure de l'anxiété de l'individu. Le praticien doit être vigilant, car ces conflits pourront être réactivés au cours des soins. Il devra observer les rapports de la mère et de l'enfant, apprécier le développement de celui-ci dans ses fonctions cognitives de temporalité et de permanence de l'objet afin de guider sa pratique. A tout âge, face à une difficulté, séparer l'enfant de sa mère pour le punir serait une erreur grossière, risquant de renforcer ses résistances.

■ Le praticien : rencontre avec soi-même

Ses émotions

La relation avec l'enfant met en jeu de nombreux affects. Elle renvoie au praticien une image de lui non valorisante qu'il doit être apte à gérer (3). L'enfant joue sur les rapports affectifs qu'il peut entretenir avec le praticien ; la relation est souvent ambiguë et tient parfois du chantage affectif (bien/mal ; gentil/méchant) se calquant sur un modèle parental voire sur la vision propre du praticien. Ce dernier doit aussi se prémunir des transferts affectifs trop forts que l'enfant peut opérer sur lui (8). Il doit au contraire montrer qu'il est engagé avec l'enfant dans une relation interpersonnelle attentive, et non affective, du type parental, et ainsi, bien des pièges seront évités.

Le sentiment de supériorité, lié au savoir technique, scientifique, qui confère au praticien sa compétence professionnelle lui est nécessaire pour établir une relation de confiance avec celui qui s'en remet à ses soins, ou le parent qui nous confie son enfant. Ce sentiment peut être franchement négatif s'il empêche le soignant d'être à l'écoute des attentes, des angoisses des enfants, des parents, car il constitue alors un rempart pour étouffer nos propres inquiétudes. Il peut nous conduire à une position d'autorité et de contrainte dirigée sur la réalisation de nos seuls objectifs professionnels mais qui ignore les besoins émotionnels de l'enfant. Il peut aussi représenter un enjeu de pouvoir avec des mères peu sûres d'elles, et pour qui nos certitudes, nos actes vont avoir valeur, pour elles de "preuves" de son "incapacité" à satisfaire les besoins de l'enfant. De là peuvent naître des conflits révélés ou sous-jacents (9). De plus, engagé à tisser un lien fort avec l'enfant, particulièrement

lorsqu'il est d'abord résistant aux soins, on risque d'en oublier la mère, de faire comme si "il n'avait plus besoin de sa mère", et parfois de voir soudainement les soins interrompus. Il est certes plus simple de ne pouvoir s'occuper que de l'enfant et de poursuivre nos objectifs thérapeutiques. Mais pour cela il faut s'être suffisamment occupé des parents, pour que l'on puisse symboliquement faire perdurer ce lien "passage du témoin". Nous sommes alors le prolongement du parent pour assurer le bien de l'enfant.

Un autre sentiment peut nous envahir, le sentiment d'impuissance devant des situations difficiles. Il fait naître en nous des émotions pénibles, de la détresse, de la colère (9). En réaction, ce peut être du surinvestissement, qui se traduit par une hyperactivité professionnelle au-delà des exigences professionnelles ou, au contraire, le désinvestissement traduisant un sentiment de découragement. Dans les deux cas, nous oublions l'enfant, sa mère, pour nous centrer sur nous-même et c'est l'impasse (10). Dans le premier cas c'est la violence qui menace, dans le second l'abandon : tout le monde en souffre.

UNE RELATION CENTRÉE SUR L'ENFANT

Les comportements de protestation, de refus parfois violent ou au contraire de repli, ne sont jamais que les réponses à un sentiment de menace ou d'agression que l'enfant ne peut pas canaliser autrement. Centrer la relation sur l'enfant, c'est reconnaître et accepter que l'enfant ne doit pas se comporter pour faire plaisir à l'adulte, parent et/ou praticien mais, au contraire, chercher à l'aider à acquérir et développer les capacités à gérer ses propres besoins émotionnels dans la relation de soin (23). Si la

majorité des enfants présente une attitude de coopération ou modérément résistante, 6 à 11 % ont une attitude de si forte résistance qu'elle peut compromettre la réalisation des soins (11). Cette résistance peut être d'autant plus élevée que les besoins de soins sont importants (28) et forte l'anxiété des parents (2). La prévalence de l'anxiété à 6 ans est de 16% selon une étude de Corkey (7). Lors d'une première visite de dépistage, la séparation d'avec la mère et la prise de cliché radiographique sont les étapes qui suscitent le plus de réactions défavorables (21). Il est indispensable, en toute situation, de prendre le temps et l'attention nécessaires pour parler, écouter les parents, qu'ils nous fassent part des expériences de vie de leur enfant, à l'école, chez le médecin... Ils pourront évoquer leurs attentes vis-à-vis de nous, nous révéler, pour certains, leur propre anxiété. Nous énoncerons clairement notre façon d'agir, comment nous allons travailler, préparer l'enfant aux soins (13).

■ Aider l'enfant dans ses apprentissages

L'apprentissage peut se définir comme les changements comportementaux acquis de façon relativement permanente, à l'issue d'expériences, qu'elles soient spécifiques au cabinet dentaire ou plus générales, antérieures ou contemporaines. Dans tous les cas, il faudra avoir une écoute attentive, donner des informations sur ce que l'on va faire à l'enfant, expliquer, faire des compliments (renforcement positif) à l'enfant, aux parents, être courtois et attentif (pas copain). Ne pas affirmer ce qui ne sera pas vérifié. Ne pas lui dire qu'il n'aura pas d'inconfort, qu'il "ne sentira rien" alors qu'il éprouvera un certain désagrément. Lui dire au contraire que cela va "pincer", ou "serrer" ..., mais que ce ne sera pas long. Eviter les mots

tels que "aiguille", "piqûre", "mal" ... sauf si l'enfant les emploie, et les associer à des sensations qui lui sont connues ; par exemple : ne pas lui dire qu'il ne sentira rien au moment d'une injection, mais plutôt qu'il sentira un petit pincement (lui faire ressentir sur la main) et que cela ne durera pas puisque le médicament va endormir progressivement... A tout stade, la communication, sous ses différentes formes, est primordiale. Elle précède et accompagne tous nos actes.

■ La communication

• La communication verbale

Le choix des mots est important dans leur sens, et doit être adapté aux capacités de l'enfant. La communication doit être simple et directe : les explications doivent être courtes, répondre aux demandes de l'enfant. Trop de renseignements risquent de perdre l'enfant et d'augmenter son anxiété (18). De même, les questions "ouvertes" où l'enfant doit faire un choix sont à éviter : soit l'enfant ne sait pas quoi répondre et il peut se sentir jugé, soit sa réponse n'est pas celle attendue par le praticien et la situation se bloque (25). Plutôt que demander à l'enfant "veux-tu ouvrir la bouche ?" au risque d'une réponse (et d'un comportement) négatifs, mieux vaut créer les conditions propices en lui disant d'un air étonné et curieux, par exemple "j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de dents dans ta bouche... plus que dans la mienne ?" l'enfant se prêtera volontiers à cette comparaison farfelue ! Ou encore, plutôt que : "veux-tu ouvrir ta bouche ?", "on va mettre le plastique (la digue), d'accord ?" on dira : "je prépare le plastique pour protéger ta dent et tu vas m'aider en ouvrant très, très grand ta bouche". Le message verbal permet aussi à l'enfant d'exprimer ses émotions. Lors des premiers contacts, l'enfant doit être au niveau du prati-

cieu, les yeux dans les yeux. L'écoute du praticien est primordiale pour faire émerger des souvenirs douloureux. L'empathie, attitude qui témoigne de l'attention que nous portons, doit nous conduire à reformuler ce qui vient d'être dit, sans répéter les mêmes mots, trouver le vocabulaire pour nuancer des sentiments pouvant aider l'enfant à oser dire ce qu'il ressent (4). Le praticien doit aussi pouvoir verbaliser pour l'enfant certains aspects de son comportement, l'enfant "très remuant" exprimant souvent une peur sous-jacente. Le dire à l'enfant, c'est reconnaître son problème qu'il ne peut ou ne sait exprimer que par son hyperactivité. La curiosité de l'enfant est à encourager, mais celui qui pose incessamment des questions se sert de ce moyen pour retarder le soin. En le lui signifiant, on peut l'aider à parler de ce qui provoque son attitude.

• La communication non verbale

Les gestes, les mimiques, les attitudes, la voix (dans son intensité, sa tonalité), peuvent être plus parlants que les mots énoncés. C'est à travers ces éléments non verbaux que l'enfant, mais aussi le praticien, vont régler leurs échanges ; ils vont aussi permettre l'expression de charges émotionnelles, souvent masquées ou tronquées par la communication verbale. Que ressentir face à cette personne qui vous accueille sans vous regarder, en baissant les yeux et masquant sa bouche ? elle pourra prononcer tous les mots rassurants, elle ne gagnera pas la confiance du patient.

Dans la relation interpersonnelle soignant/soigné, nous allons nous trouver dans le domaine de la distance intime, celle qui, d'habitude, positionne les échanges avec les personnes dont nous sommes émotionnellement très proches, le plus souvent de façon privée. Si une personne envahit brus-



Fig. 1 - Première visite - consultation : à 18 mois.
Le praticien "s'approche de l'enfant", par des gestes d'offrande (main), de caresse, interagit avec lui, tout en étant attentif au parent.

Fig. 2 - Première visite : *par l'offrande du coton, le jeu du "tiens-donne", le praticien régule son attitude en observant les réactions de l'enfant. Le coton sera le premier "instrument" d'examen, d'abord sur la main, le nez, les joues, la bouche ... les dents.*

Fig. 3 - Deuxième visite - extraction.
La même séquence de contact est réalisée par le praticien, l'enfant s'est allongé spontanément sur son père. Le temps de l'échange ritualisé est nécessaire avant les gestes opératoires.

Fig. 4 - Deuxième visite : *la table opératoire a été préparée avant l'arrivée de l'enfant. Le temps de l'anesthésie de contact permet au praticien de contrôler la position de l'enfant, de guider le parent dans le maintien de l'enfant, de l'informer des pleurs, naturels, à venir, face au renforcement de la contrainte. (Extraits de vidéo)*

quement cet espace, sans notre consentement, nous nous sentons menacés. Nous devons donc progressivement nous rapprocher pour que l'enfant autorise, accepte le passage de la distance personnelle (1m) à la distance intime (fig. 1 et 2). Le respect de cette démarche est d'autant plus important que nous serons amenés à franchir la barrière corporelle, par notre intrusion dans la cavité buccale (1, 4). L'enchaînement des attitudes, postures, mimiques, va correspondre à des messages faisant appel au lien et à l'apaisement auxquels se rattachent la sollicitation, l'offrande, le contact physique, l'expression du visage (fig. 3 et 4).

■ Comprendre les difficultés de l'enfant : stratégies et attitudes cliniques

Peurs et anxiété sont fortement liées aux expériences et au vécu dans les relations thérapeutiques antérieures (médicales - hospitalisations, et dentaires) de l'enfant ou de ses proches. La peur est une réaction de fuite face à une situation perçue comme menaçante, dangereuse. Elle est centrée sur un objet, une procédure bien identifiée. L'anxiété est un processus à plus long terme, une peur non résolue ou canalisée dans l'action, en réaction à un stimulus mal défini (4, 16). En pratique, face à l'une comme à l'autre, l'attitude du praticien sera la même : définir la situation, réduire l'incertitude, permettre à l'enfant d'exercer un certain contrôle sur le déroulement des soins. Tenir l'aspiration, lever la main lui permettent d'exprimer douleur ou inquiétude et d'interagir avec le praticien, vigilant à observer ces éléments signifiants. L'enfant saura ainsi qu'il est reconnu comme partenaire des soins et non comme "objet" (14, 16).

• Orienter l'enfant vers les soins

En ayant observé l'enfant, le dentiste peut comprendre comment l'enfant perçoit la situation et l'aider à corriger ses perceptions exagérément négatives

et adopter des attitudes plus positives. Cela commence dans la salle d'attente, en s'adressant aux parents de l'enfant très anxieux, tout en étant attentif par le regard à ne pas l'ignorer. Il sera moins menacé et nous pourrons évaluer aussi l'anxiété des parents, guider leur attitude. Quand l'enfant doit entrer dans la salle de soins, s'il devient excessivement anxieux et résistant, il faut imaginer que le parent ne sait comment réagir. Il faut guider le parent lui dire quoi faire, par exemple porter l'enfant. Si le parent s'avère inefficace, le dentiste portera l'enfant, positivement, minimisant l'usage de la force, d'un contact physique calme, et d'une voie rassurante et douce, l'usage de l'humour est souvent de bon secours. Par son attitude calme, le dentiste réduit l'anxiété de l'enfant et des parents et fournit un modèle positif. L'usage de la force et une demande excessive d'un changement de comportement doivent être évités (15, 27). Des techniques d'opposition peuvent donner l'illusion d'une réponse favorable et, en fait, renforcer l'enfant dans sa peur et son anxiété. Il faut choisir un contact positif non coercitif, calme, qui doit aussi limiter les mouvements si nécessaire. En même temps il réaffirme la présence du dentiste. Pour les tout-petits, lors de la consultation, la position allongée entre le praticien et la mère, sur leurs genoux face à face, permettra à celle-ci de contrôler les mouvements de son enfant, tout en gardant un contact visuel avec lui. Ensuite, l'enfant pourra être allongé sur sa mère. L'attitude du praticien valorise l'encouragement mais évite les demandes de coopération de l'enfant (sois sage, reste tranquille...). Ainsi il renforce la confiance. L'enfant ne confondra pas empathie et faiblesse, permissivité (15, 27). Les médicaments ne seront utilisés que pour aider à contrôler l'anxiété, jamais pour changer un comportement (16). Ce n'est jamais un substitut à l'interaction et au "management".

- **Mettre en œuvre ce que l'enfant peut faire avec succès**

Tenant compte des aptitudes de l'enfant, le praticien, tout au long de la séance, aide l'enfant à accomplir avec succès certaines étapes (4). Le dentiste reste attentif aux réponses de l'enfant. Lorsqu'il proteste, c'est souvent réaliste. *Pleurer c'est parfois permettre de libérer certaines peurs réduisant la montée d'autres émotions ; c'est aussi permettre à l'enfant de tolérer une situation difficile. Donc, au début, il est indésirable de lui dénier une telle réponse. Souvent elle se résout d'elle-même quand l'anxiété diminue.* Face à l'enfant qui pleure, lui dire d'une voix calme : "tu as le droit de pleurer tant que tu ne sais pas me dire autrement que tu as peur, et puis ensuite on va apprendre, ensemble, à se parler..." l'aidera plus à changer progressivement de comportement que hurler le classique "arrête de pleurer !" qui n'aura comme seul effet que de faire redoubler ses pleurs. En acceptant les comportements de l'enfant liés à son âge, le dentiste évite d'être non réaliste et d'avoir une demande excessive. Parce que chaque personnalité est différente, il est illusoire d'attendre immédiatement que l'enfant se conforme à un comportement pré-déterminé. Les demandes non réalistes accroissent la tension et le stress.

- **Valoriser les aspects positifs du comportement de l'enfant**

Un enfant agité et opposant est un enfant qui présente le plus souvent un problème émotionnel ou relationnel. Nous surmonterons avec lui la difficulté si nous n'amplifions pas les tensions en exigeant de lui plus qu'il n'est capable de faire. Il faut donc évaluer sa capacité d'adaptation et comprendre ce qui motive ses résistances. Tolérer les comportements de résistance, cela ne veut pas dire les accepter comme irréversibles, mais les prendre en compte pour agir sur l'environnement et créer les conditions de leur disparition. Par la rétro-action

positive, l'adulte guide l'enfant pour apprendre ce que l'on attend de lui socialement sur le plan comportemental. Le dentiste commente les aspects favorables de son comportement, choisissant ceux qui portent sur ses efforts à surmonter la situation. On ignorera les pleurs d'un enfant qui s'assoie sur le fauteuil et l'on commentera son geste : assis sur le grand fauteuil il peut se reposer et le dentiste voit toutes ses dents ! Quand il y a peu d'éléments à remarquer positivement, le dentiste doit faire preuve d'imagination et être confiant : des situations de très grande résistance se résolvent grâce à une approche positive et confiante. Il évite une interprétation négative, d'un enfant délibérément hostile, non coopérant, et maintient l'image positive de l'enfant (10, 15).

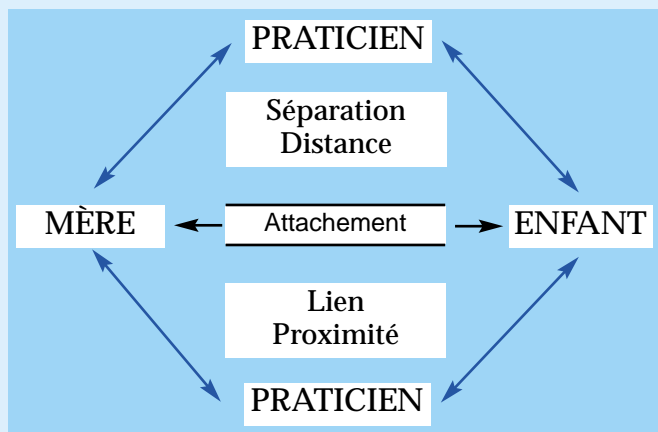
- **Aider l'enfant à développer l'aptitude à faire face**

Au cours des visites, le dentiste aide l'enfant à acquérir cette aptitude et à ajuster son comportement. Les changements comportementaux et émotionnels sont lents (10, 18, 23). Plus l'enfant est anxieux, plus ce sera long. Le dentiste doit savoir qu'il peut y avoir une recrudescence d'attitudes négatives avant que ne survienne l'amélioration. L'enfant peut avoir besoin d'épuiser toutes les stratégies face au stress. Seulement après, il choisira une stratégie positive. Le savoir évitera au dentiste de se décourager trop vite, de penser que l'enfant est traumatisé et de recourir aux moyens pharmacologiques ou coercitifs.

Le praticien, au fur et à mesure, redéfinit la situation, encourage et ramène l'enfant à une réalité moins menaçante (29). Il est utile de lui suggérer comment faire face : respirer profondément, se relaxer. Il faut permettre à l'enfant d'exprimer son degré de tolérance, mais lui dire également que, moins il bouge, plus le travail est rapidement fait et plus c'est confortable pour lui.

A PROPOS D'UNE HISTOIRE.

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 (schéma), interagissant avec les enjeux les plus forts qui la régissent (10, 17). 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.

CONCLUSION

L'approche comportementale permet de soigner de nombreux enfants, parmi lesquels certains trop rapidement étiquetés de "difficiles". Elle nécessite un investissement personnel de la part du praticien et un temps pour construire la relation dans son

aspect qualitatif. Pour certains cependant cette approche n'est pas suffisante. Le recours à une prise en charge pharmacologique, à la sédation consciente ou à l'anesthésie générale peut être nécessaire. Mais, dans tous les cas, il ne dispense pas de construire et préserver la dimension psychologique de la relation de soin.

BIBLIOGRAPHIE

1. ADLER RB. et TOWNE N. - *Communication et Interactions*. Etudes Vivantes ed., Canada, 357p., 1991.
2. ALVESALO I., MURTOMAA H., MILGROM P., HONAKEN A., KARJALAINEN K., et TAY K.-M. - The dental fear survey schedule : a study with finnish children. *Int J Paediatr Dent* 3 : 193-198, 1993.
3. ALWIN A., MURRAY J. J. et NIVEN N. - The effect of children's dental anxiety on the behaviour of dentist. *Int J Paediatr Dent* 4 : 19-24, 1994.
4. BOURASSA M. - *Dentisterie comportementale*. Montréal : Le Méridien. 421p., 1998.
5. CASSIDY J. et BERLIN L.J. - The insecure/ambivalent pattern of attachment : theory and research. *Child Dev* 65 : 971-991, 1994.
6. CHRISTOPHER A. et HAWTHORNE E. - Managment of the preschool dental patient. *J Dent for Child* 1 : 42-45, 1981.
7. CORKEY B. et FREEMAN R. - Predictors of dental anxiety in six-year old children : findings from a pilot study. *J Dent Child* 4 : 267-271, 1994.
8. COSNIER J. - *Psychologie des émotions et des sentiments*. Paris : Retz ed., 175p., 1994.
9. ENYOUMA M., FALCON N., SOUBEYRAND P., et THOMAS M. - *Nouveaux cahiers de l'infirmière* : Sciences Humaines. Paris : Masson ed., 156p., 1999.
10. FRIEDMAN C. et LYKE R. - Parent-Child-Dentist interactions for the 1990s. *Paediatr Dent* : 20-25, 1996.
11. HOLST A., U. SCHRÖEDER, LARS EK, HALLONSTEN A.L., et CROSSNER C.G. - Prediction of behavior managment problems in children. *Scand J Dent Res* 96 : 457-465, 1988.
12. KUCZYNSKI L. et KOCHANSKA G. - Function and content of maternal demands : developmental significance of early demands for competent action. *Child Development* 66 : 616-628, 1995.
13. MORAND J.M - Bien préparer les parents d'un enfant difficile. *Inf Dent* 33 : 2905-2905, 1994.
14. MURRAY J.J. et NIVEN N. - The child as a dental patient. *Orthodontics and Pedodontics* 2 : 59-65, 1992.
15. NATHAN J.E. - Managing behavior of pre-cooperative children. *Dent Clin North Am* 39 : 789-814, 1995.
16. PAWLICKI R.E. - Psychological/Behavioral techniques in managing pain and anxiety in the dental patient. In : *Managment of pain and anxiety in dental practice*. DIONNE R. A. et J.C. PHERO eds, Elsevier. Pp 41-54. 1991
17. PERETZ B.J. et ZADIK D. - Attitudes of parents toward their presence in the operatory during dental treatments to their children. *J Clin Pediat Dent* 23 : 27-29, 1998.
18. PINKHAM J.R. - Linguistic maturity as a determinant of child patien behavior in the dental office. *J Dent Child* 4 : 322-326, 1997.
19. PINKHAM J.R. - The roles of requests and promises in child management. *J Dent Child* 3 : 169-174, 1993.
20. OSTERRIECHT P.A. - *Introduction à la psychologie de l'enfant*. De Boeck et Belin eds., Bruxelles, 170p., 1997.
21. RIPA L.W. - Children's reactions to the dental experience. In : *Managment of dental behavior in children*. Ripa L.W. et Baren J.T. eds, PSG, Baltimore. Pp. 1-12, 1979.
22. RIPA L.W. - Maternal influence on children's behavior in the dental situation. In : *Manag-*

- ment of dental behavior in children. Ripa L.W. et Baren J.T. eds, PSG, Baltimore. Pp. 15-25, 1979.
23. VENHAM L.L. et GAULIN-KREMER E. - A child-oriented philosophy of dental management. *Paediatr Dent* 5 : 261-265, 1983.
24. VENHAM L.L., MURRAY P. et GAULIN-KREMER E. - Child-rearing variables affecting preschool child's response to dental stress. *J Dent Res* 58 : 2042-2045, 1979.
25. WATERMAN A.H., BLADES M. et SPENCER C. - Do children answer nonsensical questions. *J Dev Psychol* 18 : 211-225, 2000.
26. WINNICOTT D.W. - *Processus de maturation chez l'enfant*. Payot ed., Paris. 264p., 1983.
27. WRIGHT G.Z., STARKEY P. E. et GARDNER D.E. - *Child management in dentistry*. Wright ed., Bristol. 241p., 1987
28. WRIGHT G.Z., ALPERN G.D. et LEAKE J.L. - The modifiability of maternal anxiety as it relates to children's cooperative dental behavior. *J Dent Child* 4 : 265-270, 1973.
29. ZLOTOWICZ M. - *Les peurs enfantines*. Presses Universitaires de France ed., Paris, 186p., 1974.

Correspondance :
 Maryse Wolikow
 Service d'Odontologie
 Hôpital Charles-Foix
 12 rue Fouilloux
 94200 Ivry-sur-Seine
 FRANCE
 e-mail :
 Maryse.Wolikow@odontologie.univ-paris5.fr

RÉSUMÉ

SOIGNER L'ENFANT : UNE APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

La dimension psychologique des soins à l'enfant repose sur une connaissance des différents protagonistes de la relation. Les réactions émotionnelles de l'enfant, qui surviennent au cours des soins dentaires, sont issues des caractéristiques générales liées à son développement, aux interactions parentales et au comportement du praticien. Centrer la relation sur l'enfant, c'est chercher à l'aider dans ses apprentissages, à gérer ses propres besoins émotionnels. Nous orientons ses capacités à faire face sans exiger de lui plus qu'il n'est capable de faire, valorisant les aspects positifs de son comportement. L'observation des interactions entre la mère et l'enfant permet au praticien d'ajuster sa stratégie en veillant à préserver ce lien symbolique, évitant la réactivation des angoisses de séparation. Par son investissement personnel et la réflexion portée sur sa propre pratique, le praticien peut ainsi devenir un acteur efficient dans la relation de soin.

ABSTRACT

PSYCHOLOGICAL APPROACH OF CHILD'S DENTAL CARE

The psychological approach to a child's dental care rests on an understanding of the different protagonists of the relationship. The child's emotional behavior, during dental visits, has its origin in general developmental characteristics, parental interactions, and professional attitudes. A child-centered approach contributes to appropriate behavior modifications along with the management of emotional needs. We help the child to develop coping skills, while avoiding unreasonable demands and emphasizing positive aspects of his behavior. Paying attention to the mother-child relationship allows the dentist to adjust his own attitude while preserving this symbolic link, and avoiding the reactivation of separation anxiety. Through his own involvement and an awareness of his personal attitude, the dentist can become an efficient actor in the dental care relationship.

RESUMEN

TRATAMIENTOS ENDODÓNCICOS DE LOS DIENTES TEMPORALES

Los dientes temporales tienen una importancia considerable en el niño pequeño. Sus características morfológicas y fisiológicas los hacen muy sensibles a las lesiones producidas por las caries y a sus complicaciones. Las terapéuticas pulparias son muy específicas y diferentes según los estadios de dichas lesiones, que condicionan el potencial de defensa y de reacción pulparia. Aunque se ha llegado a un consenso sobre las tecnologías de las terapéuticas, la elección de los materiales es objeto de discusión, haciendo que estos tratamientos sean más complejos que los del adulto. Su éxito depende de una buena apreciación del estado pulpario y de la elección de una terapéutica adecuada..