



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

ACADEMIE DE NANCY-METZ

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ – NANCY 1

FACULTE D'ODONTOLOGIE

Année 2009

N° 3137

THESE

Pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR

EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

ADRIEN JUNGELS

Né le 3 juin 1983 à Thionville
(Moselle)

PERCEPTION DU CHIRURGIEN DENTISTE,
FACTEURS D'ANXIETE ET DEROULEMENT DES SOINS :
ETUDE CLINIQUE CHEZ DES ENFANTS DE 6 A 10 ANS

Présentée et soutenue publiquement le 27 novembre 2009

Examinateurs de la thèse:

Pr C. STRAZIELLE

Professeur des Universités

Président

Dr D. DESPREZ-DROZ

Maître de Conférences

Juge

Dr A. SABATIER

Assistant

Juge

Dr J. BOCQUEL

Assistant

Juge

Président : Professeur J.P. FINANCE

Doyen : Docteur Pierre BRAVETTI

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

Membres Honoraire : Dr. L. BABEL - Pr. S. DURIVAU - Pr. G. JACQUART - Pr. D. ROZENCWEIG - Pr. M. VIVIER

Doyen Honoraire : Pr. J. VADOT

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

souligné : responsable de la sous-section

*temps plein

Mis à jour le 01.10.2009

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

A Notre Président de Thèse

Mademoiselle le Professeur STRAZIELLE Catherine

Docteur en Chirurgie Dentaire

Professeur des Universités

Habilité à diriger des Recherches par l'Université Henri Poincaré, Nancy-I

Responsable de la sous section: Sciences Anatomiques et Physiologiques,

Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, radiologie.

Vous nous faites le grand honneur de
présider le jury de notre thèse.

Veuillez trouver ici l'expression
de notre haute considération,
et de notre profond respect.

A Notre Directeur de Thèse

Madame le Docteur DESPREZ-DROZ Dominique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy-I

Maître de Conférences des Universités

Responsable de la sous section: Odontologie Pédiatrique

Vous nous avez guidé tout au long de ce travail et avez su exploiter le meilleur de nous-même.

Vos enseignements et votre pratique dévouée nous ont inspiré une vocation à la Pédodontie. Veuillez acceptez notre respectueuse reconnaissance et nos remerciements.

A Notre Juge

Monsieur le Docteur SABATIER Antoine

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistant hospitalier universitaire
Sous-section: Odontologie Pédiatrique

Nous vous remercions sincèrement d'avoir
accepté de juger cette thèse.

Vos enseignements cliniques de qualité
nous ont beaucoup appris.
Veuillez trouver en retour toute notre gratitude.

A Notre Juge

Monsieur le Docteur BOCQUEL Julien

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistant hospitalier universitaire
Sous-section: Odontologie Pédiatrique

Vous avez eu la gentillesse de juger cette thèse,
nous y sommes très sensible.

Votre présence et vos conseils
nous ont aidé à chaque étape de nos études.
Acceptez tous nos remerciements.

*Les dessins d'enfants qui illustrent cette thèse ont
été réalisés par la classe de CE2-CM1 2007/08
de l'Ecole Primaire de Reding (57),
dirigée par Mlle KIFFER.
Nous leurs adressons tous nos remerciements.*

SOMMAIRE

Introduction

1ère Partie:

La psychologie de l'enfant

2ème Partie:

*Étude clinique sur la perception du Chirurgien dentiste,
les facteurs d'anxiété et le déroulement des soins*

Conclusion

INTRODUCTION

Pour beaucoup de praticiens, l'odontologie pédiatrique reste un art dentaire réservé à une minorité de chirurgiens dentistes certes passionnés, mais surtout « très courageux ». En effet, tous ont en mémoire au moins un refus de soins chez un jeune patient.

Bien que l'image du chirurgien dentiste s'améliore, grâce aux campagnes d'information (Rire, manger, aimer, « M'T Dents »), le rendez-vous au cabinet dentaire reste encore trop souvent guidé par la douleur ou la découverte d'un problème.

Cette crainte du chirurgien dentiste se transmet des parents aux enfants, du grand frère à la petite sœur, ou bien entre copains dans la cour de récréation de l'école. Souvent de manière exagérée, afin d'ajouter un caractère « héroïque » à l'expérience vécue.

Le chirurgien dentiste se trouve face à une grande responsabilité quand il rencontre un jeune patient : c'est lors du premier rendez-vous que son avenir dentaire va se jouer. Il faudra le mettre en confiance, progressivement, et surtout ne pas perdre cette confiance.

Si des méthodes de prise en charge existent déjà, nous avons voulu avoir l'avis des principaux concernés: les enfants.

Quel comportement aimeraient-ils que leur chirurgien dentiste adopte pour que les soins se déroulent de la meilleure des manières ?

Pour cela, nous allons évaluer l'anxiété de l'enfant, avant, pendant et après le soin, pour déterminer quels facteurs peuvent la faire varier. Nous allons ensuite voir comment le praticien est perçu par le jeune patient.

Nous nous sommes également intéressé au rôle joué par les parents, de la préparation au rendez-vous à l'attitude au cours du soin.

Dans un premier temps, nous étudierons la psychologie de l'enfant afin de savoir où il se situe par rapport à leur développement. Notre deuxième partie expliquera l'étude clinique réalisée sur la perception du chirurgien dentiste ainsi que la mise en relation des différents facteurs qui peuvent influencer le bon déroulement d'un soin.

Première Partie:

*LA PSYCHOLOGIE
DE L'ENFANT*

L'étude que nous allons réaliser met en situation un adulte et un enfant dont l'âge se situe entre 6 et 10 ans.

Nous allons donc, dans cette première partie, étudier théoriquement toutes les données utiles afin de comprendre les réponses des enfants et pouvoir les analyser.

Nous nous intéresserons tout d'abord au développement psychomoteur de l'enfant, pour savoir à quel stade se situent les patients interrogés au cours de notre enquête, notamment d'un point de vue cognitif.

Dans un deuxième temps, nous étudierons plus précisément l'apparition du langage et son évolution. Enfin, nous étudierons l'influence que peut avoir la famille sur le développement de l'enfant.

1- LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Il est important de commencer cette partie par la définition des trois branches de la psychologie étudiant le développement de l'enfant:

- Psychologie de l'enfant: centrée sur l'enfant, évolution et fonctionnement de la naissance à l'adolescence.
- Psychologie génétique: aspect évolutif des comportements, comment a t-on abouti à la pensée de l'adulte.
- Psychologie du développement: étude du changement sans restriction de tranche d'âge, elle tend aujourd'hui à remplacer la psychologie génétique (35). C'est cette discipline qui nous intéresse.

Comme le souligne Piaget, chaque étape du développement explique la suivante; c'est pourquoi, pour comprendre l'enfant auquel nous allons faire face au cours de cette étude, nous devons remonter bien avant la première visite chez le chirurgien-dentiste.

Nous commencerons par nous intéresser aux trois grands théoriciens qui font figure de référence dans la psychologie du développement: Jean Piaget, Henri Wallon puis Sigmund Freud. Une fois les concepts de base mis en place, nous étudierons le développement de l'enfant de manière chronologique.

1-1 LES TROIS REFERENCES DE LA PSYCHOLOGIE DU DEVELOPPEMENT

1-1-1 JEAN PIAGET (1896-1980)

1-1-1-1 Les concepts de base

Très proche de la biologie, Piaget utilise comme référence des procédés de ce milieu pour les appliquer aux règles de l'intelligence.

1-1-1-1 Les schèmes

C'est une entité abstraite qui correspond à la structure d'une action.

Si une personne réagit de la même manière face à une situation donnée, c'est qu'il y a en elle quelque chose qui rend cette constante possible.

Un schème se conserve et se consolide par l'exercice.

Il peut néanmoins se modifier en se généralisant ou en s'adaptant à la pression extérieure. La généralisation, facteur essentiel pour l'acquisition de nouvelles capacités va permettre de s'adapter face à des situations un peu différentes de celles déjà effectuées et va également jouer un rôle important dans la catégorisation des objets en même famille.

Un schème n'est donc pas déterminé une fois pour toutes.

Au fil des expériences, ceux-ci deviennent plus généraux, plus nombreux et plus mobiles. Cette mobilité est déterminante pour le développement de l'intelligence, car c'est la coordination de certains schèmes qui va rendre possible la résolution de problèmes pratiques (26).

1-1-1-2 L'assimilation

C'est l'intégration d'objets extérieurs aux schèmes d'action de l'individu. Parfois, ces objets ne sont pas toujours directement assimilables, il doit y avoir accommodation (26).

1-1-1-3 L'accommodation

Après l'assimilation aux schèmes du sujet, l'intelligence modifie ces schèmes pour les ajuster aux nouvelles données. Une fois l'accommodation produite, d'autres assimilations sont possibles grâce à cette nouvelle acquisition.

Assimilation et accommodation sont donc complémentaires et indissociables.

C'est un double procédé simultané, qui va permettre l'adaptation de l'individu à son milieu (26).

1-1-1-4 L'adaptation (ou équilibration)

C'est la base de l'activité intelligente de l'individu qui permet l'équilibre entre l'individu et son milieu.

Cet équilibre recherché n'est jamais atteint car l'individu évolue et le milieu également.

Afin de décrire ces procédés dynamiques, Piaget parle plutôt d'autorégulation ou d'équilibration.

On peut alors définir le développement de l'intelligence comme un processus d'équilibration : une recherche continue de stabilité.

Chaque palier correspond au passage à un nouveau stade.

En s'adaptant au monde, la pensée va s'organiser, et ainsi se structurer par rapport au monde.

L'intelligence sera une réponse personnelle de l'individu à chaque problème rencontré. C'est une construction continue de structures (26).

1-1-2 Les stades de développement

Pour commencer, il est important de préciser que deux choses peuvent varier dans la description de ces paliers: le cheminement à l'intérieur d'un même stade, ainsi que l'âge décrit dans la littérature pour encadrer ces stades, fonction de chaque enfant.

Pour franchir un palier, l'enfant doit acquérir une quantité importante de données (26).

1-1-1-2-1 Stade sensori-moteur (0-2 ans)

Ce stade est le siège du développement et de la coordination des capacités sensorielles et motrices.

D'abord guidé par des réflexes, le bébé va ensuite reproduire de manière active une action fortuite qui a provoqué chez lui une sensation de plaisir.

A 1 an, l'intelligence est due à la mobilité des schèmes, mais ce n'est encore qu'une intelligence pratique liée à l'action.

A 2 ans, en plus du côté pratique, l'enfant commence à manipuler les pensées, et peut ainsi, intérioriser les actions (26).

1-1-1-2-2 Période préopératoire (2-7/8 ans)

On parle de « période » car il ne s'agit pas d'un stade, au sens propre selon Piaget. Son rôle est de préparer le stade suivant.

Cette période est représentée par l'acquisition du symbolique (ou sémiotique): l'enfant arrive à exprimer un signifié par un signifiant (exemple: associer mot « chaise » à une chaise).

Cependant, il n'arrive pas encore à imaginer qu'une autre opinion que la sienne puisse exister (26).

1-1-1-2-3 Stade opératoire concret (7/8 ans – 11/12 ans)

L'enfant arrive à prendre en compte les points de vue des autres.

Il devient apte à réaliser des opérations mentales comme l'intériorisation d'actions de manière réversible. Ainsi, il comprend qu'un chemin inverse est possible pour arriver à un état antérieur à l'action.

Le fait qu'une des propriétés d'un objet soit modifiée n'entraîne pas systématiquement le changement de l'ensemble de ses propriétés.

Toutes ces opérations se basent sur du matériel, du concret (26) .

1-1-1-2-4 Stade opératoire formel (11/12 ans – 15/16 ans)

Les opérations mentales de l'adolescent peuvent à présent se baser sur des objets plus abstraits.

Ce stade voit aussi l'apparition de la formalisation. Ainsi, la forme de son raisonnement se dissocie du contenu auquel il s'applique.

Une logique formelle va également se mettre en place.

L'adolescent va émettre des hypothèses qu'il soumet à vérification (26).

1-1-2 HENRI WALLON (1879-1962)

1-1-2-1 Concepts de base

Après avoir étudié la philosophie, Wallon se rapproche de la médecine et tout particulièrement de la biologie qu'il considère indissociable de la sociologie.

Il envisage de manière simultanée les différents aspects de la personnalité.

Wallon préconise une observation qui se réfère à des normes, afin d'éviter toute subjectivité.

Un état pathologique n'est pour lui qu'une amplification de caractères normaux : on ne parle pas de rupture entre l'état normal et pathologique, mais d'une question de degrés.

Sa théorie repose sur les concepts suivants:

- L'émotion

C'est son concept central: il s'agit de la jonction entre le physiologique et le psychique. C'est également un mode de communication essentiellement social.

Wallon considère que c'est un caractère paradoxal car elle se situe entre la pensée et l'acte.

- Le mouvement

Il se compose à la fois d'une action et d'une expression. C'est la seule manifestation psychique du nouveau né: cela lui permet d'extérioriser son émotion à son entourage.

Nous avons donc là une des toutes premières formes de langage car cette expression est tournée vers autrui.

- L'imitation

C'est une sorte de mouvement, mais qui est tournée vers soi.

La plus importante de ses formes est celle qui est différée dans le temps: symbolique et représentative.

- L'évolution dialectique: les lois du développement

Pour Wallon, le développement est discontinu, et il correspond à une succession de changements répondant à des lois :

- loi d'intégration fonctionnelle : l'intégration des différents aspects du caractère va aboutir à la formation d'une unité solidaire,
- loi de prédominance : à certains moments une fonction prédomine sur les autres,
- loi d'alternance fonctionnelle : les prédominances de chaque fonction s'alternent, en suivant un cycle (30) (36).

1-1-2-2 Les stades du développement

Wallon va décrire une alternance entre des stades centrifuges, tournés vers le monde extérieur (développement de l'intelligence), et des stades centripètes, tournés vers lui même (développement de la personnalité et de l'affectivité).

Selon les types de stades, chaque période de l'évolution de l'enfant va permettre ainsi la prédominance d'un développement sur l'autre.

1-1-2-2-1 La construction de la personne

Cette période correspond aux trois premières années de la vie, avec la succession de quatre stades:

- stades de fusion émotionnelle – période centripète
 - stade d'impulsivité motrice jusqu'à 6 mois
 - stade émotionnels, de 3 à 12 mois
- stades d'exploration du monde objectif – période centrifuge
 - stade sensori-moteurs entre 1 et 2 ans
 - stade projectifs entre 2 et 3 ans

Ces stades vont aboutir à de nets progrès de manipulation et au prélude des conduites imitatives (30) .

1-1-2-2-2 Le stade du personnalisme

On y observe une forte dominance centripète.

Ce stade ne peut apparaître qu'après la différenciation moi/autrui.

Vont s'y succéder les périodes d'opposition (3-4 ans), de grâce (4-5 ans) et d'imitation (5-6 ans) (30).

1-1-2-2-3 L'achèvement de la personne

La tendance est nettement centrifuge, ayant pour conséquence l'acquisition de la pensée catégorielle.

Trois périodes vont permettre l'achèvement de la personne:

- période pré-catégorielle, entre 6 et 9 ans, marquée par le syncrétisme (pas de notion de l'importance des choses)
- période catégorielle entre 9 et 11 ans : comparaison et raisonnement logique

en évolution importante.

- stade de la puberté puis de l'adolescence où à nouveau, le sujet entre dans une période centripète (30).

1-1-3 SIGMUND FREUD (1856-1939)

1-1-3-1 Concepts de base

Après des études de médecine, de neurologie et de psychiatrie, il s'intéressera à l'hypnose sous l'influence du Pr. Charcot.

Les évènements vécus pendant l'enfance déterminent le psychisme de l'adulte : telle est l'une des principales idées freudiennes.

1-1-3-1-1 Trois points de vue

Sa représentation théorique est basée sur trois points de vue:

- Point de vue dynamique (description qualitative des forces en présence)
- Point de vue économique (description quantitative)
- Point de vue topique (personnalité: le Ça, siège des pulsions; le Moi, base de la réalité; et le Surmoi, à l'origine de la conscience morale) (33).

1-1-3-1-2 La personnalité

L'évolution de la personnalité est surtout expliquée par deux des différents concepts freudiens:

▫ la pulsion, moteur de l'activité psychique, est une poussée énergétique et motrice qui pousse le corps vers un but précis. Elle est décrite par 3 caractéristiques : le but, la source et son objet (qui diffère le plus selon les individus).

Le psychisme sera touché par le représentant de la pulsion (l'état émotionnel qui accompagne la pulsion lui est ajouté)

Deux types de pulsions s'opposent constamment créant une situation de conflit à la base du développement psychique: la vie (sex, auto conservation) et la mort (autodestruction et agressivité).

▫ La libido, énergie dérivée des pulsions sexuelles (pris dans le sens large du plaisir associé à la satisfaction de la pulsion), sur le sujet lui-même (narcissisme) ou sur des objets (personnes, choses, etc..)

La source des pulsions est essentiellement basée sur le corps, et leur maturation suit la courbe évolutive de la maturation corporelle (33).

1-1-3-2 Les stades du développement libidinal

Pour Freud il s'agit de la succession des zones érogènes, déterminants une fonction psychique spécifique.

C'est la source de l'objet et son investissement qui vont permettre une classification:

- Période prégnitale: orale, anale, phallique ou urétrale. Elle s'étend du début de la vie à 6 ans
- Période de latence entre 6 et 12 ans: les pulsions se tournent vers des objets plus socialisés, l'enfant est donc plus propice aux réceptions pédagogiques
- Période génitale qui marque le début de l'adolescence (33)

1-2 RAPPELS SUR LES ACQUISITIONS FAITES AVANT 6 ANS

Nous allons commencer par décrire rapidement l'évolution de l'enfant jusqu'à l'âge de 6 ans, en insistant notamment sur les aspects psychiques.

1-2-1 CROISSANCE ET DEVELOPPEMENT MOTEUR

1-2-1-1 Croissance physiologique et environnement

On se réfère à des normes pour pouvoir situer le développement de l'enfant, mais chaque individu avance à son propre rythme; cela détermine sa progression physique, influencée par son matériel génétique, dont l'expression est, elle même, dépendante des conditions de vie environnantes.

Deux raisons expliquent l'irrégularité de la croissance : la présence de pics, et les différences liées aux organes, entraînant des rythmes dissemblables.

Les conditions de vie vont déterminer des tendances concernant l'alimentation.

La première année, la durée de sommeil est beaucoup plus longue, et la répartition sommeil lent (repos physique) / sommeil paradoxal (repos psychique, rêves) est de 50 % chacun, contre 20% de sommeil paradoxal chez l'adulte. Ainsi, l'activité cérébrale, indispensable à la croissance du cerveau, est plus importante chez l'enfant (35).

1-2-1-2 Développement psychomoteur

1-2-1-2-1 Lois générales

- Loi de développement céphalo-caudale

C'est le sens de la progression de la myéline sur les fibres nerveuses, du cerveau à la colonne vertébrale. Au niveau musculaire, on va pouvoir observer une acquisition tonique des yeux, puis du cou, du dos et des membres inférieurs.

- Loi de développement proximo-distal

La myélinisation se fait de ce qui est proche et central, à ce qui est périphérique (20).

- Évolution du tonus et de la posture

On va observer au fil des mois une inversion d'activité: le tronc deviendra de plus en plus tonique, alors que les membres fléchisseurs vont s'amoindrir.

- Normes de développement

Elles sont employées pour pouvoir définir une chronologie, et non dans le but d'établir des tranches d'âge, la variabilité étant trop grande entre les individus (35).

1-2-1-2-2 Les étapes importantes

- La préhension

Il s'agit d'un mouvement intentionnel mettant en œuvre une collaboration étroite entre la vision et la motricité. Les premiers gestes sont bilatéraux et grossiers, puis le bébé pourra utiliser ses mains indépendamment l'une de l'autre (10).

- La station assise

Suivant les lois, le cou peut ainsi être maintenu vers 2-3 mois. Après l'augmentation de la tonicité musculaire dorsale, et la diminution de la tonicité musculaire des membres supérieurs puis inférieurs, l'enfant peut se tenir assis. S'il peut tenir cette position, il ne pourra passer en revanche de la position allongée à assise que vers l'âge de 9 mois (35).

- Déplacements au sol

C'est en rampant que l'enfant va pouvoir se mouvoir pour découvrir le monde, entre 4 et 6 mois.

- Station debout et marche

C'est la dernière étape importante dans le développement moteur, lui permettant une parfaite autonomie dans sa quête de découverte. Elle s'établit entre 8 et 18 mois (29).

- Maîtrise des sphincters

Toujours en se référant aux lois, elle ne peut donc intervenir qu'après la marche. Vers 20 mois, l'enfant peut contrôler son sphincter anal; vers 2 ans il maîtrise son sphincter vésical de jour, et entre 3 et 4 ans la nuit (35)

1-2-2 LE DEVELOPPEMENT DE L'INTELLIGENCE SENSORI-MOTRICE

1-2-2-1 Ce que nous apprend Piaget

1-2-2-1-1 L'intelligence sensori-motrice

Il s'agit du premier stade décrit par Piaget. Celui-ci décrit ce type d'intelligence comme la capacité à résoudre des problèmes pratiques au moyen des actions sensori-motrices.

- Les réflexes: 1er sous stade, 0-1 mois.

C'est la première réponse à une stimulation, servant de base aux différents schèmes.

- Premières adaptations et réaction circulaires primaires: 2e sous stade, 1-4 mois.

L'extension des schèmes permet de nouvelles acquisitions. Les actions ne sont centrées que sur le corps de l'enfant: succion, phonation, etc...

- Coordination vision-préhension et réactions circulaires secondaires: 3e sous stade, 4-9 mois.

C'est la coordination des sens qui va permettre les mouvements volontaires : objet regardé, touché, puis mis en bouche. C'est toujours de manière fortuite que l'enfant va faire des découvertes. Si elles lui ont plu, il va vouloir les reproduire: c'est l'accommodation.

- Coordination des schèmes secondaires, application à des situations nouvelles, 4e sous stade, 9-12 mois.

L'enfant va mettre en œuvre des recherches de nouveaux objets. Il va de plus, au cours de ce stade, coordonner ses schèmes pour changer le résultat: c'est les premiers actes intelligents de l'enfant.

- Différenciation des schèmes d'action par réactions circulaires tertiaires et découverte de moyens nouveaux par expérimentation active, 5e sous stade, 12-18 mois.

L'enfant cherche à faire varier les résultats, il expérimente pour découvrir les différentes conséquences possibles.

- L'invention de moyens nouveaux par combinaison mentale, 6e sous stade, 18-24 mois

Cette combinaison mentale des schèmes lui permet de résoudre plus de problèmes.

L'enfant arrive également à mieux structurer l'espace, ce qui lui confère une notion du temps plus réaliste. Le nourrisson se voit de moins en moins comme l'origine de tout (26).

1-2-2-1-2 La période préopératoire

C'est le passage du sensori-moteur au représentationnel.

L'accès aux signes et aux symboles (2-4 ans) permet le passage des schèmes sensori-moteurs aux schèmes conceptuels. L'intériorisation va permettre à l'enfant d'agir par intuition.

Jusqu'à 5-6 ans, la prépondérance de l'égocentrisme de sa pensée sera plus marquante grâce à ses progrès verbaux (26).

1-2-2-2 Ce qu'en pensent les autres

Les nombreux progrès réalisés au cours de ces dernières années ont bousculé bon nombre des idées piagétienne. Voici les principales remarques observées dans la littérature:

- Il est reproché au père de la psychologie génétique de n'aborder le développement de l'enfant qu'à travers sa relation avec l'objet, sans tenir compte des aspects sociaux et cognitifs.
- Pour Piaget, la vitesse de développement traduit les différences entre les enfants. Or, on sait aujourd'hui que les acquisitions intrastade ne se font pas dans le même ordre pour tous les enfants (35).
 - Pour Lécuyer, c'est la coordination intermodale de la perception et de la motricité qui assure un bon développement de l'enfant. Pour cet auteur, l'activité de catégorisation, qui permet de regrouper en un ensemble des éléments perçus comme différents, est bien plus précoce que ce qui était habituellement annoncé, à savoir 6-12 mois (18).
 - Rovee-Collier met en évidence la notion d'apprentissage: le bambin a la capacité très précoce de mémoriser des informations durant plusieurs semaines (4).
 - Pour Bower, l'enfant est capable de tendre les mains vers un objet bien avant les 4-5 mois annoncés habituellement, preuve d'une coordination visuo-manielle (27).
 - En provoquant une réaction de défense à une collision, on observe une réaction très émotive : le bébé aurait donc une perception innée de ce qu'est un objet. Cette perception est confirmée par les travaux de Spelke et Baillargon, cités par Tourrette, sur les compétences numériques du nouveau né, capable de visualiser plusieurs entités et de les différencier.
 - On observe des transferts intermodaux au bout de quelques semaines ce qui contredit le développement des sens indépendamment les uns des autres décrit par Piaget.
 - Meltzoff et Moore, cités par Tourrette, ont confirmé que l'imitation différée était bien plus précoces qu'au 18e mois annoncé par Piaget, à savoir dès les premières semaines de vie.
 - Pour Piaget, au sein d'un même stade, on observe une synchronicité des acquisitions. On a démontré depuis un décalage horizontal individuel: l'enfant peut, par exemple, en être au stade sous-3 pour la perception sensori-motrice, et au sous-4 pour le statut de l'objet. Il y a de grandes différences interindividuelles, mettant en jeu des modes de fonctionnement différents (35).

Toutes ces différences ont abouti à nuancer les propos de Piaget.

1-2-3 LE DEVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL

1-2-3-1 Les débuts de la communication

Les premiers échanges d'informations sont bien sûr non verbaux. L'interaction avec l'adulte se fait au moyen de toutes les capacités sensorielles dont le bébé dispose. C'est en communiquant, même de façon non verbale que l'enfant va apprendre à parler : il veut reproduire ce qu'il entend autour de lui, et surtout, pouvoir interagir avec son entourage. Les premiers mots sont identifiables à la fin de la première année. Quelques mois après, il peut joindre deux mots pour établir un énoncé, et à la fin de la deuxième année, nous assistons à une explosion lexicale. Les âges d'apparition des différentes étapes sont très variables selon les enfants (13).

1-2-3-2 La construction de la personnalité

Après la période fusionnelle avec sa mère, l'enfant va devoir se créer sa propre personnalité pour être une personne à part entière.

1-2-3-2-1 L'avis de Freud

L'enfant commence sa vie dans un état d'indifférenciation, appelé période de narcissisme primaire.

Il ne peut pas avoir de pulsion d'objet à satisfaire car il n'en reconnaît pas encore l'existence. C'est donc la fonction alimentaire, activité principale de l'enfant, qui va servir d'appui à la recherche de plaisir : celui de se nourrir, et celui de voir sa mère.

A l'origine, le bébé ne connaît que le Ça. Il ne connaît ni le Moi, ni le SurMoi.

- Le stade oral (1ère année de vie)

L'alimentation va remplir deux fonctions: la nutrition et le plaisir qui vont se dissocier.

L'enfant commence à se sevrer marquant le début du Moi.

- Le stade anal (2e et 3e années de vie)

Son entrée ne se fait qu'à partir du contrôle sphinctérien. Le plaisir qui était alors oral va devenir anal : défection, rétention, ce qui sort de ses intestins lui appartient, et il décide, ou non, de l'«offrir».

Le Moi se renforce et le SurMoi est introduit par les interdits parentaux.

- Le stade phallique (3-6 ans)

La nouvelle zone érogène se tourne vers les organes génitaux externes avec un éveil de la sexualité génitale.

C'est pendant ce stade qu'apparaît notamment le Complexe d'Oedipe qui va différencier le développement du garçon et de la fille. Il s'estompe dans les deux sexes avec l'acceptation de l'identité sexuelle (33).

1-2-3-2-2 La théorie de Spitz

Tout comme Freud, Spitz a étudié l'investissement de l'enfant face à l'objet pour pouvoir décrire sa personnalité. Cet objet peut être, à certains moments de sa vie, une partie de son propre corps.

Pour cet auteur, l'enfant naît sans capacité lui permettant de distinguer le Moi du SurMoi, ou d'avoir des pulsions envers un objet, car il n'en connaît pas.

- Le stade an-objectal (0-2 mois)

Étant exempt de toute pulsion, le nouveau né n'est intéressé que par lui-même et ce qu'il ressent.

- Le stade de l'objet précurseur (2-6 mois)

Le visage humain de face est une de ses visions préférées, déclenchant la plupart du temps une réaction très émotive, le sourire. C'est la première étape de la construction psychique. Le Moi et l'extérieur commencent tout doucement à se différencier.

- Le stade objectal (6-12 mois)

L'enfant débute ses pulsions sur des objets qui lui sont externes. La mère représente un objet libidinal total et unique. L'angoisse du 8e mois est la réaction de déplaisir dégagée par l'enfant au contact de visages qui ne lui sont pas familiers, ce qui traduirait l'angoisse de la séparation de la mère. De plus, la communication établie avec la mère va introduire son développement social.

C'est la 2e étape de l'élaboration psychique

- Le stade des relations sociales différenciées (2e année)

L'autonomie de l'enfant devient très prononcée et dans tous les domaines. Il aura la sensation d'être restreint par de plus en plus d'interdits, notamment par sa mère. L'enfant va imiter les gestes puis le mot «non», pour s'affirmer en s'opposant: c'est le 3e stade du développement psychique.

La communication avec la mère devient verbale (14).

1-2-3-2-3 La théorie de l'attachement, par Bowlby

Pour ce psychanalyste anglais, l'attachement est un besoin primaire inné chez l'enfant.

L'attachement est décrit comme une maintenance de proximité, qui a pour but de durer, et instinctivement une dépendance liée à la survie (manque d'autonomie) et à sa sécurité.

L'enfant va connaître plusieurs évolutions chronologiques: d'abord très réactif à toutes les stimulations sensorielles possibles, il devient plus sélectif en recherchant la proximité avec des individus choisis (parents, fratrie). Pour mieux supporter l'absence de ses pairs, il va progressivement se construire une image psychique d'eux, et cette image sera surtout développée à l'âge de 3 ans.

Les premières réactions vives face à la séparation ne peuvent apparaître qu'après l'investissement à son objet d'attachement, à savoir vers 6 mois (37).

Il a été démontré qu'un enfant qui a reçu de manière précoce une relation d'attachement sécurisée aura pu se constituer des représentations internes plus sûres et aura plus confiance en lui. Il sera beaucoup plus ouvert au monde et plus autonome (35).

1-2-3-2-4 Ce que nous apprend Wallon

– Période centripète

- *Stade impulsif*

Il peut durer pendant les 6 premiers mois de la vie. Quand il ressent un besoin, l'enfant réagit par des mouvements musculaires impulsifs auxquels l'entourage va donner une signification.

- *Stade émotionnel*

Les relations de l'enfant avec l'entourage vont se faire au moyen d'émotions, premiers signes de la vie psychique observables.

Pour Wallon, l'émotion est la première marque de compréhension.

– Période centrifuge

- *Stade sensori-moteur*

Il s'étend tout le long de la deuxième année. L'enfant va développer des activités de manipulation et de découverte. C'est le début de l'intelligence pratique. Son développement moteur et ses débuts de maintien de posture vont lui permettre d'imiter son entourage, prélude de la représentation mentale qui accompagnera le langage. C'est le début de l'intelligence discursive.

- *Stade projectif*

C'est le stade qui marque la 3e année de l'enfant. Les actes moteurs sont à présent accompagnés de représentations mentales: c'est l'intériorisation des mouvements.

– Période centripète

- Stade du personnalisme, 3-6 ans

Il marque l'avènement de la conscience de soi. La différenciation moi/autrui va se forger au sein d'expériences de l'enfant avec autrui. Trois périodes vont contribuer à l'indépendance et à l'enrichissement du soi:

- Opposition (3-4 ans): elle va permettre d'affirmer la personnalité, avec une autonomie qui va lui faire prendre conscience qu'il est différent des autres

- Séduction (4-5 ans): l'enfant tend à recueillir l'approbation, et se donne en spectacle. Période narcissique.

- Imitation (5-6 ans): dans les gestes, les attitudes, les rôles et les personnages (30).

1-2-3-2-5 La conscience de soi

Elle apparaît entre 6 et 30 mois selon les auteurs, et serait bien plus précoce que la conscience perceptive de son corps.

Cette perception est accentuée grâce aux interactions adaptées de son entourage: en prenant conscience de la pensée d'autrui, l'enfant va prendre conscience de sa propre pensée.

En découvrant les objets, il va simultanément apprendre les limites de son corps et ses possibilités

instrumentales.

S'il arrive bien plus tôt à reconnaître les autres, il faudra attendre la 3e année pour qu'il puisse se reconnaître dans un miroir, après quoi il ne lui restera plus qu'à comprendre qu'il ne s'agit que de son reflet.

A 3 ans, il peut, grâce à ses progrès de langage, se décrire avec le JE: détails physiques, compétences, sentiments...

L'identité sexuelle est reconnue à la fin de la 2e année, comme on peut le voir dans leurs comportements et leurs expressions verbales (4,35).

1-2-3-2-6 Interactions avec les autres enfants

Les interactions évoluent avec l'âge et les progrès de l'enfant: mimo-gestuelles, puis verbales.

Avant 3 mois, l'enfant ne semble pas tenir compte des autres bébés, après quoi on note des gestes d'atteinte entre 3 et 6 mois, puis des comportements beaucoup plus sociaux: regards, sourires, vocalises.

Ces interactions sont cependant beaucoup moins marquées que celles concernant les adultes, priorité des bébés.

A 2 ans, les échanges sont plus longs, les enfants partagent des jeux. La compréhension de la portée émotionnelle de l'échange est bien assimilée par l'enfant qui peut différencier une interaction menaçante ou sympathique.

C'est à 3 ans que le changement devient radical avec le lexique verbal, par l'intermédiaire de l'imitation.

Vers 4 ans, le langage prend progressivement le dessus sur l'imitation.

Faire partie d'un groupe va permettre à l'enfant de se socialiser: gestion de conflits, cohésion du groupe, dispersion (40).

1-2-3-3 Apprendre avec autrui

C'est grâce au partage de ses émotions que l'enfant va développer une théorie de l'esprit.

L'enfant se découvre lui-même en découvrant les autres. Il s'agit d'une co-construction cognitive, sociale, affective et communicative.

Au cours de son développement, l'enfant va toujours chercher un équilibre: les événements doivent être réguliers pour être bien assimilés, et perturbés, déclenchant ainsi des compensations qui provoquent des rééquilibrations constructives.

L'environnement familial est donc essentiel: il est source de perturbation tout en permettant la rééquilibration. Ces deux caractéristiques doivent être présentes pour que le milieu soit favorable à un apprentissage motivant.

L'enfant doit apprendre seul, et aidé par ses parents qui motivent ses progrès. La tâche donnée à l'enfant a toujours un niveau légèrement supérieur à ce qu'il peut faire, favorisant sa progression.

Même si l'adulte a un rôle essentiel, il ne faut pas oublier que le développement cognitif résulte avant tout de la motivation de l'enfant (35).

1-3- L'AGE SCOLAIRE: ACQUISITIONS DES ENFANTS DE 6 à 10 ANS

1-3-1 DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

1-3-1-1 Les capacités

– La souplesse

L'extensibilité diminue avec l'âge et reste plus importante chez les filles; on note une asymétrie : un côté est dominant, preuve de la bonne latéralisation. Vers 5-6 ans, l'enfant peut obtenir un relâchement musculaire total à la demande, c'est la détente musculaire volontaire.

– La statique

C'est la capacité pour l'enfant de garder une station debout en étant totalement immobile. Elle augmente avec l'âge, notamment avant 10 ans.

– Indépendance des groupes musculaires

Elle est essentielle pour que l'enfant puisse réaliser des gestes sûrs et précis. Tant qu'elle n'est pas acquise, on peut voir des mouvements parasites appelés syncinésie (tire la langue), qui vont disparaître vers 8 ans.

– Coordination des mouvements simultanés

Elle est acquise tôt, mais est réalisée lentement. C'est donc sur le rythme que les progrès seront faits.

– L'adresse

Elle évolue entre 5 et 12 ans. On considère un mouvement adroit quand il est précis, rapide et bien dosé en force (35).

1-3-1-2 Latéralisation

Si le cerveau est symétrique anatomiquement parlant, sa fonctionnalité est asymétrique : il y a des aires situées dans l'hémisphère gauche ou droit.

La latéralisation consisterait à l'organisation des dominances issues des différences de fonctionnement du cerveau.

L'organisation fille/garçon présente également des inégalités: l'aire du langage serait répartie dans l'hémisphère gauche et dans le droit, occupant des parties habituellement réservées aux fonctions visuospatiales. Les femmes seraient donc plus aptes à l'utilisation du verbe et les hommes aux tâches spatiales (35).

Dailly et Moscato décrivent trois composantes dans la latéralité:

- latéralité d'usage: manuelle, graphique;
- latéralité fonctionnelle: efficacité selon la main utilisée;
- latéralité neurologique: tonus musculaire plus élevé dans la partie dominante du corps

La latéralité n'est pas une donnée toute faite, malgré les prédispositions héréditaires supposées, elle se construit à partir de l'asymétrie cérébrale et corporelle, avec l'âge, et la pratique. De nombreuses variations interindividuelles sont observables, il n'y a donc pas forcément de cohérence (ceci est du à l'expérience qui varie selon les êtres). On n'est pas soit gaucher (10% de la population), soit droitier, mais plus ou moins l'un ou l'autre selon l'acte.

L'homogénéité de la dominance est rare sur les trois niveaux que sont les yeux, les mains et les pieds.

Les troubles de latéralité peuvent affecter le langage oral (bégaiement) comme écrit (dyslexie). Ces «erreurs», normales au cours de l'apprentissage, doivent alarmer les parents lorsqu'elles persistent (21).

1-3-2 DEVELOPPEMENT INTELLECTUEL ET COMMUNICATIF

1-3-2-1 Évolution des capacités expressives

1-3-2-1-1 Le langage

Phonologiquement, l'enfant a acquis tout ce qui est nécessaire, à l'exception de consonnes plus difficiles à prononcer (ch, z, s, ...).

Le vocabulaire augmente de façon exponentielle, et la syntaxe se complexifie progressivement (13).

1-3-2-1-2 Le jeu

L'activité ludique présente plusieurs caractéristiques: son importance vitale pour l'enfant et son développement, elle peut intervenir n'importe où et n'importe quand, elle est différente de la réalité, n'a pas de but précis, et implique toutes les capacités de l'enfant, sans qu'il soit avec d'autres partenaires sociaux au début, puisqu'avec le temps, il se rapprochera de plus en plus des autres enfants pour partager.

Les objets servent bien souvent de support symbolique à partir de la 3e année.

L'enfant fait paraître dans le jeu tout ce qui lui est difficile à vivre. Le jeu lui permet de comprendre des besoins qu'il ne peut pas assouvir.

Piaget a décrit trois catégories de jeux:

- * jeu d'exercice (sensori-motrice, mouvements, manipulations...)
- * jeu symbolique (imitation, fabulations, ...)
- * jeu de règles : jeux de société, avec des règles précises

Ces jeux apparaissent progressivement dans l'évolution de l'enfant, sans remplacer les catégories préexistantes (35).

1-3-2-1-3 Le dessin

Cette activité communicative apparaît vers 2 ans pour disparaître petit à petit vers l'adolescence. Elle caractérise donc bien l'enfance.

C'est une possibilité d'expression qui lui paraît plus simple et qui va permettre à l'entourage d'apprécier les progrès psychomoteurs, intellectuels, et affectifs de l'enfant.

Avant 5-6 ans, on se situe dans un stade de réalisme manqué : l'enfant va ajouter des détails significatifs à un dessin quelconque pour pouvoir lui attacher un réalisme, c'est le début du dessin intentionnel. Le plus souvent ses moyens ne sont pas à la hauteur de ses intentions.

Jusque 8 ans, les progrès moteurs, l'augmentation exponentielle des connaissances, de son analyse, entraînent des progrès rapides de ses dessins. Il s'agit presque de récits de ses expériences, de son propre point de vue. C'est le stade du réalisme intellectuel, où l'enfant utilise des moyens techniques élaborés comme la transparence ou la schématisation, de manière plus ou moins maladroite.

Après cette étape, le réalisme devient visuel, et les progrès de l'enfant vont se concentrer sur la représentativité objective du monde. De nouveaux procédés sont acquis : tridimension, coordination des objets, perspective.

C'est cette difficulté à rendre « réel » un dessin qui va décourager beaucoup d'enfants à continuer dans cette voie de communication. D'autres vont approfondir et utiliser des moyens plus complexes comme l'abstraction ou la caricature (3, 38).

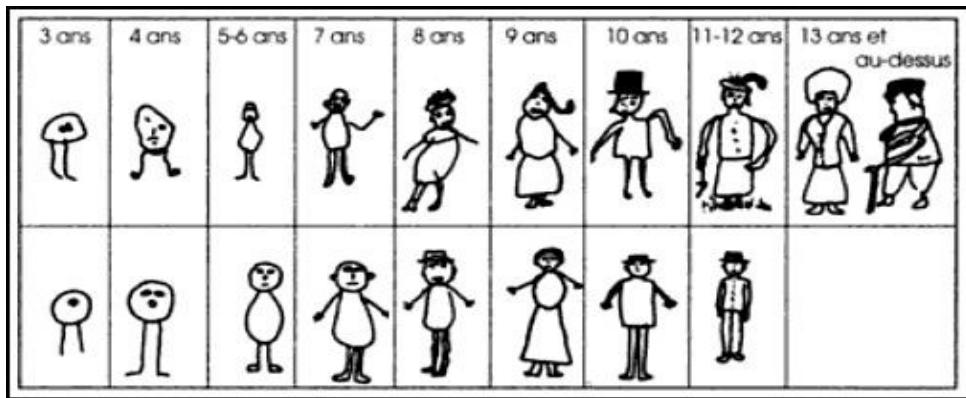


Figure n°1 : Évolution du dessin du bonhomme par LEIF, cité par Anzieu à partir de 3 ans

1-3-2-2 Les progrès cognitifs, par Piaget

1-3-2-2-1 Période préopératoire (2-7 ans)

- Apparition de la fonction sémiotique

C'est la capacité d'évoquer des objets ou des situations qui ne sont pas encore perçus par des signes ou de symboles.

Elle va permettre le développement des représentations mentales et l'utilisation de signifiants.

Cette fonction va s'exprimer de plusieurs manières: l'imitation différée, le jeu symbolique, le dessin, les images mentales puis le langage.

- La prépondérance de l'égocentrisme cognitif

C'est l'incapacité de l'enfant à se décentrer, à se mettre à la place d'autrui et à prendre en compte l'avis des autres. Le langage va accentuer cet égocentrisme intellectuel.

La pensée égocentrique est une pensée prélogique intuitive et préconceptuelle.

- L'égocentrisme logique apparaît dans les caractéristiques du raisonnement de l'enfant : syncrétisme (il ne peut coordonner les détails à l'ensemble) et transduction (il associe une sorte de logique apparente entre des objets qui ne sont pas liés, autrement appelés « pensée par couple »).
- L'égocentrisme ontologique est la façon dont l'enfant perçoit la réalité, comment il se représente le monde. L'enfant confond encore réel et imaginaire, fait preuve d'animisme et d'artificialisme.

- Le déclin de l'égocentrisme par décentration

Vers 5-6 ans, l'accommodation à la réalité objective prend plus d'ampleur. Le point de vue des autres commence à exister et à être pris en compte par l'enfant, qui va établir des relations communes et réciproques entre les personnes et lui-même, signe d'une forte évolution de sa mobilité mentale.

Son intuition devient articulée, mais reste encore fragile. En effet, une personne expérimentée aura peu de mal à faire douter l'enfant de ses nouvelles pensées (25) (26).

1-3-2-2-2 Opérations concrètes (7/8 – 11/12 ans)

La pensée de l'enfant va devenir opératoire et mobile. Le caractère réversible d'une action est le facteur déclenchant du passage de l'intuition à l'opération, et témoigne de la prise de conscience de l'existence d'un invariant (schème de conservation) qui permet un retour à l'origine. De plus, l'enfant doit être conscient que cette action, possible dans les deux sens, est bien la même. Deux types d'opérations sont possibles: logico-mathématiques, issues de la fonction assimilatrice de la pensée (quantités discontinues: classe, relation, nombre) et infralogiques, issues de la fonction accommodante (quantités continues: espace, temps, mesure).

- Schème de la conservation

Chaque propriété d'un objet sera acquise comme vraie progressivement: il s'agit d'un décalage horizontal (dans le même stade) et collectif. L'ordre d'acquisition est invariable :

- Vers 7-8 ans, les propriétés se réfèrent aux substances (matières): solide (pâte à modeler: quelque soit la forme qu'on lui donne, l'enfant conçoit qu'il y a toujours la même quantité), ou liquide (ex des verres de différents diamètres: l'enfant conçoit que le niveau d'une même quantité d'eau sera différent selon le verre).
- Aux alentours de 9-10 ans, l'enfant peut se concentrer sur les notions de poids, et sait que quelque soit la forme d'une même quantité de matière (pâte à modeler), le poids ne varie pas.
- Il faut attendre 11-12 ans pour admettre la conservation d'un volume.

- Structures logico-mathématiques

Trois systèmes vont s'élaborer en même temps:

- | | |
|-------------------------|--|
| Structure de groupement | ➤ Classification: classer des objets en collections logiques, selon plusieurs critères. Une fois cette activité maîtrisée, l'enfant pourra comparer un élément aux autres. |
| Structure de groupe | ➤ Sérialisation: regrouper les éléments selon une relation d'ordre. Ainsi, dès 7-8 ans, l'ordre est assimilé comme une structure. |
| | ➤ Le nombre: si l'apprentissage verbal lui permet d'énumérer une suite de nombres vers 5 ans, l'enfant ne sait pas forcément encore compter. L'acquisition ne se fera qu'à travers des progrès d'ordre logique. C'est la réunion des notions de classification et de sérialisation (classement cardinal et simultanément ordinal). |

- Structures infralogiques

Elles portent sur le monde physique.

- L'espace: vers 7-8 ans, apparaissent les opérations topologiques (connaissance des lieux), qui deviennent invariantes. L'espace projectif se constate quand l'on demande à un enfant de construire une droite (technique de la visée). A l'étape de l'espace euclidien, toutes les caractéristiques de l'espace (longueur, volume, perspective) sont acquises, maîtrisables et mesurables.
- Le temps: la construction des notions temporelles repose sur des opérations de sérialisation (selon l'ordre, le temps est une série d'événements successifs) et de classification (emboîtement des intervalles entre les événements).

- Équilibration des structures cognitives

Cette équilibration est, pour Piaget, le moteur du développement cognitif. Les structures mentales tendent toujours vers cet équilibre, qui est sans cesse remis en question. Le retour à l'équilibre, rompu par exemple par des conflits avec l'environnement, va entraîner un progrès cognitif du au remaniement des schèmes. Nous avons déjà vu auparavant l'importance de la mobilité de ces schèmes (25,26).

1-3-2-2-3 Ce que pensent les autres auteurs des idées de Piaget

Les phénomènes constatés par Piaget n'ont pas la même signification pour d'autres chercheurs. Voici les principales idées qui diffèrent.

- Rapports entre aspects figuratifs et opératifs de la pensée : la subordination des aspects figuratifs à l'opératif ne serait pas aussi absolue, et le figuratif pourrait jouer un rôle de guide à l'opération

- Rôle de l'inhibition: l'enfant devra parfois inhiber la résolution de certaines actions antérieures (qui vont devenir inappropriées) pour pouvoir en résoudre de nouvelles. Ce rôle serait donc à ajouter à la dialectique assimilation/accommodation. L'émotion jouerait un rôle important dans cette activité.
- Les interactions sociales : elles sont totalement négligées par Piaget qui s'est concentré sur les rapports de l'enfant à l'objet. En effet, la confrontation de son point de vue avec d'autres enfants accélérerait la décentration, bien que le bénéfice à tirer dépende des prérequis.
- L'unicité du modèle de développement : cette hypothèse est fortement contredite par les faits. Les acquisitions seraient orientées par des préférences cognitives, ce qui pourrait permettre de rendre compte des modalités différentes de développement et de fonctionnement des individus.
- La mémoire : il y aurait une préexistence de certaines représentations mentales dans la mémoire, avant toute action ou représentation.
- La théorie de l'esprit : la métacognition serait beaucoup plus précoce, et aurait une grande importance dans le développement cognitif (35).

1-3-2-2-4 Les acquisitions scolaires

L'entrée à l'école correspond au début de la période de latence où l'enfant aura une grande disponibilité pour les acquisitions scolaires : réflexion, jugement, méta-représentation, méta-mémoire, méta-phonologie, et méta-linguistique.

L'acquisition de la lecture repose sur la maîtrise du langage oral. Elle se fait en trois étapes : logographique (reconnaissance de la forme globale du mot écrit, et de la forme orale), alphabétique (relations entre séquences de lettres et séquences sonores) puis orthographique (reconnaissance des mots sur l'apparence visuelle en analysant les lettres et les séquences de lettre).

La prononciation sera bonne quand l'enfant aura une représentation phonologique en correspondance avec ce qu'il lit.

Le calcul s'apprend à partir des apprentissages numériques précoces qui vont se compliquer : nombres entiers, opérations, puis nombres décimaux, etc... Les additions/soustractions simples sont acquises bien avant l'entrée à l'école, et les enfants s'aident souvent par des moyens qui leur sont propres (assemblages de cailloux, les doigts, etc...). Pour la multiplication et la division, l'intuition arithmétique ne suffit pas (apprentissage des tables, etc....).

Les stratégies sont variées et dépendent en partie de l'enseignement pédagogique (35).

1-3-3 DEVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL

1-3-3-1 Wallon: le développement de la personne

1-3-3-1-1 Fin du stade du personnalisme, 6 ans, centripète

A 6 ans, l'évolution est surtout pratique et linguistique. L'enfant manipule plus aisément les objets et peut les catégoriser. Grâce à l'apprentissage des mots, il apprend à relier des objets à des représentations mentales. Le langage va devenir un instrument de plus en plus puissant (30).

1-3-3-1-2 Stade catégoriel, 6-11 ans, centrifuge

Son intérêt va se porter beaucoup plus vers l'extérieur. L'enfant va analyser plus longuement les objets, la pensée devient plus abstraite. Cette évolution se fait dans le contexte social scolaire qui sera très important pour lui (30).

1-3-3-2 Freud: La période de latence

L'évolution de la sexualité s'estompe ou s'arrête jusqu'à la puberté. A cette époque, les principales préoccupations de l'enfant sont tournées vers l'extérieur et le désir de connaissances. Avec le refoulement des pulsions sexuelles dans la relation parentale, l'enfant va renforcer le Moi et le SurMoi. L'enfant est en équilibre, l'évolution de sa personnalité est plus régulière (33).

1-3-3-3 Les relations interpersonnelles

L'école va prendre le relais de la famille comme agent de socialisation. Les relations avec les autres enfants vont s'intensifier.

L'enfant commence à être en âge de porter un jugement négatif ou positif sur ce qu'il sait faire et à se comparer aux autres. De même, il réalise que les autres lui portent un jugement de valeur, et ce point de vue l'influence.

En parallèle, l'enfant apprend à réguler ses émotions, conformément aux règles sociales.

La communication entre enfants, si elle devient verbale à partir de la 4e année, reste essentiellement non verbale.

La décentration permet une coopération, et donc des travaux de groupes.

L'école, en plus de permettre l'acquisition de connaissances, permet de voir émerger des compétences personnelles et surtout sociales.

En dehors de l'école, les réunions inter-enfants se basent d'abord sur des critères géographiques, puis quelques années plus tard sur les affinités. Les individus de même sexe tendent à se rapprocher naturellement.

L'amitié ne peut naître que si le partage des affects et des actions est rendu possible par le développement social de l'enfant. Prendre en compte la perspective d'autrui est un facteur clé pour avoir des conduites affiliatives (40).

2- LE DEVELOPPEMENT DU LANGAGE

Le langage est considéré comme un facteur d'intelligence essentiel, propre à l'homme, permettant la communication entre les autres individus.

Il s'agit de l'un des premiers apprentissages de la vie, réputé rapide, et respectant une chronologie assez précise.

L'étude de l'évolution du langage va nous permettre de mieux comprendre ce que l'enfant voudra exprimer, nous permettant de mieux capter les sentiments qu'il veut ou non dégager (13).

2-1 LES SPECIFICITES HUMAINES DU LANGAGE

Si associer des signes ou des mots peut être appris aisément, établir une relation avec une représentation abstraite, créer des discours originaux ou autres jeux de mots, relève uniquement des compétences humaines.

L'acquisition du langage se fait très rapidement, car le nouveau né, dès les premières semaines, va être un partenaire particulièrement actif et intéressé dans l'établissement d'une communication avec l'adulte (ses parents de préférence), sa source de curiosité favorite. Il

commence par des moyens non verbaux: les expressions faciales, es gestes...; puis utilise avec plaisir son organe vocal, par l'intermédiaire de gazouillis, de vocalises, de syllabes répétées et d'approximations, jusqu'à obtenir l'élaboration de mots. Sa motivation pour y arriver est très forte. En deux ou trois ans, il peut déjà se faire comprendre verbalement. Trois années plus tard, il possède les bases lexicales et syntaxiques du langage, tout en ayant conscience des différentes fonctions de son discours.

Le rôle du langage est capital, car il est le vecteur de nombreux autres apprentissages.

2-2 LES THEORIES D'ACQUISITION DU LANGAGE

2-2-1 LES APPROCHES BEHAVIORISTES

Pour Reuchlin le comportement verbal est un échange qui en plus de modifier l'environnement va également avoir un effet sur la personne qui aura émis cet acte. Par exemple, si l'enfant prononce un mot exprimant sa faim de type « afa », et que les parents lui apportent de la nourriture, cela va renforcer l'idée que se fait l'enfant sur la portée de ce mot qu'il finira par améliorer suite aux demandes de plus en plus exigeantes des parents (13).

2-2-2 LA LINGUISTIQUE DE CHOMSKY

A partir de règles précises prédefinies, un sujet peut comprendre et créer un nombre infini de phrases. Ce système est fixe, et il suppose un dispositif inné d'acquisition du langage. L'hémisphère gauche et tout un réseau de neurones sont mis en jeux.

Deux caractéristiques importantes sont nécessaires:

- la compétence: c'est la connaissance intuitive du système de règle de la langue
- la performance: il s'agit de l'utilisation de ce système (mémoire, capacité de traitement de l'information) (13).

Chomsky soutient l'existence d'une grammaire de base universelle. Il y a cependant des problèmes spécifiques à chaque langue: la diversité lexicale pour définir une même notion, la clarté de l'étymologie et la complexité morphologique (17).

2-3 L'APPRENTISSAGE

2-3-1 LES ORIGINES DES SONS ET DE LA COMPREHENSION

Dès 6 mois, le fœtus entend les bruits et les sons extérieurs, dont la parole humaine. La voix maternelle est doublement perçue : par la voie interne et la voie aérienne. Tout cela est le début de plusieurs années d'apprentissage...

La voix des parents (surtout la mère) serait préférée aux autres par le nouveau né.

La perception du langage oral s'affine jusqu'au 5e mois: catégorisation de sons, intonations, reconnaissance de syllabes, du prénom. C'est également à cette période qu'il va commencer à contrôler les sons qu'il produit.

La compréhension de mots commence entre 7 et 10 mois, dans des contextes précis et grâce à l'intonation de l'adulte. L'enfant s'aide bien souvent de signes non verbaux. A 1 an, il peut comprendre environ 30 mots et commence même à pouvoir les reconnaître en dehors du contexte (13).

2-3-2 LES MOTS ET LES PHRASES

C'est environ à l'âge de 10 mois que les sons produits par l'enfant sont proches des mots, dans un contexte particulier. Cet âge varie selon les enfants, leur culture sociale, la fratrie, leur tempérament, etc... L'encouragement des parents joue un rôle capital dans l'orientation et la motivation du bambin. C'est d'ailleurs bien souvent l'adulte qui va donner une signification à la production de l'enfant.

Cinq à six mois séparent l'émission du premier mot et la compétence lexicale orale d'une cinquantaine de mots, sans avoir de lien avec l'intelligence, ou même avec le répertoire de mots compris qui est lui, plus étendu. Ce premier vocabulaire est composé d'objets familiers ou de proches (papa, nounou...), de termes sociaux simples (allô, coucou...) ou de quelques adverbes (encore). Peu de verbes et quelques rares adjectifs s'y ajoutent (beau, belle).

K. Nelson, citée par Florin, a examiné les différents vocabulaires acquis en premier par les enfants. Elle décrit ainsi deux catégories d'apprentissage:

- les enfants référentiels: ils parlent d'abord des choses. Ils apprennent en se focalisant plus sur le lexique.
- les enfants expressifs, qui parlent d'eux mêmes, des autres et des relations avec les personnes. Leur mode d'apprentissage est axé sur la syntaxe.

Nelson observe aussi des enfants « nominaux » (utilisation de plus de noms que de pronoms) qui auront tendance à plutôt décrire des objets, et leur inverse, les enfants « pronominaux » qui voudront plutôt parler de leurs actions. Ainsi, une partie des enfants va concevoir le langage verbal comme un moyen d'expression cognitif et référentiel, alors que l'autre partie considère le langage comme un moyen d'échange social.

Les échanges avec l'entourage vont permettre à l'enfant d'obtenir la forme conventionnelle des mots ainsi que le sens des nouveaux termes.

La taille du lexique va augmenter lentement jusque 18 mois, mais les 18 mois suivants, c'est l'explosion: ils apprennent plusieurs mots par jour pour atteindre plusieurs centaines de mots à 3 ans. Si l'apprentissage continue toute la vie, c'est à ce stade qu'il est le plus rapide. De récents travaux en neuropsychologie affirment que ce boom est dû à la spécialisation d'une partie du cerveau (jusque là les deux hémisphères étaient impliqués), à savoir le lobe temporal et le lobe pariétal de l'hémisphère gauche (voir Figure n°2).

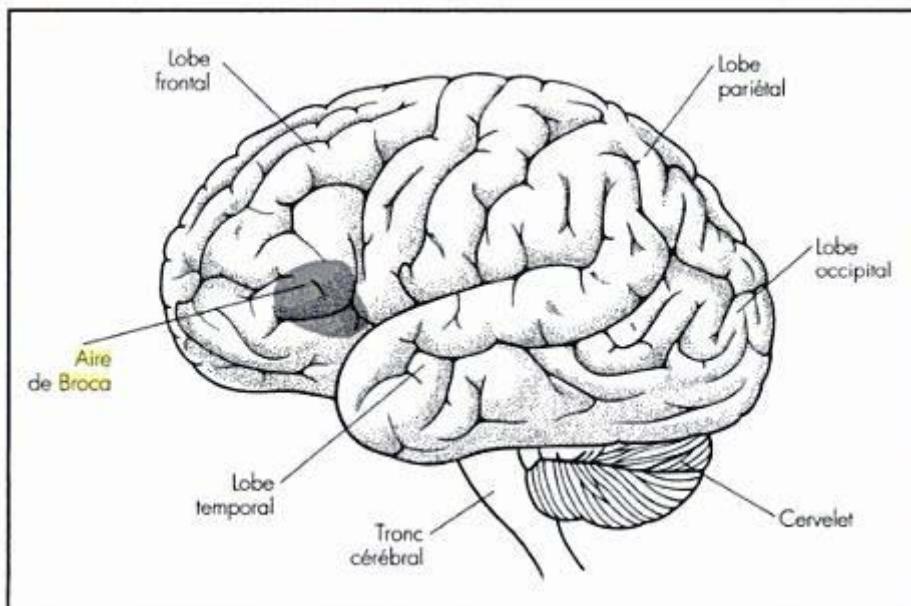


Figure n°2 : Vue externe de l'hémisphère gauche d'après SPRINGER et DEUTSCH, dans Florin (13)

Bien entendu, le développement du lexique ne peut se faire que s'il est accompagné des autres développements psychiques de l'enfant : découper le monde en unités et catégories et repérer les différences et les similitudes entre ces catégories.

Progressivement, l'enfant va associer des mots pour obtenir des phrases. Il pourra utiliser plusieurs types de discours (impératif, affirmatif) vers 2-3 ans, conjuguer les verbes dès 3 ans et demi, et maîtriser les pronoms personnels vers 4 ans. A cet âge, l'enfant est aussi capable d'argumenter de manière simple, par l'intermédiaire de menace par exemple pour régler un conflit ou justifier un désir. Il peut adapter son langage selon l'âge de l'interlocuteur.

Vers 4-5 ans, les justifications deviennent plus complètes, il énumère des faits pour faire valoir ses idées.

Âge		Nombre de mots	Gain
Année	Mois		
	8	0	
	10	1	1
1	0	3	2
1	3	19	16
1	6	22	3
1	9	118	96
2	0	272	154
2	6	446	174
3	0	896	450
4	0	1.540	318
5	0	2.072	202

*Figure n°3 : Évolution de la taille du vocabulaire en fonction de l'âge,
d'après M.E. SMITH, 1926, dans Florin (13)*

Chez un enfant de 6 ans, on estime que le vocabulaire est composé de 2500 à 3000 mots. Une étude de 1978 réalisée par Ehrlrich, Bramaud du Boucheron et Florin a constaté que ce vocabulaire augmente de 1300 mots environ par an du CE1 au CM2.

Parallèlement, les représentations sémantiques (le sens des mots) vont s'enrichir et se transformer.

Vers 6-7 ans, l'enfant est capable de construire un ensemble d'énoncés et ainsi de créer un récit cohérent. Ces récits deviennent de plus en plus riches, avec l'âge, avec une construction narrative plus élaborée. Cet âge marque également l'emploi correct de tous les articles, et l'apparition des phrases passives.

L'enfant peut à présent argumenter de manière simple, par l'intermédiaire de menace par exemple, pour régler un conflit ou justifier un désir. Il peut aussi adapter son langage selon l'âge de l'interlocuteur. L'enfant commence à comprendre les règles de conversation (tour de parole, etc...), et va pouvoir s'engager, ou émettre des jugements. Vers 8 ans, il peut considérer son point de vue et celui de son interlocuteur, pour pouvoir construire un référent commun. Il faut attendre 13-14 ans pour voir des nuances dans le contenu de l'argumentation selon les caractéristiques de l'interlocuteur (13).

2-4 LES FONCTIONS DU LANGAGE

L'enfant va utiliser progressivement plusieurs fonctions du langage:

- la fonction instrumentale pour obtenir ce qu'il veut dès le début de la vie avec l'expression non verbale;
- la fonction personnelle pour exprimer ses sentiments, intérêts ou dégoûts (2e année);
- la fonction régulatrice pour contrôler le comportement d'autrui;
- la fonction interpersonnelle pour entrer en relation avec autrui;
- la fonction heuristique pour développer ses connaissances du monde;
- la fonction imaginative pour créer son propre environnement;
- la fonction informative pour échanger des informations.

Une même phrase peut avoir plusieurs fonctions selon la situation d'énonciation (13).

3- INFLUENCE DU MILIEU FAMILIAL

Pour *Le Robert*, une famille est un ensemble de personnes unies par le sang ou l'alliance et composant un groupe.

Bronfenbrenner (1917-2005), psychologue/chercheur américain, a défini un modèle écologique (voir figure n°4) pour déterminer les différentes influences dans le développement de l'enfant; la famille y joue un rôle primordial car elle constitue le premier de ces micro systèmes (l'enfant en aura plusieurs petit à petit: service de garde, etc...), c'est le premier lieu de socialisation (7).

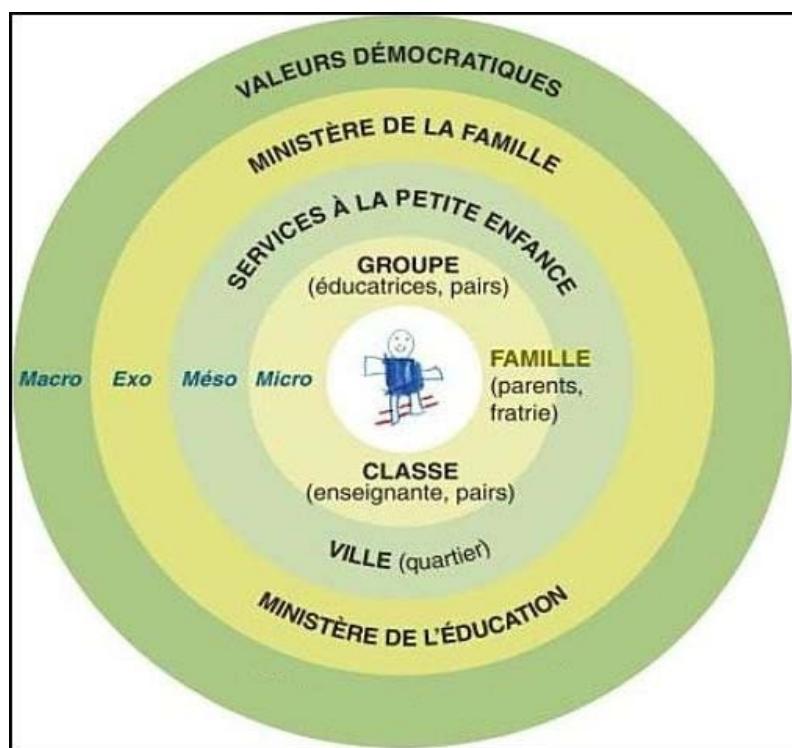


Figure n°4 : Modèle écologique de Bronfenbrenner, d'après BOUCHARD (2005), adapté de BIGRAS ET JAPEL et de CLOUTIER (7)

Pour Wallon, le développement de l'enfant introduit d'emblée la notion de milieu humain, c'est à dire l'ambiance où les capacités de l'enfant peuvent mûrir à travers les expériences qu'il va vivre (40).

3-1 LES PARENTS

3-1-1 LA MERE

Pour Winnicott (1896-1971), la santé de l'adulte se forme tout au long de l'enfance, et c'est la mère qui va établir les fondations de cette santé aux cours des premières semaines et des premiers mois.

La complicité entre une mère et son enfant n'a pas d'égal. L'enfant la connaît avant même sa naissance, et certainement mieux qu'elle ne le connaît: il a partagé ses repas, son sang a circulé plus rapidement lorsqu'elle a bu une tasse de thé, il a ressenti son stress, ses colères, ses joies. Et après ces neuf mois de gestation, elle pourra voir avec clarté tous les principes fondamentaux des différents soins à promulguer à son enfant (39).

Elle se préoccupe d'ailleurs davantage des soins que des jeux. Néanmoins, les jeux maternels vont faciliter l'établissement et la consolidation des règles de l'échange social de base, favorisant plus tard le développement du langage.

La mère est le premier et principal objet d'attention de l'enfant. Celui-ci en reçoit tout, et sa dépendance est totale: soins, alimentation, sens, etc... (40)

La notion d'attachement maternel, telle qu'elle est décrite par Bowlby, sous entend une part d'inné (génétiquement?), et une autre part comblée par les expériences des interactions précoce. Le nouveau-né cherchera à combler ses besoins par les premières perceptions sources de plaisir (odeur, chaleur, toucher...) (14).

L'attachement va avoir un double rôle: protection, sécurité, alimentation..., et socialisation, car c'est un facteur important dans la structuration de la personnalité et dans l'adaptation de l'enfant au groupe.

Celui-ci va utiliser beaucoup de moyens comportementaux pour amplifier ce rapport et attirer l'attention de sa mère. Celle-ci va d'ailleurs l'encourager par des gestes ou des mimiques.

En effet, cette notion d'attachement est une relation entre ces deux personnes, pas uniquement un besoin ressenti par l'enfant.

Malher parle de la mère, cadre de référence, en tant que port d'attache. Deux mouvements sont identifiés dès la 1ère année: la séparation, qui entraîne la différenciation, la formation des limites et le détachement de la symbiose maternelle et l'individualisation signifiant le départ de l'autonomie, de la mémoire, et de la cognition (40).

3-1-2 LE PERE

Le monde social de l'enfant ne s'élargit que vers le 6e mois pour y accueillir le père, avec un tout autre rôle. En effet, au père reviennent principalement les tâches autoritaires, alors que la mère se concentre sur la sollicitude.

Tous deux sont indispensables et règnent en équilibre.

Les dernières études montrent que le père peut également établir un rôle d'attachement avec l'enfant s'il construit une relation de qualité avec ce dernier: engagement dans les interactions sociales, réponses adéquates et affectueuses à ses besoins.

Les pères s'engagent plus pour jouer avec l'enfant, avec des jeux plus physiques et moins

médiatisées par les objets. Ils vont encourager l'intérêt chez l'enfant pour de nouveaux stimuli. Au niveau du langage, le père peut être qualifié de « pont linguistique »: il va permettre la mise à distance, la découverte d'objets du monde environnant, donc l'ouverture sociale. Les pères sont plus stimulants avec les garçons et plus actifs pour la prise alimentaire. Ils réservent aux filles une attention plus câline (40).

3-1-3 ATTITUDES ET STYLES PARENTAUX

Trois facteurs peuvent influencer le développement de l'enfant : l'attitude parentale, le type de modèle auquel l'enfant se réfère, et enfin, le fait de favoriser ou non certains actes des enfants par des récompenses (24).

Les parents sont les premiers éducateurs des enfants.

Leur rôle va dépendre de trois facteurs : le contexte, l'époque et la culture.

Leurs approches sont souvent liées au milieu dans lequel ils élèvent leur enfant: ils laissent plus facilement un enfant faire du bruit s'ils habitent une maison isolée; au contraire, l'épanouissement vocal de l'enfant est restreint en appartement ou dans une maison accolée.

Le rôle des différents parents a beaucoup évolué au cours du temps, et il est encore plus variable selon les pays.

La situation familiale (mariage, divorce, etc...) joue également un rôle non négligeable, d'une part par l'organisation quotidienne de l'enfant, et d'autre part par les modifications sentimentales que cela va entraîner (31).

Une mésentente parentale peut entraîner des conduites agressives chez l'enfant. Ce dernier a du mal à négocier les divergences de point de vue éducatives, d'autant plus qu'il est jeune.

Au contraire, plus la concordance parentale est importante, plus il peut limiter ses impulsions, indice de bonne intégration sociale. La remarque est encore plus valable chez les garçons.

Le passage de l'adolescence est également mieux abordé par les enfants dont l'éducation a été sécurisante et cohérente.

La dyade conjugale aura forcément une corrélation avec la dyade parentale (40).

Bien d'autres facteurs peuvent entrer en compte: le revenu de la famille, le niveau de scolarisation des parents, etc... (31)

Les chercheurs se sont beaucoup intéressés au climat qui règne au sein de la famille et à la façon dont les parents structurent l'enfant dans l'organisation de l'environnement familial.

Plusieurs modèles sont proposés:

- Celui de Lautrey (1980) qui distingue trois types de famille :
 - * les familles à structuration souple: règles stables pour les différents événements quotidiens (repas, devoirs, etc...) mais avec des nuances pour s'adapter aux circonstances;
 - * les familles rigides: aucune dérogation aux règles;
 - * les familles à structuration faible: pas de règle;
- Celui de Baumrind (1973) avec trois types de parents (in Durut-Bellat et coll.) :
 - * Les parents autoritaires qui ordonnent et imposent sans discussion. Cette méthode n'est pas toujours néfaste, il a été montré que dans des milieux dangereux, être autoritaire est plutôt positif car protecteur pour l'enfant. L'autorité est aussi perçue

différemment selon le milieu culturel: aux États-Unis elle s'assimile à du rejet, alors qu'en Chine, c'est un signe d'implication;

* Les parents démocrates qui proposent, parfois imposent, mais en étant attentifs aux besoins et aux demandes des enfants;

* Les parents « laisser-faire », soit parce qu'ils ne sont pas concernés par leurs enfants, soit par volonté philosophique.

- Celui de Kellerhalls et Montandon (1991), cités par Durut-Bellat et coll., qui ont étudié les compétences sociales de l'enfant en fonction du style éducatif des parents, du milieu social et de la cohésion inter parentale. Trois styles se dégagent:

* Le style contractualiste: autonomie, créativité et imagination. Les rôles du père et de la mère sont peu différenciés

* Le style statutaire: obéissance et soumission. La famille limite les contacts extérieurs, avec des rôles très différents, le père exerçant une activité quasi nulle.

* Le style maternaliste: favorise aussi obéissance et soumission mais avec des parents très présents axant sur la communication. Les rôles sont également tranchés. A ces styles vont ensuite correspondre des formes de cohésion sociale:

==> familles « bastion »: fusion interne, repli sur eux mêmes, fréquents dans les milieux populaires

==> familles « association »: autonomie de leurs membres, très tournées vers le monde extérieur, surtout dans les milieux favorisés (11,31)

3-1-4 LA CONCEPTION PARENTALE DE L'EDUCATION

Les idées que les parents se font de l'éducation et du développement sont également importantes : à quel moment les parents considèrent-ils leur enfant autonome socialement ? Sur quoi se basent ils pour le juger assez « intelligent » pour effectuer une action précise ? Ou encore pourquoi considèrent-ils un enfant « facile » ?

Bien que les pratiques éducatives puissent être guidées par les conceptions des parents sur le sujet, beaucoup d'autres facteurs vont néanmoins en modifier la réalisation: l'âge de l'enfant, son tempérament, ou encore le contexte de vie (31).

3-2 LA FRATRIE

Il existe beaucoup moins de travaux sur les influences liées aux liens fraternels.

Les auteurs se sont intéressés aux nombres de frères et sœurs, à la position dans la fratrie ainsi qu'à la différence d'âge.

Des études sur la réussite scolaire ont montré qu'un enfant d'une famille nombreuse a des résultats moins bons, probablement dûs au manque de disponibilité de la mère. De même, les ainés auraient de meilleurs résultats (31).

Les relations fraternelles sont porteuses d'une richesse et d'une densité remarquable. C'est la relation la plus longue de toute une vie: la culture et l'éducation sont communes tout comme le réseau social.

Chaque enfant a cependant ses propres expériences.

Pour Adler (1870-1937), cité par Zaouche-Gaudron, le rang dans la fratrie conditionnerait une large part du caractère de l'enfant. Il décrit la rivalité dans la fratrie comme une lutte pour dominer l'autre, élément fondamental de la dynamique personnelle, qui va orienter toute la vie

d'adulte.

De nombreux auteurs se sont intéressés aux écarts d'âges et à leurs conséquences.

Zaouche-Gaudron cite également Angel (1996), pour qui un écart faible entraîne un lien très fort et des conflits fréquents (jalouse). La rivalité s'estompe si l'écart d'âge augmente, et au-delà de 4 ans, les rapports d'indépendance entraînent peu de manifestations hostiles de l'aîné envers le plus jeune.

Almodovar (in Zaouche-Gaudron) fait remarquer que les résultats sur l'importance des écarts d'âge entre les enfants varient selon le sexe, le nombre de frères et sœurs, la situation familiale, etc... La notion d'écart recouvre deux points : l'âge de l'aîné au moment de la naissance et l'asymétrie des moyens fonctionnels entre enfants (le cadet veut s'identifier à l'aîné qui est perçu comme une aide secondaire par la mère).

La mixité sexuelle tempère en général les rivalités fraternelles. La rivalité est d'autant plus intense entre deux sœurs ou deux frères que l'écart d'âge est faible.

L'environnement familial va bien entendu modifier les rapports entre frères et sœur: divorce, séparation, etc...

Le complexe fraternel réside dans la perte de l'amour maternel: la relation de la fratrie semble toujours subordonnée à la relation initiale avec la mère.

Cette expérience de jalouse, bien que délicate, va aussi permettre à l'enfant de parvenir à une meilleure différenciation des rôles de chacun, et de s'ouvrir aux autres. La fratrie a donc une action socialisante. De la rivalité va naître une coopération inestimable.

Les relations fraternelles vont aussi reposer sur une expérience binaire : l'autre représente un égal, et l'enfant doit élaborer sa personne tout en se différenciant de son frère ou sa sœur. C'est donc également un rapport qui peut ne pas avoir de lien avec les relations parentales.

Pour Bronfenbrenner (in Zaouche-Gaudron) la relation fraternelle est autonome et régit des liens entre deux personnes; c'est aussi un sous système du système familial, il y a donc intrication entre les deux (40).

3-3- LES LIMITES DE L'INFLUENCE DU MILIEU FAMILIAL

Certaines limites sont à prendre en compte :

- De nombreux généticiens soutiennent que le milieu familial n'a qu'une influence limitée sur l'enfant et le futur adulte, et que celui-ci dépend bien plus de son patrimoine génétique qui va exprimer un caractère. Tout serait donc joué bien avant la naissance...
- Les expériences personnelles sont plus instructives que les expériences communes au sein d'une famille. Les enfants font de nombreuses découvertes au sein de la maison familiale, et celles-ci vont souvent s'éteindre sous la pression d'un groupe social comme les amis. Ainsi, si le début du développement de l'enfant est conditionné par les parents et la fratrie, c'est les relations avec ses pairs qui vont assurer un développement ultérieur plus durable de la personnalité (24).
- Cette théorie est également reprise par Hansenne. Selon cet auteur, le milieu qui influence le plus la personnalité n'est pas l'environnement commun à tous les enfants d'une famille mais celui qui n'est pas partagé: ce sont des expériences uniques (15).

Deuxième Partie:

*ETUDE CLINIQUE
SUR LA PERCEPTION
DU CHIRURGIEN
DENTISTE, LES
FACTEURS
D'ANXIETE ET LE
DEROULEMENT
DU SOIN*

1- BUTS ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

Nous avons travaillé à partir d'un questionnaire destiné à des enfants de 6 à 10 ans et au(x) parent(s) qui l'accompagne(nt).

L'objectif principal est d'améliorer la qualité des soins dentaires chez l'enfant.

Pour cela nous nous sommes posé plusieurs questions:

- l'enfant est-il anxieux avant, pendant et après le soin ?
- comment perçoit-il le chirurgien-dentiste ?
- quelle relation voudrait-il établir avec lui ?
- quel rôle joue l'environnement familial ?

Nous allons recueillir les suggestions des enfants dans le but d'améliorer leur bien être au cours d'un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste.

L'objectif final est d'établir un formulaire à faire remplir par l'enfant avant sa première visite afin de lui apporter plus de confort au cours du soin.

2- POPULATION ET METHODE

2-1 POPULATION

La population ciblée concerne des enfants de 6 à 10 ans inclus, soignés au Service d'Odontologie du CHU de Nancy, et au Cabinet Dentaire de l'Hôpital de Brabois Enfants, à Nancy également.

Le choix s'est fait au hasard et ne prend en compte que deux critères:

- l'âge: de 6 à 10 ans
- l'absence de déficit psychomoteur

L'entretien est effectué avec 30 enfants, accompagnés chacun par un de ses parents.

Nous sommes la seule personne à poser les questions aux enfants afin de pouvoir rester dans une position d'observateur et de permettre à l'enfant de répondre librement aux questions posées sur le rendez vous.

Les soins sont prodigués par les étudiants de la Faculté d'Odontologie de Nancy (5e ou 6e année).

2-2 OUTILS

L'entretien est établi à l'aide d'un questionnaire pour l'enfant et d'un autre questionnaire pour le parent qui l'accompagne.

Les questions ont été rédigées par nos soins dans le but de dégager les points qui nous intéressent.

La visée de ce travail est descriptive, car l'effectif recueilli ne peut nous permettre d'effectuer une étude statistique.

2-2-1 PARTIE ENFANT

Le questionnaire se déroule en trois temps : avant, pendant et après le soin.

2-2-1-1 Avant les soins

2-2-1-1-1 L'évaluation de l'anxiété de l'enfant

Nous avons choisi l'échelle « Child's Dental Anxiety Scale » qui regroupe l'échelle d'anxiété de Corah (8) pour les questions, et une échelle visuelle pour les réponses. C'est Parkin qui l'a établi en 1989 (23).

L'échelle visuelle a été faite par nos soins (voir Figure n°5) afin de présenter aux enfants des signes simples qu'ils connaissent très bien : des smileys. Elle est inspirée de l'échelle des visages de BIERI, version à 7 visages (6).

Voici les 4 questions posées :

- A) Comment te sentais-tu ce matin au réveil, quand tu t'es souvenu que tu venais chez le chirurgien-dentiste aujourd'hui ?
- B) Comment te sentais-tu quand tu attendais dans la salle d'attente ?
- C) Que ressens-tu quand tu es assis sur le fauteuil, prêt à être vu par le chirurgien dentiste ?
- D) Tu es assis sur le fauteuil et tu dois te faire soigner les dents. Comment te sens-tu lorsque le chirurgien-dentiste est prêt à commencer ?

L'enfant répond au questionnaire à l'aide de l'échelle visuelle suivante :

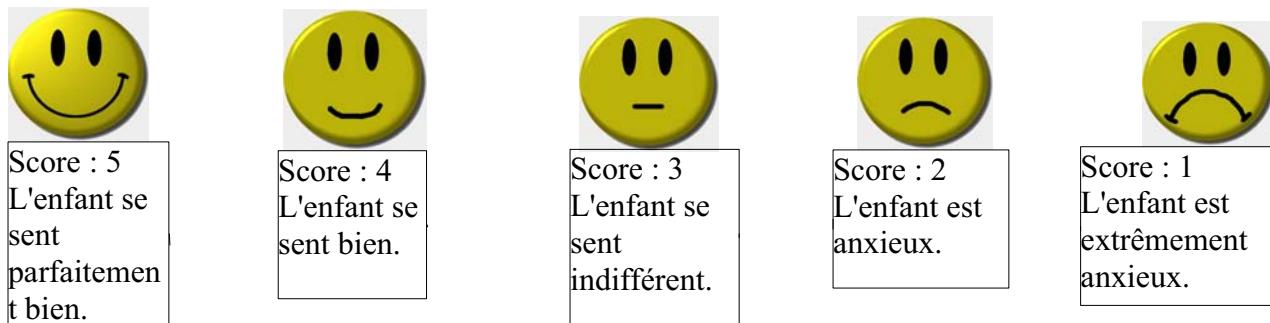


Figure n°5 : Échelle visuelle utilisée pour le questionnaire enfant

Les significations des différents smileys/réponses sont expliquées à l'enfant oralement.

2-2-1-1-2 La vision du chirurgien-dentiste et du cabinet

Dans un deuxième temps, neuf questions plus centrées sur l'image du chirurgien-dentiste et du cabinet sont posées à l'enfant :

A) Es tu déjà allé chez le chirurgien dentiste avant de venir ici (au Service d'Odontologie du CHU de Nancy, ou au Cabinet Dentaire de l'Hôpital de Brabois Enfants de Nancy)?

B) Si oui, comment se sont passées ces visites?

Ces deux questions ouvertes servent à mettre en évidence les antécédents de l'enfant.

Les parents peuvent aider pour compléter la réponse.

Les réponses ne sont utilisées que pour avoir une vision plus complète du ressenti de l'enfant.

C) Comment aimes tu que le chirurgien-dentiste se comporte avec toi quand il te soigne?

- Tu aimes bien qu'il t'explique tout
- Tu aimes bien avoir quelques détails
- Tu préfères ne rien savoir du tout et que le chirurgien-dentiste ne te dise rien

D) Tu préfères que ce soit:

- Un monsieur
- Une dame
- Ce n'est pas important pour moi

E) Y'a-t-il des choses que tu n'aimes pas chez le chirurgien-dentiste ?

- Quand il nettoie tes dents (avec une brossette)
- Quand il y a du bruit (aspiration/turbine)
- Quand il prend une radio/photo de ta dent
- Quand il endort ta dent
- Quand il te soigne une carie
- Quand il t'enlève une dent

Un autre soin : _____

Explications éventuelles : _____

Pour cette question, l'enfant peut donner plusieurs réponses, et peut aussi justifier ses choix s'il le veut.

F) Quelle tenue préfères-tu?

Des photographies sont proposées à l'enfant qui nous montre la tenue qu'il préfère.

Il est demandé à l'enfant de ne regarder que la tenue, et non le praticien.

Il peut justifier son choix s'il le veut.

Toutes les photographies sont présentées en même temps, disposées devant lui.



Figures n°6 et n°7 : Tenue portée au Service d'Odontologie du CHU de NANCY avec et sans protection



Figures n°8 et n°9 : Tenue bleue ciel, avec et sans protection



Figures n°10 et n°11 : Tenue verte anis avec et sans protection

G) Aimes tu que quelqu'un t'accompagne dans le cabinet dentaire quand tu te fais soigner ?

- Non, tu préfères être seul
 Oui tu préfères être Avec un de tes parents
 Avec ton frère ou ta sœur
 Avec quelqu'un d'autre : _____

H) Dans la salle d'attente :

- Tu aimes quand il y a du monde
 - Tu préfères quand il n'y a personne

Pour l'ambiance et les activités:

- Tu penses qu'il y a trop de bruit
 - Tu aimerais bien qu'il y ait un peu de musique
 - Tu aimes patienter en restant tranquillement assis
 - Tu préfères patienter avec un livre ou une bande dessinée
 - Tu aimerais bien pouvoir y regarder la télévision
 - Tu voudrais qu'il y ait des jouets, ou des jeux vidéos
 - Tu t'y sens à l'aise
 - Tu n'aimes pas attendre (tu t'ennuies)
 - Qu'aimerais tu pouvoir y faire ?

Plusieurs réponses peuvent être données.

I) Que penses-tu du cabinet dentaire et du fauteuil ?

4) Que pensez-vous du cabinet dentaire et du fauteuil ? Des photographies sont proposées à l'enfant qui nous montre le cabinet qu'il préfère. Toutes les photographies sont présentées en même temps, disposées devant lui.



*Figure n°12 et n°13 : Service d'Odontologie Pédiatrique du CHU de Nancy,
vue d'ensemble, et vue d'un fauteuil*



*Figures n°14, n°15 et n°16 : Cabinet dentaire de sédation
du Service d'Odontologie du CHU de Nancy*

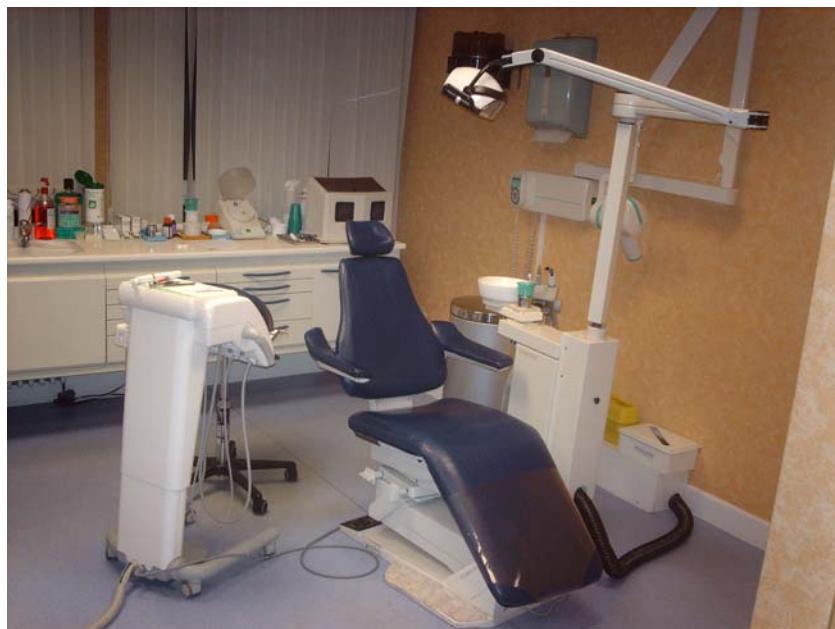


Figure n°17 : Cabinet dentaire privé, fauteuil bleu



Figure n°18 : Cabinet dentaire privé, fauteuil orange

2-2-1-2 Pendant les soins

2-2-1-2-1 Évaluation du comportement et de réalisation du soin

Elle se fait à l'aide de 2 échelles d'hétéro-évaluation.

▪ Échelle de Houpt modifiée

Il s'agit d'une échelle validée utilisée dans le cadre de l'enseignement du Diplôme Universitaire de Soins Dentaires Sous Sédation de la Faculté d'Odontologie de Nancy et de Strasbourg (Dr DROZ et Pr MANIERE). Elle comprend l'étude de différents items (éveil, mouvements et cris) complémentaires et l'évaluation du traitement.

Échelle d'évaluation du comportement de Houp modifiée				
Éveil	Mouvements	Cris, pleurs	Traitement	
Complètement éveillé, alerte	Violents, empêchant les soins	Hystériques, empêchant les soins	Traitement impossible	
Un peu somnolent, désorienté	Continus, gênant les soins	Continus, rendant les soins difficiles	Traitement interrompu	
Très somnolent, endormi	Discrets, intermittents	Intermittents, ne gênant pas les soins	Traitement interrompu, mais partiellement réalisé	
	Pas de mouvements	Pas de cris	Traitement difficile mais réalisé	
			Traitement effectué sans trop de difficultés	
			Traitement effectué + excellentes conditions	

Tableau n°1 : Évaluation de Houp modifiée

▪ *Échelle de Venham modifiée par Veerkamp*

Celle ci va nous permettre de suivre l'évolution du comportement de l'enfant avant, pendant et après le soin (5).

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. Pâleurs, 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 : Totalemen t 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 fuite : tente activement de s'échapper. <i>Contention indispensable.</i>

Figure n°19 : Échelle de Venham modifiée par Veerkamp pour les enfants

2-2-1-2-2 Implication et attitude parentale durant le soin

Les items sont issus de la fiche clinique utilisée dans le cadre du Diplôme Universitaire de Soins Dentaires Sous Sédation de Nancy et Strasbourg (Dr DROZ et Pr MANIERE).

A) Installation de l'enfant

- Seul, parent en salle d'attente
- Seul sur le fauteuil, parent présent
- Seul sur le fauteuil, parent tenant la main
- Sur les genoux d'un parent
- Autre _____

B) Attitude parentale

- Adaptée
- Surprotectrice
- Anxieuse
- Négligente
- Hostile
- Autre _____

2-2-1-2-3 Accompagnement verbal du praticien

- Encouragements
- Histoires de princesses, magie...
- Explications précises
- Distraction
- Autre _____

L'attitude verbale du praticien est relevée.

2-2-1-3 Après les soins

Après le soin, des questions ouvertes sont posées à l'enfant, dans la salle d'attente du Service d'Odontologie du CHU de Nancy, ou dans le hall d'entrée de l'Hôpital d'Enfants de Brabois de Nancy (la salle d'attente étant trop petite).

Ces questions vont également permettre de renseigner quant au vécu de l'enfant.

L'item C concerne uniquement le praticien qu'il vient de rencontrer, alors que les items A et B et D concernent tous les praticiens que l'enfant a pu voir.

A) Qu'est ce que tu aimes le plus quand tu vas chez le chirurgien-dentiste ? _____

B) Qu'est ce que tu détestes le plus ? _____

C) Comment décrirais-tu les chirurgiens-dentistes que tu as vus ? _____

D) Comment préférerais-tu qu'il soit et que voudrais tu changer si tu le pouvais? _____

2-2-2 PARTIE PARENTS

Ce questionnaire est entièrement réalisé après les soins, à la suite du questionnaire des enfants, dans la salle d'attente du Service d'Odontologie du CHU de Nancy, ou dans la hall d'entrée de l'Hôpital d'Enfant de Brabois à Nancy.

2-2-2-1 Évaluation de l'anxiété des parents pour leurs propres soins dentaires

L'anxiété des parents pour leurs propres soins est évaluée par l'échelle de Corah adulte, établie en 1969 (8).

A- Imaginez-vous dans une situation où vous avez rendez vous demain chez le chirurgien-dentiste.
Comment vous sentez-vous?

- Cela ne me dérange pas du tout
- Cela ne m'inquiète pas particulièrement
- Cela m'inquiète un peu
- J'aurais peur que cela soit désagréable ou douloureux
- Je ne me sens pas du tout à l'aise

B- Imaginez-vous assis dans la salle d'attente attendant votre tour. Que ressentiriez-vous ?

- Parfaitement calme
- Un peu inquiet
- Tendu
- Nerveux et anxieux
- Je ne me sens pas du tout à l'aise.

C- Imaginez-vous que c'est votre tour. Vous prenez place au fauteuil et vous voyez le chirurgien-dentiste préparer ses instruments. Que ressentiriez-vous ?

- Parfaitement calme
- Un peu inquiet
- Tendu
- Nerveux et anxieux
- Je ne me sens pas du tout à l'aise.

D- Imaginez-vous installé dans le fauteuil. Il ou elle va juste commencer à vous faire un détartrage.
Comment vous sentez- vous ?

- Parfaitement calme
- Un peu inquiet
- Tendu
- Nerveux et anxieux
- Je ne me sens pas du tout à l'aise.

2-2-2 Questions complémentaires

Dans un deuxième temps, des questions sur la préparation de l'enfant au rendez- vous et le ressenti du parent face au soin de l'enfant sont posées.

☒ **Êtes-vous anxieux à l'idée d'amener votre enfant chez le chirurgien-dentiste ?**

- Pas du tout
- Pas particulièrement
- Un peu
- Inquiet (acte désagréable, douleur...)
- Très inquiet (Vous êtes sûr que cela va être difficile)

➔ Remarques éventuelles : _____

☒ **De quelle manière préparez-vous votre enfant à un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste?**

- Vous lui en parlez longtemps à l'avance
- Vous lui en parlez la veille
- Vous lui en parlez le plus tard possible
- Vous lui expliquez comment se passera le rendez vous
- Vous lui montrez à l'aide de livres pour enfants
- Vous présentez ce rendez vous de la même manière qu'un rendez vous chez le médecin
- Autre : _____

Le but de cette question est de constater si un lien existe entre le moment choisi par le parent pour préparer l'enfant et le déroulement du soin.

☒ **Si vous y assistez, comment vous sentez-vous pendant que votre enfant se fait soigner ?**

- Parfaitement calme
- Un peu inquiet, tendu
- Inquiet (acte désagréable, douleur...)
- Très inquiet, vous préférez ne pas y assister

➔ Remarques éventuelles : _____

☒ **Comment l'aidez-vous ?**

Les parents peuvent donner plusieurs réponses.

- Vous lui tenez la main
- Vous lui racontez des histoires
- Vous lui amenez son doudou
- Vous le rassurez (ça ne fait pas mal, etc...)
- Vous lui demandez comment il se sent
- Vous préférez le laisser y aller seul

☒ **Comment trouvez-vous votre enfant à l'approche d'un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste ?**

- Parfaitement calme
- Un peu inquiet, tendu
- Inquiet (acte désagréable, douleur...)
- Très inquiet

➔ Remarques éventuelles : _____

☒ **Et pendant les soins, comment le trouvez vous ?**

- Parfaitement calme
- Un peu inquiet, tendu
- Inquiet (acte désagréable, douleur...)
- Très inquiet

3- RESULTATS

3-1 PARTIE ENFANT

3-1-1 AVANT LES SOINS

3-1-1-1 Évaluation de l'anxiété de l'enfant d'après l'échelle «Child's Dental Anxiety »

	5 	4 	3 	2 	1
A) Comment te sentais-tu ce matin au réveil, quand tu t'es souvenu que tu venais chez le chirurgien-dentiste aujourd'hui ?	18 (60%)	6 (20%)	4 (13%)	2 (7%)	0
B) Comment te sentais-tu quand tu attendais dans la salle d'attente?	9 (30%)	10 (33%)	10 (33%)	1 (3%)	0
C) Que ressens-tu quand tu es assis sur le fauteuil, prêt à être vu par le chirurgien-dentiste ?	15 (50%)	7 (24%)	4 (13%)	4 (13%)	0
D) Tu es assis sur le fauteuil et tu dois te faire soigner les dents. Comment te sens-tu lorsque le chirurgien-dentiste est prêt à commencer ?	11 (37%)	5 (17%)	5 (17%)	4 (13%)	5 (17%)

Tableau n°2 : Résultats de l'échelle Child's Dental Anxiety , question par question

C'est le score global qui détermine la catégorie dans laquelle l'enfant se trouve: il s'agit de la classification de Corah, que Parkin a adaptée pour réaliser cette échelle destinée aux enfants.

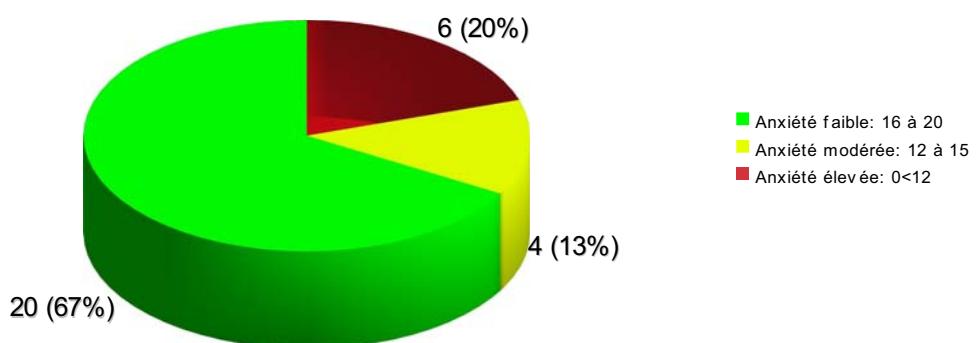


Figure n°20 : Répartition des enfants selon leur degré d'anxiété

Au réveil, seuls deux enfants éprouvent une appréhension (score 2 ou 1), alors qu'ils sont 4 une fois assis sur le fauteuil et 9 au début du soin.

Le graphique présentant les scores globaux montre que les deux tiers des enfants sont confiants pour un soin chez le chirurgien-dentiste. 13% sont anxieux de manière modérée, et 20% de manière élevée.

Il est intéressant de noter que si 20 enfants (67%) sont faiblement anxieux, seuls 11 d'entre eux (37%) se déclarent parfaitement sereins au début du soin (score 5 à la question D).

3-1-1-2 Les antécédents dentaires

Nous avons demandé aux enfants s'ils avaient déjà été chez un chirurgien dentiste avant de venir au Service d'Odontologie du CHU de Nancy, ou au Cabinet Dentaire de l'Hôpital de Brabois Enfants de Nancy.

Directement venu au Service d'Odontologie du CHU de Nancy ou au Cabinet Dentaire de l'Hôpital Brabois Enfants (12)	Frère ou sœur déjà soigné(e) dans le service	4
	Choix parental	8
Adressé par un praticien de ville (18)	Syndrome du biberon	2
	Échec de soins	16

Tableau n°3 : Antécédents dentaires des enfants

18 des 30 enfants vus au cours de l'étude sont adressés par un praticien de ville, principalement pour des échecs de soins.

Les parents ont expliqué ce fait par une anxiété de l'enfant trop importante. Deux parents ont précisé que le bruit de la turbine avait effrayé l'enfant, et un parent a expliqué que son enfant avait eu mal au cours d'un soin, entraînant le refus de coopérer au cours des séances suivantes.

3-1-1-3 La vision du chirurgien-dentiste et du cabinet: les préférences de l'enfant

3-1-1-3-1 Accompagnement verbal du praticien au cours du soin

c- Comment aimes tu que le chirurgien-dentiste se comporte avec toi quand il te soigne?
<input type="checkbox"/> Tu aimes bien qu'il t'explique tout <input type="checkbox"/> Tu aimes bien avoir quelques détails <input type="checkbox"/> Tu préfères ne rien savoir du tout et que le dentiste ne te dise rien

Figure n°21 : Questionnaire enfants, partie 1

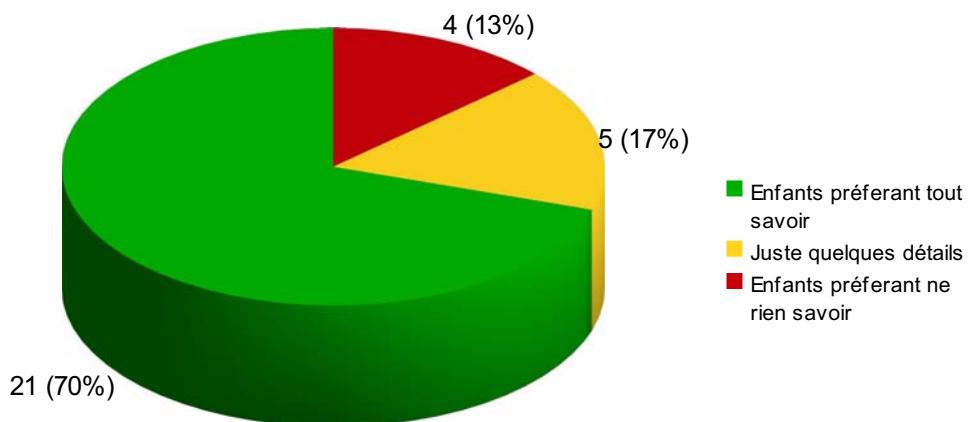


Figure n°22 : Explications du chirurgien-dentiste préférées par les enfants

Dans la grande majorité des cas, 21 des enfants soit 70%, ils préfèrent tout savoir. 5 enfants (17%) se contentent de quelques détails pour ne pas trop être pris de cours lors de l'acte et 4 (13%) préfèrent ne rien savoir.

3-1-1-3-2 Praticien ou praticienne

d- Tu préfères que ce soit:

- Un monsieur
- Une dame
- Ce n'est pas important pour moi

Figure n°23 : Questionnaire enfants, partie 2

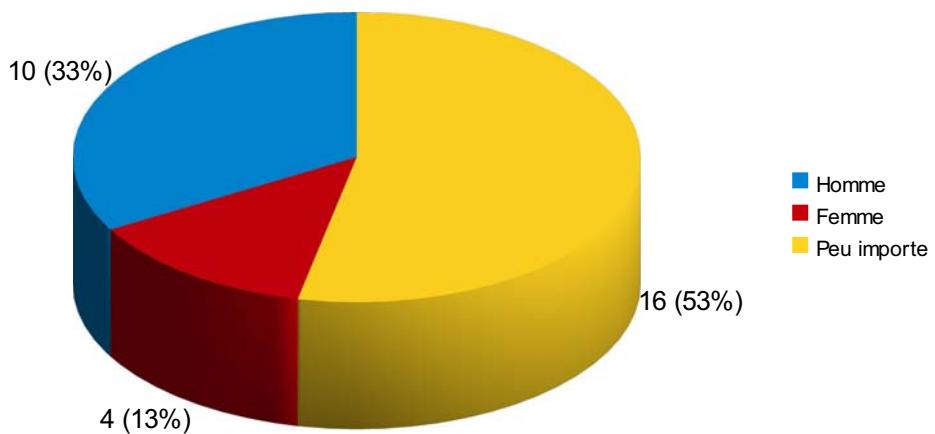


Figure n° 24 : Praticien ou praticienne: les préférences des enfants

Pour plus de la moitié des enfants, ce n'est pas important. Un tiers des patients préfère un homme et 13% seulement une femme.

Il est possible que les réponses données par les patients correspondent simplement au sexe du

praticien qu'il a déjà rencontré.

Une des hypothèses qui pourrait être avancée pour expliquer la préférence aux praticiens masculins est que l'image du père, véhiculée par le chirurgien dentiste, apporterait un côté plus joueur, alors que les praticiennes adopteraient une attitude plus protectrice (39).

3-1-1-3-3 Ce que les enfants n'aiment pas lors d'un rendez vous chez le chirurgien-dentiste

e- Y'a-t-il des choses que tu n'aimes pas chez le chirurgien-dentiste ?

- Quand il nettoie tes dents (avec une brossette)
- Quand il y a du bruit (aspiration/turbine)
- Quand il prend une radio/photo de ta dent
- Quand il endort ta dent
- Quand il te soigne une carie
- Quand il t'enlève une dent

Un autre soin :

Explications éventuelles :

Figure n° 25 : Questionnaire enfants, partie 3

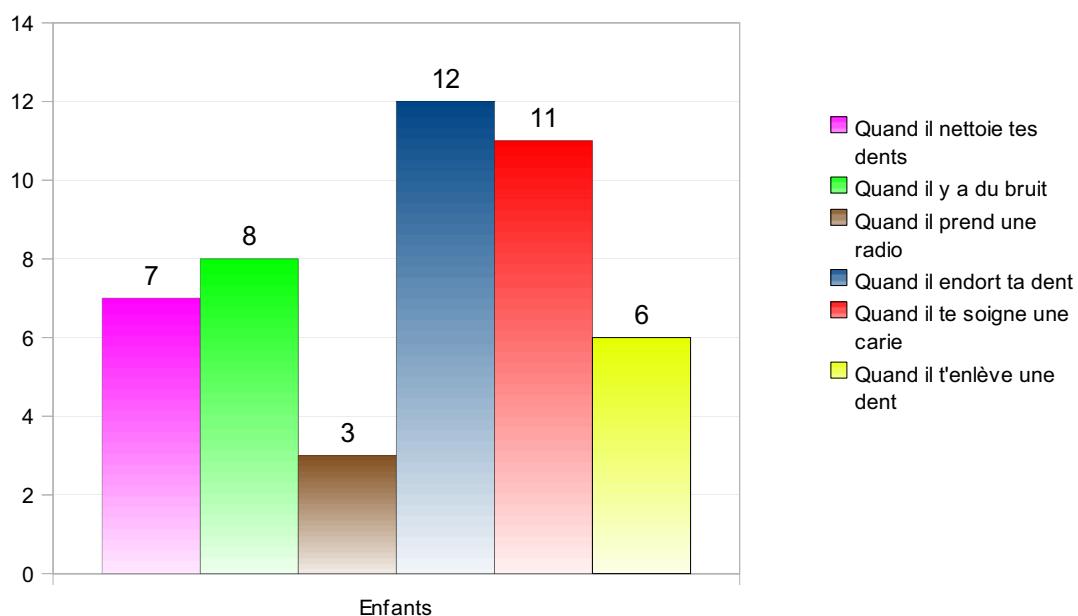


Figure n°26 : Soins que les enfants n'aiment pas

C'est une question à laquelle l'enfant peut donner plusieurs réponses.

L'acte le moins aimé et le plus fréquemment cité par les enfants est l'anesthésie.

Deux raisons sont évoquées: la piqûre en elle-même, et la sensation de gonflement ressentie le temps de l'action de la molécule anesthésiante.

Le soin de carie n'arrive pas bien loin après puisque 11 enfants l'ont cité. Pour 8 des jeunes patients, le bruit n'est pas supportable, 7 trouvent le nettoyage de leurs dents désagréable, 6 détestent l'extraction, et enfin, 3 autres n'apprécient pas la prise de radiographie.

Un des enfants trouve normal de ne rien aimer chez le chirurgien-dentiste car il n'aime pas ouvrir sa bouche. Pour d'autres, ce sont les nouvelles sensations, qualifiées de « bizarres », qui vont produire des effets désagréables.

La peur que « tout se casse dans la bouche » est évoquée par un enfant très craintif.

Certains enfants ont dit ne pas pouvoir répondre car ils n'ont jamais eu de soins.

3-1-1-3-4 La tenue des praticiens préférée par les enfants

Les photographies sont présentées aux enfants.

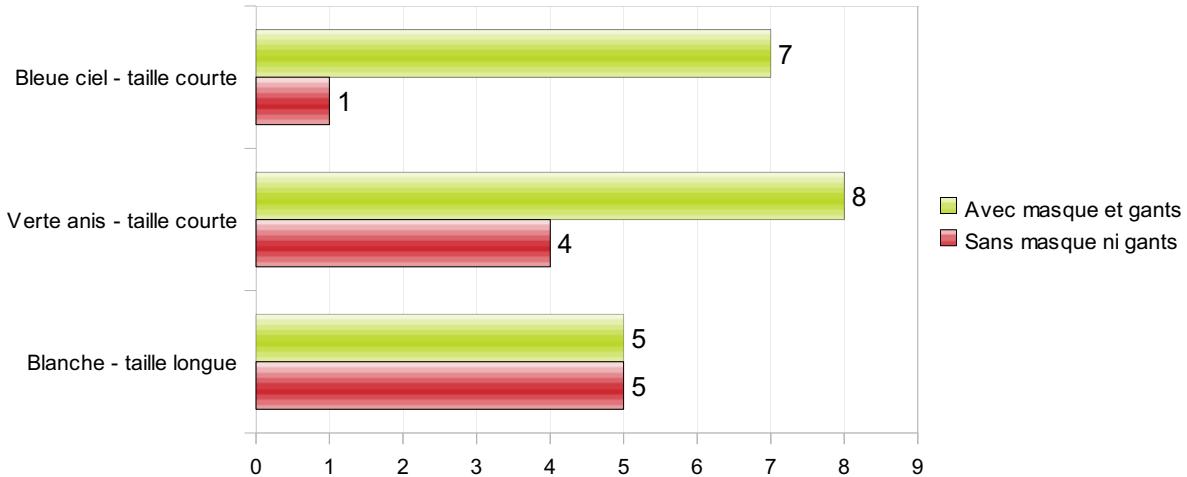


Figure n°27 : La tenue des praticiens préférée par les enfants , en effectif

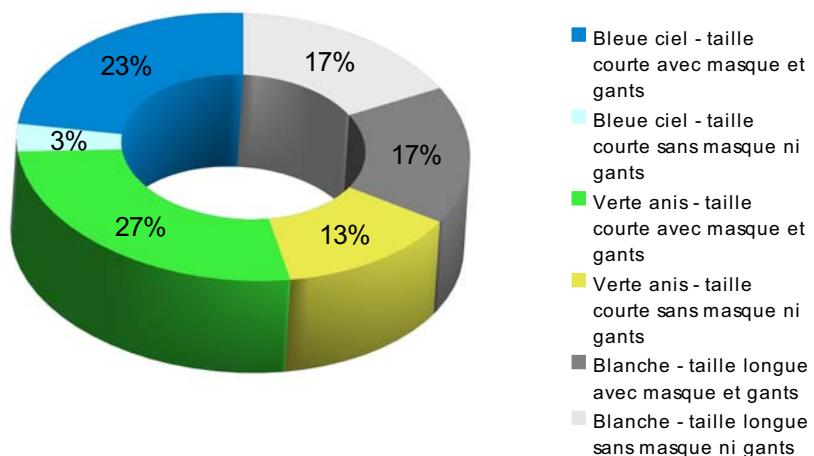


Figure n°28 : La tenue des praticiens préférée par les enfants, en pourcentage

La tenue blanche et longue obtient 34% des réponses, la bleue ciel 26% et la verte anis 40%. C'est donc la version un peu plus colorée qui est favorite.

Le bon score obtenu par la blouse du CHU peut s'expliquer par le fait que les enfants ont pris l'habitude d'être soignés par un praticien qui la porte. Elle leur rappelle donc des souvenirs, mais les enfants semblent bien préférer les couleurs .

Certains enfants ont tenu à expliquer leur choix.

Ceux qui n'aiment pas les masques (car les gants ne semblent jamais poser de problème) l'expliquent par leur préférence à voir le sourire du praticien, plus rassurant qu'un masque inexpressif. Au contraire, ceux qui l'apprécient le font par habitude dans la majorité des cas. Il est intéressant de noter que 3 enfants préfèrent les protections par souci de propreté.

3-1-1-3-5 Accompagnement souhaité par les enfants au cours du soin

g- Aimes tu que quelqu'un t'accompagne dans le cabinet dentaire quand tu te fais soigner ?

- Non, tu préfères être seul(e)
- Oui tu préfères être Avec un de tes parents
 Avec ton frère ou ta sœur
 Avec quelqu'un d'autre : _____

Figure n°29 : Questionnaire enfants, partie 4

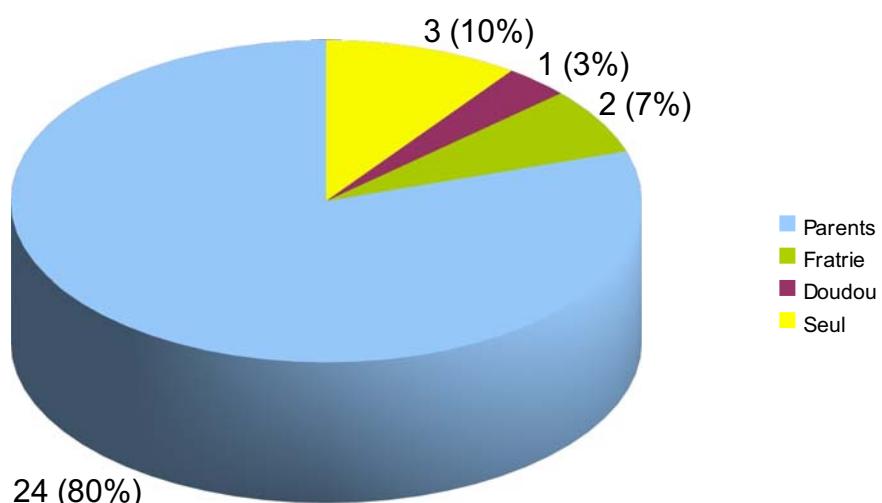


Figure n°30 : Accompagnement préféré des enfants

De très loin, l'enfant préfère être accompagné par un de ses parents lors d'un soin. Cette réponse a été donnée à hauteur de 80%.

Deux enfants aimeraient que ce soit leur frère ou leur sœur, et pour un enfant, le doudou est suffisant (il avait bien entendu le sien sur lui).

Trois enfants prétendent vouloir y aller seul, avec comme argument qu'ils sont suffisamment grands pour ça: ils ont 6, 8 et 9 ans.

3-1-1-3-6 La salle d'attente

h- Dans la salle d'attente :

- Tu aimes quand il y a du monde
- Tu préfères quand il n'y a personne
- Tu penses qu'il y a trop de bruit
- Tu aimes bien qu'il y ait un peu de musique
- Tu aimes patienter en restant tranquillement assis(e)
- Tu préfères patienter avec un livre ou une bande dessinée
- Tu aimerais bien pouvoir y regarder la télévision
- Tu voudrais qu'il y ait des jouets, ou des jeux vidéos
- Tu t'y sens à l'aise
- Tu n'aimes pas attendre (tu t'ennuies)
- Qu'aimerais tu pouvoir y faire ?

Figure n°31 : Questionnaire enfants, partie 5

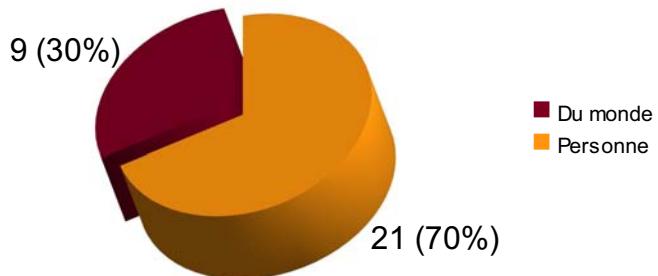


Figure n°32 : Préférences de population des enfants en salle d'attente

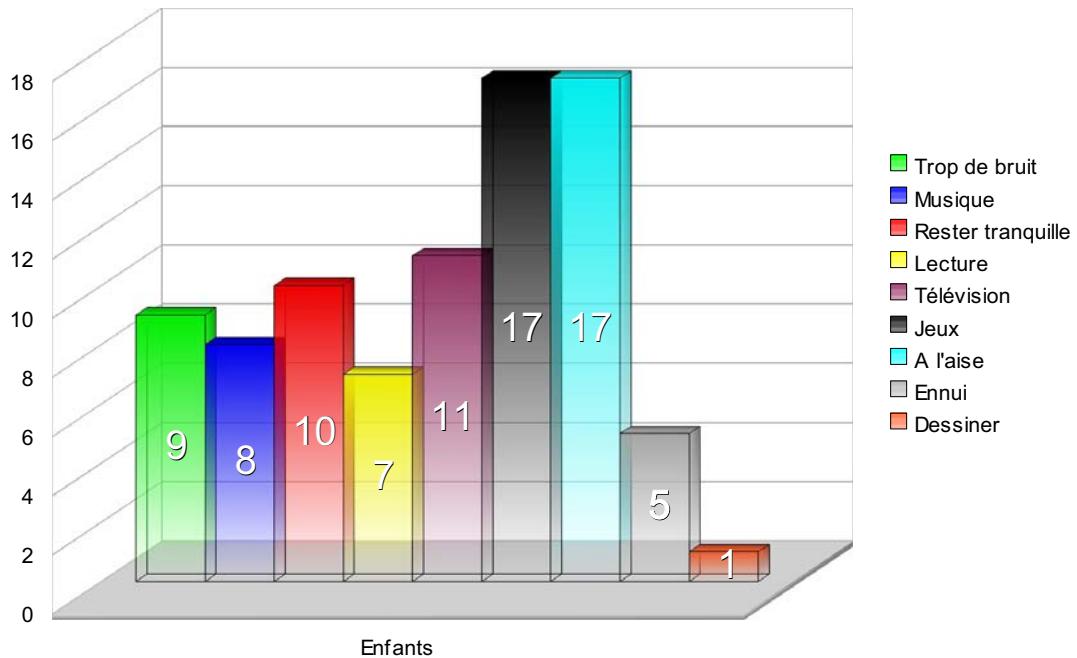


Figure n°33 : Ambiances et activités préférées par les enfants dans la salle d'attente

La grande majorité des enfants préfère ne pas voir de monde dans la salle d'attente: seuls 30% aiment bien la partager. Parmi ceux-ci, quelques uns prennent les autres enfants pour des compagnons de jeux.

On peut remarquer que 13 des 30 enfants ne se sentent pas à l'aise dans la salle d'attente. Pour neuf enfants, il y a trop de bruit, et cela va en adéquation avec le tiers des patients qui aime y être le plus tranquille possible.

L'activité préférée reste les jeux. Nul doute que cette distraction peut être un atout pour l'attractivité d'un cabinet accueillant des enfants, au risque d'énerver préalablement ces jeunes patients avant un soin.

Les autres activités se tiennent entre elles: lecture, musique ou télévision.

3-1-1-3-7 Le fauteuil

Les photographies sont présentées aux enfants.

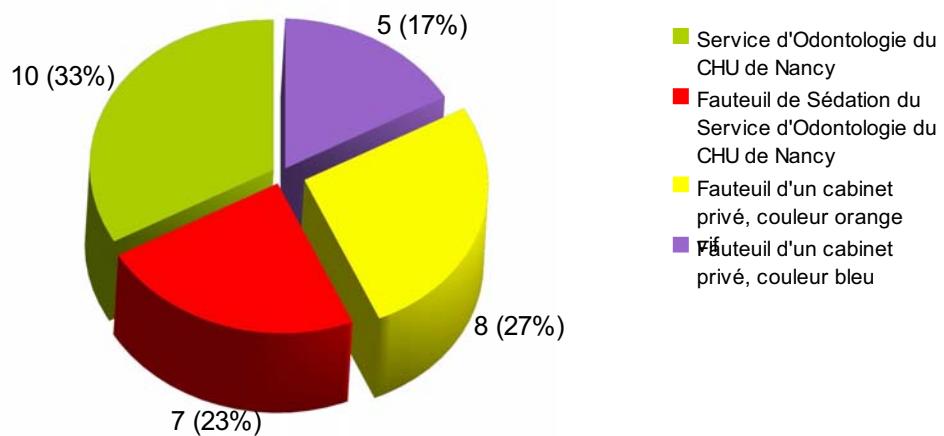


Figure n°34 : Fauteuil préféré par les enfants

Globalement, la répartition des enfants est homogène, nous montrant que le fauteuil ne leur paraît pas plus important que cela.

Au niveau des justificatifs donnés, un des facteurs essentiels est la couleur, citée par 12 enfants.

Le cabinet de sédation a séduit quasiment un enfant sur quatre, et ce sont les peluches qui les ont attirés. Cela concerne tout particulièrement les enfants les plus jeunes de l'étude.

Le fauteuil du Service d'Odontologie du CHU de Nancy est celui qu'ils connaissent le mieux, c'est donc surtout par habitude que certains des enfants l'ont choisi.

3-1-2 PENDANT LES SOINS

3-1-2-1 Échelles d'hétéro-évaluation du comportement

- *Échelle de Houpt modifiée*

Échelle d'évaluation du comportement de Houpt modifiée							
Éveil		Mouvements		Cris, pleurs		Traitement	
Complètement éveillé, alerte	21	Violents, empêchant les soins	0	Hystériques, empêchant les soins	0	Traitement impossible	0
Un peu somnolent, désorienté	9	Continus, gênant les soins	3	Continus, rendant les soins difficiles	2	Traitement interrompu	1
Très somnolent, endormi	0	Discrets, intermittents	15	Intermittents, ne gênant pas les soins	5	Traitement interrompu, mais partiellement réalisé	1
		Pas de mouvements	12	Pas de cris	23	Traitement difficile mais réalisé	3
						Traitement effectué sans trop de difficultés	9
						Traitement effectué + excellentes conditions	16

Tableau n°4 : Résultats de l'échelle de Houpt modifiée

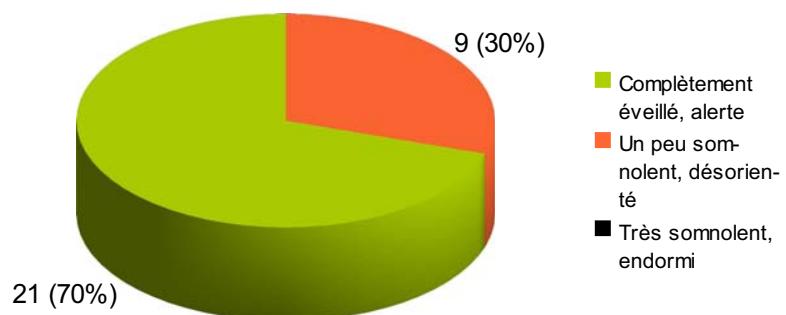


Figure n°35 : Échelle de Houpt modifiée, éveil de l'enfant

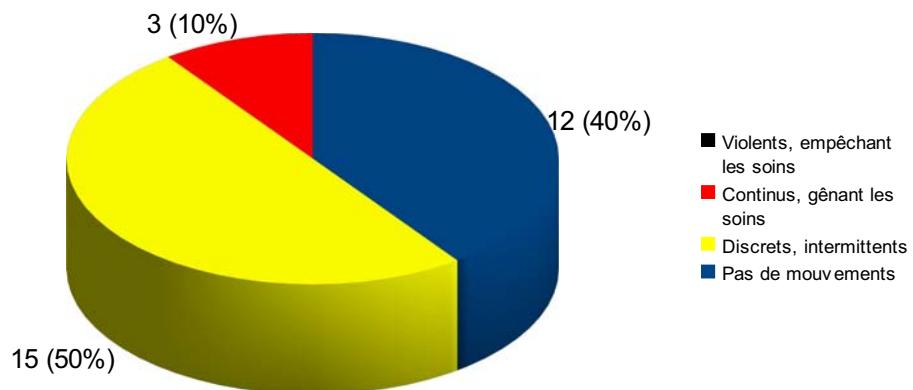


Figure n°36 : Échelle de Houpt modifiée, mouvements de l'enfant

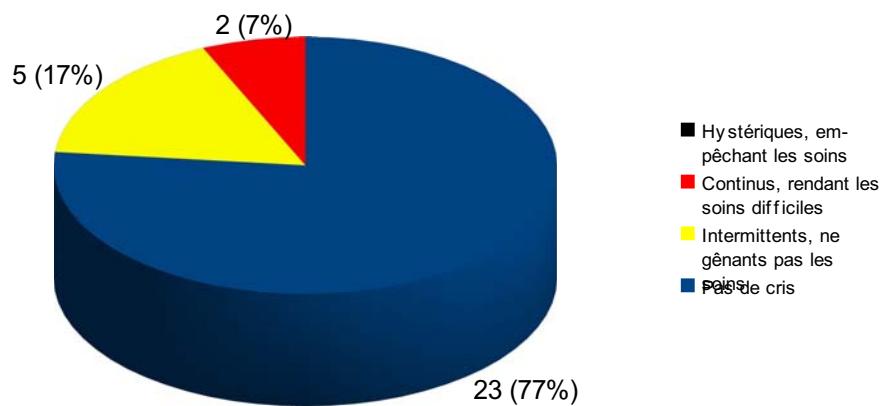


Figure n°37 : Échelle de Houpt modifiée, cris de l'enfant

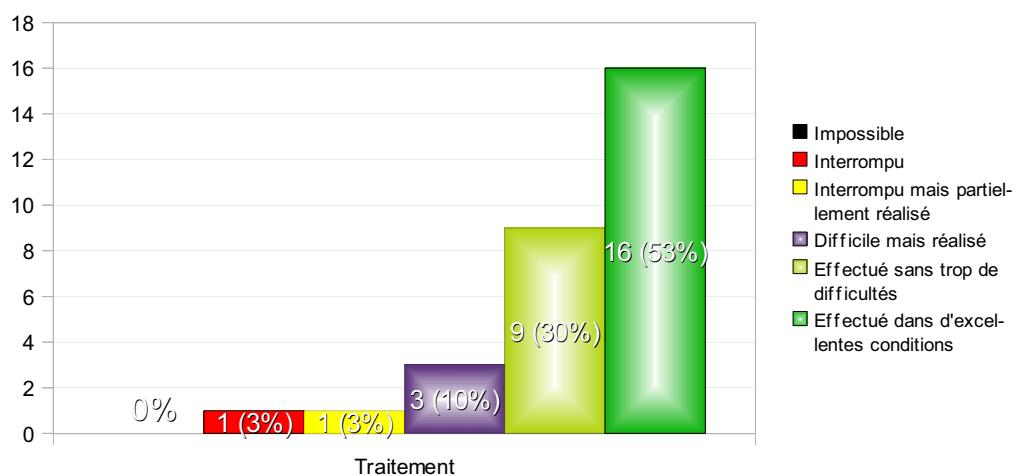


Figure n°38 : Échelle de Houpt modifiée, aboutissement du traitement

	CONSULTATION	DEPLAQUAGE	CARIE SANS A.L.	CARIE AVEC A.L.
Traitement impossible	-	-	-	-
Traitement interrompu	-	-	1	-
Traitement interrompu, mais partiellement réalisé	-	-	1	-
Traitement difficile mais réalisé	-	-	3	-
Traitement effectué sans trop de difficultés		-	7	2
Traitement effectué + excellentes conditions	5	1	8	2

Tableau n°5 : Aboutissement du traitement selon le type de soin

5 enfants ont montré un comportement empêchant le bon déroulement des soins: 2 par les cris et 3 par les mouvements.

9 patients (30%) paraissent un peu perdus en arrivant (rendez-vous matinaux).

On constate également que l'enfant a du mal à s'empêcher de bouger: de manière discrète ou continue, il y a mouvement dans 60% des cas, soit 18 patients. Il est difficile de savoir si ces mouvements expriment un stress ou de l'impatience tout simplement.

L'aboutissement des soins est positif dans 83% des cas, pour 16 enfants dans d'excellentes conditions, et pour 9 sans trop de difficultés. On remarque que pour 2 patients (6%), le traitement ne peut être terminé.

Le tableau n°5 qui reprend l'aboutissement du traitement selon le type de soin met en évidence que tous les soins non aboutis ou difficiles sont des soins de carie réalisés sans anesthésie. Nous pouvons nous interroger : y a-t-il eu une sensation douloureuse non décelée ?

▪ Échelle de Venham modifiée par Veerkamp

AGE	SEXE	SOINS	AVANT	PENDANT	POSITION	APRES
6	F	Carie sans A.L.	0	0	Grande ouverture buccale, jambes croisées	0
9	F	Carie sans A.L.	0	1	Bras croisés, regarde les mouvements du praticien	0
7	F	Consultation	0	0	Peu de mouvements, bras détendus long du corps	0
6	M	Carie sans A.L.	0	0	Bras long du corps, crispé mais coopération positive	0
9	F	Carie sans A.L.	2	3	Pleurs dès qu'il y a quelque chose de nouveau, mains proches de la bouche, suit le praticien du regard	1
8	F	Carie sans A.L.	0	1	Détendue, bras long du corps, questionne et suit les actions du praticien des yeux	0
6	F	Carie sans A.L.	0	1	Tourne la tête pour suivre les mouvements du praticien	0
8	F	Carie sans A.L.	1	1	Bras croisés, jambes droites. Bouche grande ouverte	1
8	M	Carie sans A.L.	0	0	Détendu et souriant	0
7	F	Consultation	0	0	Détendue	0
8	M	Carie avec A.L.	0	1	Souriant, mains proches de la tête, jambes droites, serre les poings lors de l'anesthésie	0
8	M	Carie sans A.L.	1	3	Tord son blouson, tient ses mains, petits sursauts des jambes qui sont croisées, s'agrippe au fauteuil	1
9	M	Consultation	0	0	Bras long du corps, mouvements linguaux	0
8	M	Carie sans A.L.	1	1	Poings fermés, jambes croisées que l'enfant tord	0
6	F	Carie avec A.L.	0	1	Peu de mouvements pendant les gestes stressants, grande ouverture buccale	0
6	M	Carie avec A.L.	0	1	Pose des questions, s'agrippe un peu au fauteuil, tendance à rapprocher ses mains de la bouche, suit du regard les actions du praticien	0

Tableau n°6 : Échelle de Venham modifiée et position de l'enfant, partie 1

AGE	SEXE	SOINS	AVANT	PENDANT	POSITION	APRES
10	F	Carie sans A.L.	1	1	Bras le long du corps, tend à refermer la bouche	0
7	M	Consultation	0	0	Bras et jambes détendus, mains s'approchent de la bouche, bâillements	0
6	M	Carie sans A.L.	0	1	Détendu, participation active, volontaire	0
6	M	Déplaquage	0	0	Bras le long du corps, tourne juste la tête pour regarder les actions du praticien	0
7	M	Carie sans A.L.	0	1	Jambes croisées, humour avec le praticien; hyperactivité mais obéit au praticien qui le reprend	0
9	M	Carie sans A.L.	1	2	Tendu, se retourne brusquement quand entend un bruit	0
7	F	Carie sans A.L.	1	2	Beaucoup de mouvements, tient la main de son papa, autre main près du visage prête à retirer la main du praticien de sa bouche	0
8	M	Carie sans A.L.	0	1	Peur de l'inconnu: regards curieux et méfiants; réactions de surprises avec le spray d'air: mouvements brusques	0
6	M	Carie sans A.L.	0	0	Détendu, mains sur le ventre, peu de mouvements	0
6	F	Carie avec A.L.	2	3	AVANT L'ANESTHESIE: accrochée au fauteuil, bras près de la tête APRES: beaucoup plus calme, questionne le parent accompagnant	0
10	F	Carie sans A.L.	2	3	Bouge tout le temps, beaucoup de pleurs, veut gagner du temps en discutant	1
6	F	Carie sans A.L.	1	1	Bras agrippés au fauteuil, ferme les yeux	0
6	M	Carie sans A.L.	1	1	Mains près de la bouche, se plaint qu'il n'aime pas ce que fait le praticien	0
10	M	Consultation	0	0	Peu de mouvements, bras le long du corps	0

Tableau n°7 : Échelle de Venham modifiée et position de l'enfant, partie 2

	EFFECTIF	AVANT	PENDANT	APRES
CONSULTATION	5	0	0	0
DEPLAQUAGE	1	0	0	0
CARIE SANS A.L.	20	0,6	1,25	0,2
CARIE AVEC A.L.	4	0,5	1,5	0

Tableau n°8 : Score de Venham moyen selon le type de soin

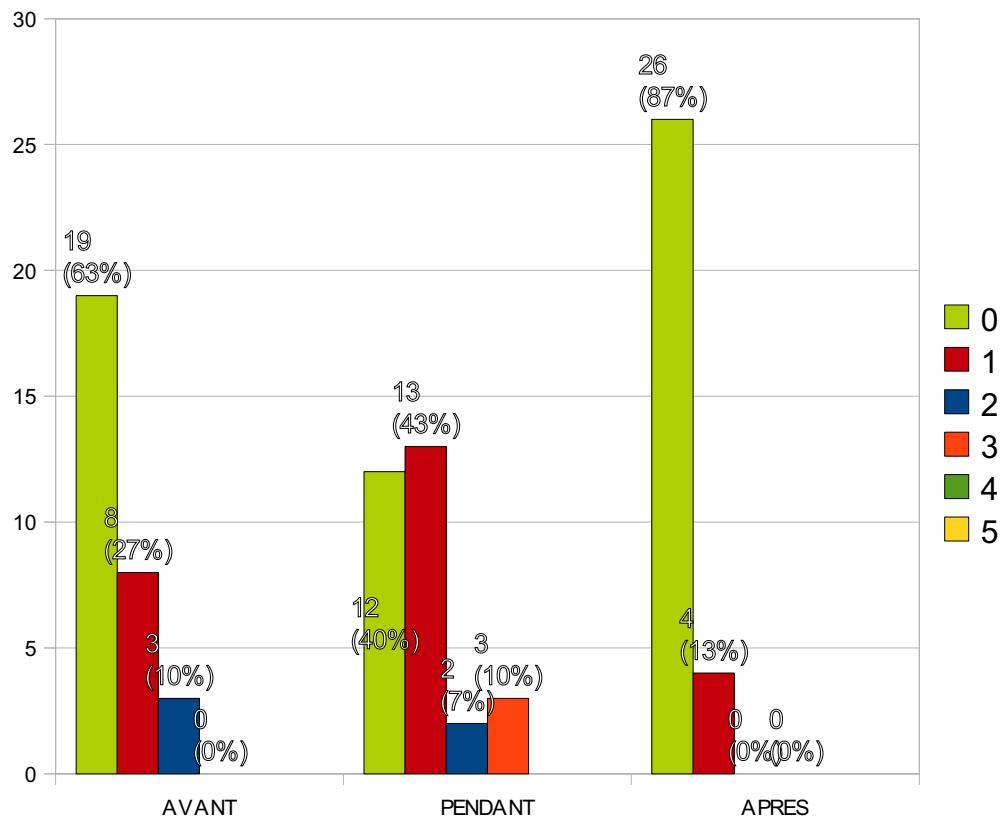


Figure N°39 : Échelle de Venham modifiée: résultats cumulés avant pendant et après le soin

Avant le soin, un tiers des jeunes patients paraît déjà anxieux, sans que l'expression de ce stress ne soit particulièrement démonstrative.

C'est pendant le soin que les notes sont les plus hautes, ce qui paraît logique, la situation étant plus complexe à gérer pour l'enfant.

Enfin, après le soin, on peut constater que la quasi totalité des enfants est apaisée. Seuls 4 paraissent encore un peu désorientés: deux d'entre eux étaient très angoissés avant et pendant le soin, un autre a ressenti un gros stress au cours du soin, et le dernier a éprouvé une anxiété légère mais omniprésente du début à la fin du rendez-vous.

Le tableau n°8 qui reprend la note moyenne de Venham selon le type de soins nous montre que les consultations ou déplaquages ne semblent pas inquiéter les enfants. Ce sont logiquement les soins de caries avec ou sans A.L. qui stressent le plus les enfants.

Il est intéressant de noter que tous les enfants présentant un stress post-opératoire ont subi un soin de carie sans anesthésie locale.

3-1-2-2 Implication et attitude parentale

3-1-2-2-1 Installation de l'enfant

Installation de l'enfant :	
Seul, parent en salle d'attente	<input type="checkbox"/>
Seul sur le fauteuil, parent présent	<input type="checkbox"/>
Seul sur le fauteuil, parent tenant la main	<input type="checkbox"/>
Sur les genoux d'un parent	<input type="checkbox"/>

Figure n°40 : Questionnaire enfants, partie 6

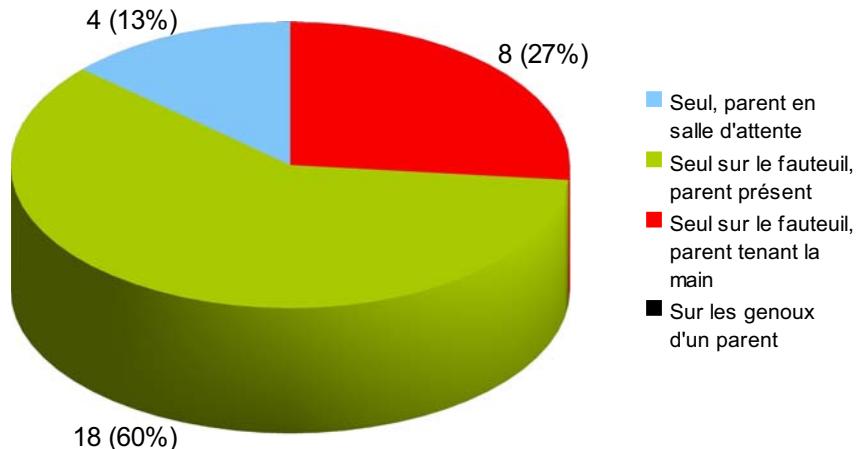


Figure n°41 : Installation de l'enfant

Sur les 30 parents, 4 préfèrent rester en salle d'attente: 3 parce qu'ils sont trop anxieux à la vue d'un chirurgien-dentiste, et un autre parce qu'il est stressé pour son enfant.
Huit des parents tiennent la main de leur enfant, sur demande ou non de celui-ci. Les 18 autres parents sont présents dans la salle de soins, mais restent à distance de l'enfant.

3-1-2-2-2 Attitude parentale

Attitude parentale :	
Adaptée	<input type="checkbox"/>
Surprotectrice	<input type="checkbox"/>
Anxieuse	<input type="checkbox"/>
Négligente	<input type="checkbox"/>
Hostile	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

Figure n°42 : Questionnaire enfants, partie 7

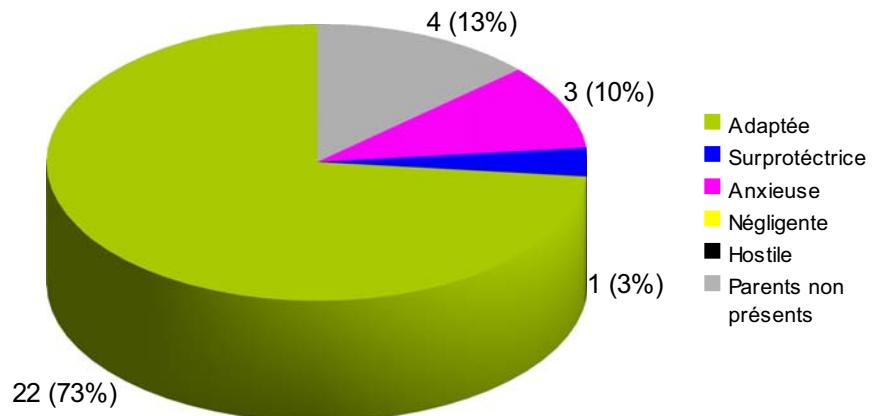


Figure n°43 : Observation de l'attitude parentale au cours du soin

Il s'agit de notre interprétation subjective suite à l'observation du comportement du parent au cours du soin. L'attitude est estimée adaptée quand l'intervention du parent n'influence pas le cours du soin ou le comportement de l'enfant de manière négative, et cela concerne la grande majorité des parents (73%).

3-1-2-3 Accompagnement verbal du praticien



Figure n°44 : Questionnaire enfants, partie 8

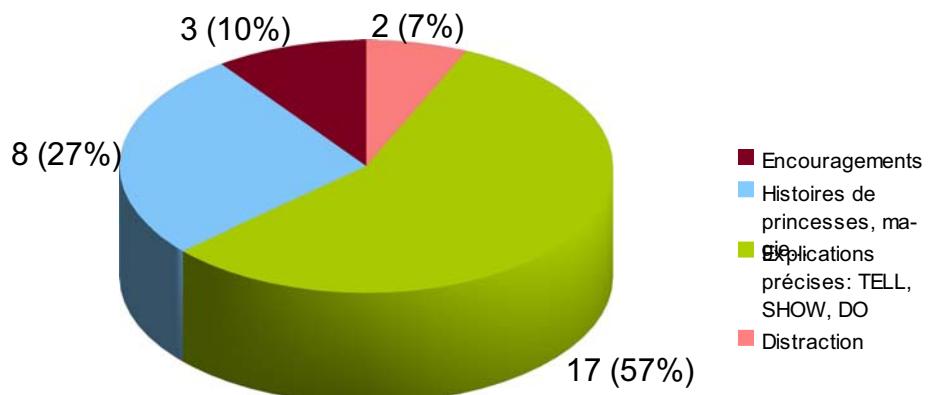


Figure n°45 : Attitude du praticien au cours du soin

La majorité des praticiens emploie la technique TELL, SHOW, DO, et accompagne ainsi l'enfant en lui expliquant de manière plus ou moins précise le déroulement des soins, évitant ainsi les réactions brusques dues à la surprise.

Les techniques d'enjolivement des soins (histoires, magie, etc...) sont surtout employées quand l'enfant est très jeune: il s'agit tout de même d'une explication, mais plus adaptée à l'âge.

La distraction a été utilisée pour des enfants très agités, captant ainsi leur attention.

3-1-3 APRES LES SOINS

Nous avons posé 4 questions ouvertes pour essayer d'aller un peu plus loin sur l'idée que se font les enfants des chirurgiens-dentistes.

3-1-3-1 Ce que les enfants aiment le plus

Voici la question posée: « Qu'est ce que tu aimes le plus quand tu vas chez le chirurgien dentiste ? »

Les réponses données sont les suivantes:

- Jouer dans la salle d'attente : 6 enfants
- Avoir des cadeaux : 5 enfants
- Rien : 5 enfants
- Quand on ne fait que regarder : 4 enfants
- Quand on soigne les dents : 3 enfants
- Quand on soulage la douleur : 3 enfants
- Quand on utilise un spray d'eau et d'air pour faire une tempête, le « pistolet » : 2 enfants
- Quand les dents sont belles : 2 enfants
- Quand ça chatouille quand on brosse : 2 enfants
- Quand ça va vite : 2 enfants
- Quand on enlève des dents (rigolo) : 2 enfants
- Quand on met un pansement : la fin : 1 enfant
- Quand on brosse les dents : 1 enfant
- La dentiste qu'il voit d'habitude : 1 enfant
- Le moustique (terme qui représente l'anesthésie): 1 enfant
- Quand on va manger après (Sandwich...) : 1 enfant
- Quand on parle avec le chirurgien-dentiste : 1 enfant
- Quand on met du gel avant d'endormir la dent : 1 enfant

Le jeu, les cadeaux, la rapidité, l'absence de soins, telles sont les activités favorites des enfants chez le chirurgien dentiste. Ce sont bien entendu les actes les plus agréables qui sont cités le plus fréquemment. Quelques enfants aiment que leurs dents soient soignées, et ainsi plus belles et moins douloureuses.

3-1-3-2 Ce que les enfants détestent

La question posée est: « Qu'est ce que tu détestes le plus chez le chirurgien dentiste? »

Voici ce qui a été cité par les enfants:

- Le bruit de la turbine : 8 enfants
- L'anesthésie: douleur, gonflement : 8 enfants
- Quand on enlève une dent (peur, bruit) : 6 enfants

- Rien : 5 enfants
- Quand on gratte les dents : 3 enfants
- Peur de l'eau: inquiet de ne plus pouvoir respirer : 2 enfants
- Attendre : 2 enfants
- Avoir mal : 2 enfants
- Quand on soigne les dents : 2 enfants
- Il n'y a pas de jeux vidéos ni de baby foot : 1 enfant
- Discuter avec le chirurgien-dentiste : 1 enfant
- Avoir peur : 1 enfant
- Quand ça saigne : 1 enfant

Le bruit, l'anesthésie et l'extraction sont les plus cités.

On remarque également que ce qui est désagréable pour l'un, ne l'est pas forcément pour l'autre. Chaque enfant est vraiment à prendre de manière différente.

3-1-3-3 La description du praticien par l'enfant

Nous avons posé la question suivante: « Comment décrirais-tu le chirurgien dentiste que tu as vu? »

Bien entendu, la question est difficile. L'enfant, aussi courageux qu'il soit, n'ose pas trop se montrer violemment dans ses propos, considérant la blouse blanche qu'il vient de voir comme haute autorité. La description du praticien correspond au chirurgien-dentiste qu'il vient de voir au cours du soin.

Le premier point jugé est la parole. Un enfant trouve le chirurgien-dentiste un peu trop bavard, et 10 autres trouvent au contraire qu'il leur parle bien. Cela semble montrer que les enfants apprécient les explications données.

Les plus jeunes sont sensibles à l'aspect physique : 5 fillettes (entre 6 et 8 ans) ont trouvé que leur praticienne était belle. Cela peut traduire un apaisement lié à l'aspect maternel.

L'humour pour l'un, la sympathie pour un autre. Au bout de plusieurs soins, c'est une relation un peu plus amicale qui peut s'installer entre le praticien et son jeune patient. Lorsque la confiance et des actes réalisés sans encombre sont au rendez-vous, cela laisse place à d'autres discussions plus chaleureuses. Un enfant confiant sera toujours plus ouvert aux soins éventuels. Ainsi, toutes les solutions pour atteindre cet objectif sont utiles.

Un enfant a apprécié la rapidité de son praticien: plus vite c'est fait, plus vite il peut refermer la bouche et reprendre le cours normal de sa vie, avec les jeux, les copains, et toutes les autres bonnes choses.

Quatre enfants ont résumé leur description en disant que le dentiste était « bien ». Cela concerne notamment des enfants jeunes qui n'ont pas forcément encore les capacités de s'exprimer dans un vocabulaire précis. L'intimidation face à une telle question peut aussi être possible.

On note trois qualificatifs qui prouvent que le chirurgien-dentiste a su les apaiser: calme pour un enfant, doux pour trois, et gentil pour 23 enfants sur 30. Cela montre que les praticiens consultés laissent une image positive à leurs jeunes patients, qui ont utilisé l'adjectif « gentil » dans plus de 75% des cas.

Pour les points négatifs, deux enfants trouvent que le chirurgien-dentiste fait peur, et un autre qu'il fait mal. Bien entendu, c'est leur expérience propre qui a guidé leurs mots, et ces enfants ont sans doute vécu des actes pénibles à leurs yeux.

On peut dégager deux choses importantes: la première est que les enfants paraissent satisfaits des praticiens rencontrés, et c'est une très bonne chose pour leur avenir dentaire. Ainsi en

confiance et rassurés, nul doute qu'ils iront plus facilement voir un chirurgien-dentiste dans le futur où qu'ils soient. Le deuxième axe important est que les enfants s'attachent à des choses simples: le calme, la douceur, la gentillesse, et une bonne parole. Il est donc bien important de ne pas négliger l'abord psychologique de ces jeunes patients, sous peine de passer un rendez-vous pénible pour l'un comme pour l'autre.

3-1-3-4 Ce que les enfants aimeraient changer

Voici la question posée: « Que voudrais-tu changer chez le chirurgien dentiste si tu le pouvais ? ».

Les enfants ont répondu avec des mots à eux, simples, mais qui sont importants pour eux:

- Bien comme ça : 9 enfants
- Jamais de piqûre : 5 enfants
- Praticien très beau et très gentil : 2 enfants
- Faire des soins qui aillent le plus vite possible : 2 enfants
- Pas de bruit : 2 enfants
- Pas d'eau : 1 enfant
- Que ce soit un jeu: le chirurgien-dentiste serait parfois gentil et parfois méchant (mais pas trop) avec son pistolet : 1 enfant
- Pas de chirurgien-dentiste ! : 1 enfant
- Jamais de douleur : 1 enfant
- Dentiste déguisé : 1 enfant
- Jamais d'extraction : 1 enfant
- Plus d'explications pour être plus rassuré : 1 enfant
- Voir davantage (curiosité) : 1 enfant
- Ne faire que regarder : 1 enfant
- Avoir plein de cadeaux : 1 enfant
- Remplacer les dents enlevées : 1 enfant

Pour 9 enfants, le chirurgien-dentiste rencontré est bien comme il est. Rien à changer, tout est parfait !

La rapidité est mise en avant par deux enfants: plus ça va vite, plus ils sont contents.

Les explications sont également un des fers de lance des enfants: ils en veulent toujours plus.

La notion de jeu est avancée quelques fois: sous forme de déguisement que le praticien devrait porter, mais aussi au niveau du comportement général: « le dentiste serait parfois gentil et parfois méchant (mais pas trop) avec son pistolet ». Cela laisse supposer une imagination débordante.

3-2 PARTIE PARENTS

3-2-1 REPARTITION PERE/MERE

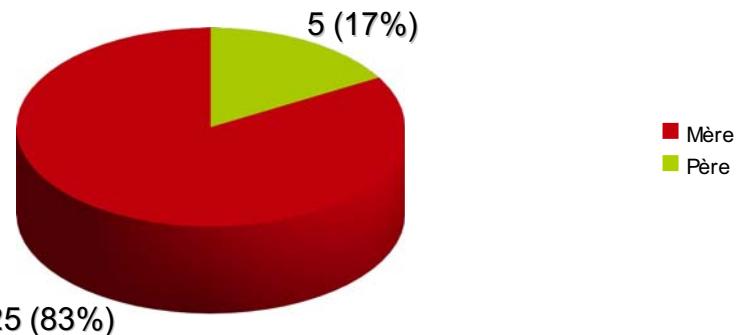


Figure n°46 : Répartition des parents selon leur sexe

La grande majorité des parents qui accompagnent sont les mères (83%). Seuls cinq pères se sont rendus en consultation avec leur enfant (17%).

3-2-2 EVALUATION DE L'ANXIETE

L'échelle de Corah est composée de 4 questions qui sont:

- Imaginez-vous dans une situation où vous avez rendez-vous demain chez le chirurgien dentiste, comment vous sentez-vous ?
- Imaginez vous assis dans la salle d'attente attendant votre tour, que ressentiriez-vous ?
- Imaginez-vous que c'est votre tour, vous prenez place au fauteuil et vous voyez le chirurgien dentiste préparer ses instruments, que ressentiriez-vous ?
- Imaginez vous installé dans le fauteuil, il ou elle va juste commencer à vous faire un détartrage, comment vous sentez-vous ?

Voici le détail des scores avec les réponses correspondantes:

- *Cela ne me dérange pas du tout / Parfaitement calme* = 1 point
- *Cela ne m'inquiète pas particulièrement / Un peu inquiet* = 2 points
- *Cela m'inquiète un peu / Tendu* = 3 points
- *J'aurais peur que cela soit désagréable ou douloureux / Nerveux et anxieux* = 4 points
- *Je ne me sens pas du tout à l'aise* = 5 points

Les scores des 4 questions sont additionnés, ce qui donne une note globale comprise entre 4 (anxiété totalement absente) et 20 (stress très important).

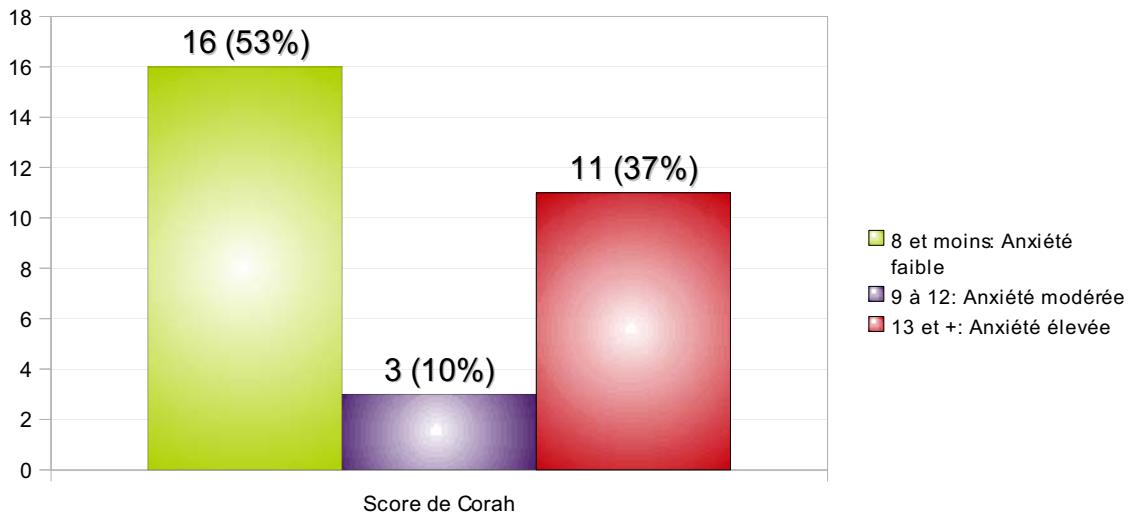


Figure n°47 : Répartition des parents selon leur degré d'anxiété mesuré avec l'échelle d'anxiété de Corah

16 des parents (53%) s'estiment plutôt détendus pour un soin dentaire, 3 s'estiment modérément anxieux (10%), et enfin, 11 s'avouent très stressés (37%). Il est intéressant de noter que quatre parents obtiennent un score minimum de 4 représentant l'absence d'anxiété, alors que 3 parents s'avouent totalement dépassés par le stress, avec un score maximal de 20.

3-2-3 QUESTIONS COMPLEMENTAIRES

3-2-2-1 Anxiété des parents à l'idée d'emmener leur enfant chez le chirurgien-dentiste

Etes-vous anxieux à l'idée d'amener votre enfant chez le chirurgien-dentiste ?	
Pas du tout	
Pas particulièrement	
Un peu	
Inquiet (acte désagréable, douleur...)	
Très inquiet (Vous êtes sur que cela va être difficile)	
→	Remarques éventuelles: _____

Figure n°48 : Questionnaire parents, partie 1

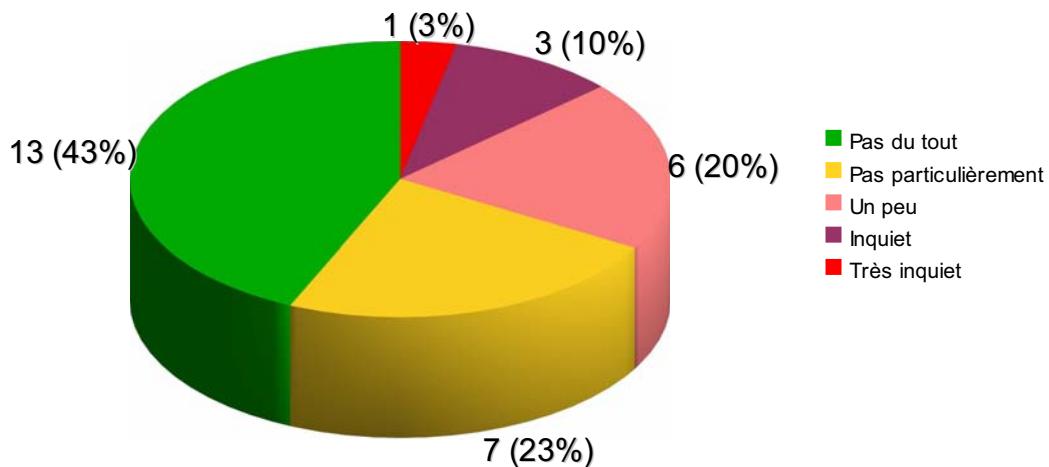


Figure n°49 : Anxiété des parents à l'idée d'emmener leur enfant chez le chirurgien dentiste

13 parents (43%) ne sont pas du tout anxieux à l'idée d'emmener leur enfant chez le chirurgien-dentiste, et 7 (23%) ne le sont pas particulièrement

En général, ceci peut s'expliquer par la confiance accordée au centre de soins et aux praticiens.

Par ailleurs, 10 parents (33%) dégagent un certain stress, répartis de la manière suivante: un peu pour 6 d'entre eux (20%), quelques inquiétudes pour 3 (10 %), et très inquiet pour un seul parent (3%).

Certains parents ont apporté une justification à leur choix :

- l'enfant n'a jamais reçu de soins auparavant
- il pleure dès qu'il voit un médecin
- les précédentes expériences se sont mal déroulées (citée par 6 parents)
- refus de soins alors que beaucoup de dents sont touchées
- peur que l'enfant ressente de la douleur
- enfant hyperactif

3-2-2-2 Préparation parentale de l'enfant au rendez-vous

De quelle manière préparez vous votre enfant à un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste?

Vous lui en parlez longtemps à l'avance

Vous lui en parlez la veille

Vous lui en parlez le plus tard possible

Vous lui expliquez comment se passera le rendez vous

Vous lui montrez à l'aide de livres pour enfants

Vous présentez ce rendez vous de la même manière qu'un rendez vous chez le médecin

Autre : _____

Figure n°50 : Questionnaire parents, partie 2

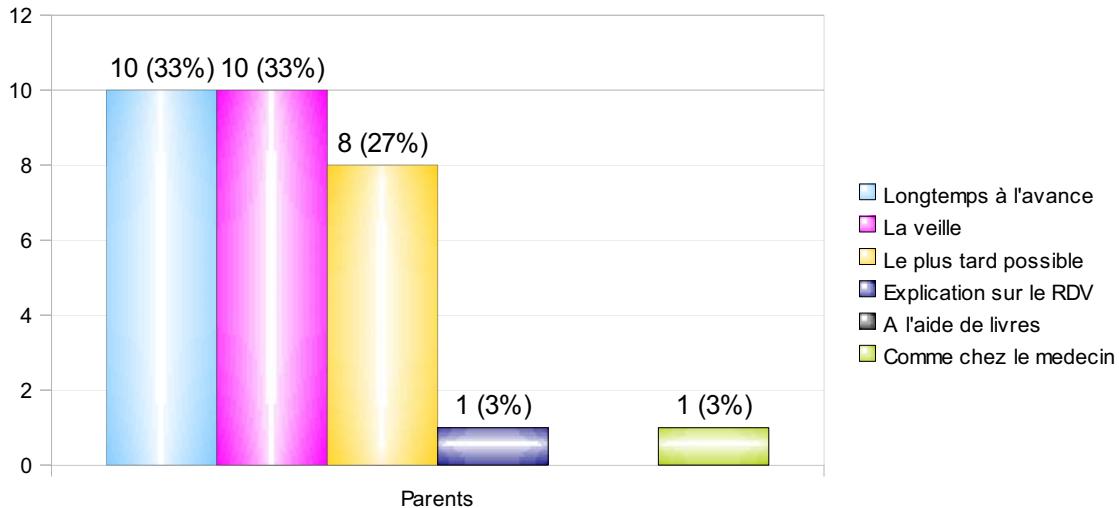


Figure n°51 : Répartition des réponses des parents concernant la préparation de l'enfant au rendez-vous

Pour 18 patients sur 30 (60%), la préparation doit s'effectuer tardivement : soit la veille au soir, ou bien le jour même du rendez-vous. Les raisons évoquées sont les suivantes:

- peu d'importance car aujourd'hui les soins ne sont plus douloureux lors des rendez vous chez le chirurgien-dentiste
- plus nécessaire car l'enfant comprend bien à présent
- le plus tard possible permet de ne pas le stresser davantage

Deux catégories se distinguent:

- les parents qui estiment leur l'enfant suffisamment préparé par ces précédents rendez-vous au cabinet dentaire
- les parents qui ne veulent pas stresser l'enfant.

Un des parents tient à expliquer le plus précisément possible le rendez-vous à l'enfant, et un autre l'explique de la même manière que chez le médecin.

Un tiers des parents conditionne l'enfant longtemps à l'avance. Voici les raisons évoquées:

- prendre le temps de déstresser l'enfant
- c'est l'enfant lui même qui questionne les parents
- dès que le rendez vous est pris, afin que l'enfant soit dans les meilleures conditions possibles pour le soin

De toute évidence, les parents sont partagés en deux groupes: ceux qui pensent que la préparation stresse l'enfant, et ceux qui pensent le contraire.

3-2-2-3 Ressenti du parent au cours du soin de l'enfant

Si vous y assistez, comment vous sentez-vous pendant que votre enfant se fait soigner ?
Parfaitement calme
Un peu inquiet, tendu
Inquiet (acte désagréable, douleur...)
Très inquiet, vous préférez ne pas y assister
→ Remarques éventuelles : -----

Figure n°52 : Questionnaire parents, partie 3

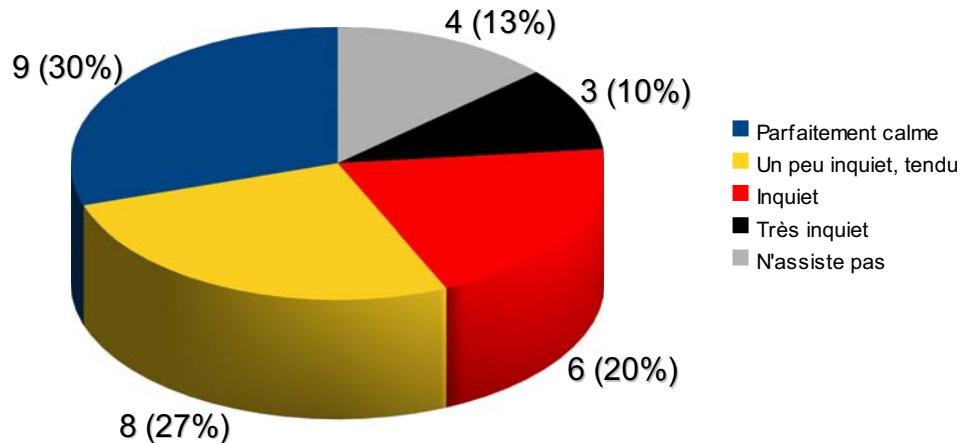


Figure n°53 : Ressenti des parents au cours du soin de l'enfant

Seuls 9 parents (30%) se sentent parfaitement calmes au cours du soin pour leur enfant, ce qui est peu. 17 parents (57%) sont inquiets, dont 3 (10%) très inquiets.

Les inquiétudes sont expliquées par deux choses :

- la peur que l'enfant ne se laisse pas faire avec les tracas que cela engendre: la douleur à gérer au retour au domicile familial, la recherche d'un autre praticien ou la nouvelle préparation à adopter pour que l'enfant se laisse faire, sans oublier les délais relativement longs pour obtenir un nouveau rendez-vous.
- La peur de l'inconnu ressentie par l'enfant: en effet, les parents s'inquiètent naturellement des nouvelles expériences vécues par l'enfant

3-2-2-4 Aide apportée par les parents

Comment l'aidez-vous ?
Vous lui tenez la main
Vous lui racontez des histoires
Vous lui amenez son doudou
Vous le rassurez (ça ne fait pas mal, etc...)
Vous lui demandez comment il se sent
Vous préférez le laisser y aller seul

Figure n°54 : Questionnaire parents, partie 4

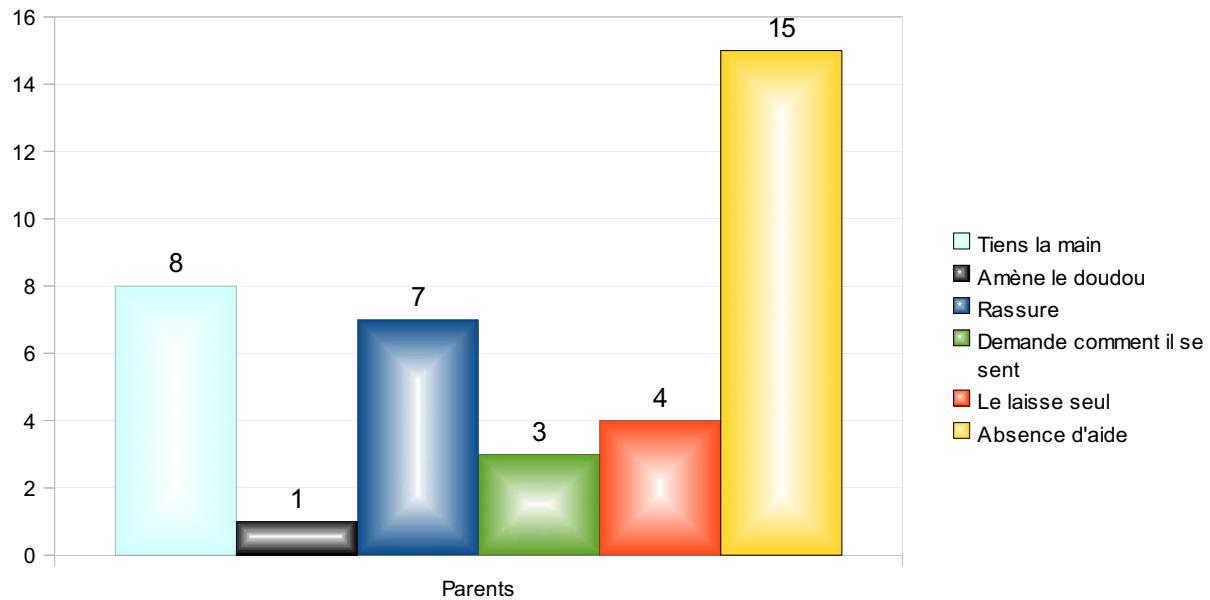


Figure n°55 : Aide apportée par les parents au cours du soin

Il s'agit de la réponse donnée par les parents, et non de l'observation clinique. Plusieurs choix peuvent être donnés.

Pour la moitié des parents, il est naturel de laisser faire le praticien: ils sont présents dans la salle de soin, mais restent à distance et n'interviennent pas. 8 autres aiment tenir la main de leur enfant, souvent à la demande de celui-ci. Ce chiffre concorde avec ceux obtenus lors de l'observation. Pour dix d'entre eux, il est important de discuter avec l'enfant, pour le rassurer (7 parents) ou lui demander comment il se sent (3 parents).

Les 4 parents qui laissent l'enfant seul sont dans la salle d'attente.

3-2-2-5 Perception parentale de l'attitude de l'enfant à l'approche d'un rendez-vous

Comment trouvez-vous votre enfant à l'approche d'un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste ?

Parfaitement calme
Un peu inquiet, tendu
Inquiet (acte désagréable, douleur...)
Très inquiet

➔ Remarques éventuelles :

Figure n°56 : Questionnaire parents, partie 5

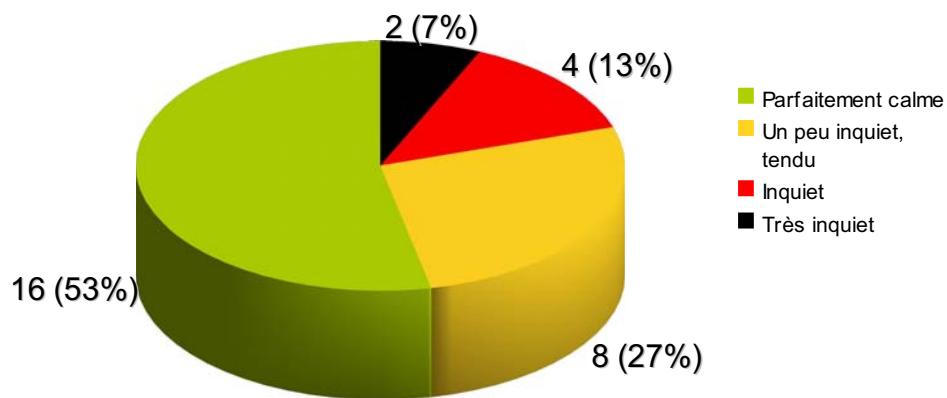


Figure n°57 : Perception du comportement des enfants par les parents à l'approche d'un rendez-vous chez le chirurgien dentiste

Plus de la moitié des parents (16) trouvent leur enfant calme à l'approche du rendez-vous. 8 (27%) le trouvent un peu tendu, 4 (13%) quelque peu inquiet et 2 (7%) très anxieux.

3-2-2-6 Perception parentale de l'attitude de l'enfant pendant un rendez-vous

<u>Et pendant les soins, comment jugez-vous son attitude ?</u>	
Parfaitement calme Un peu inquiet, tendu Inquiet (acte désagréable, douleur ...) Très inquiet	
➔ Remarques éventuelles :	-----

Figure n°58 : Questionnaire parents, partie 6

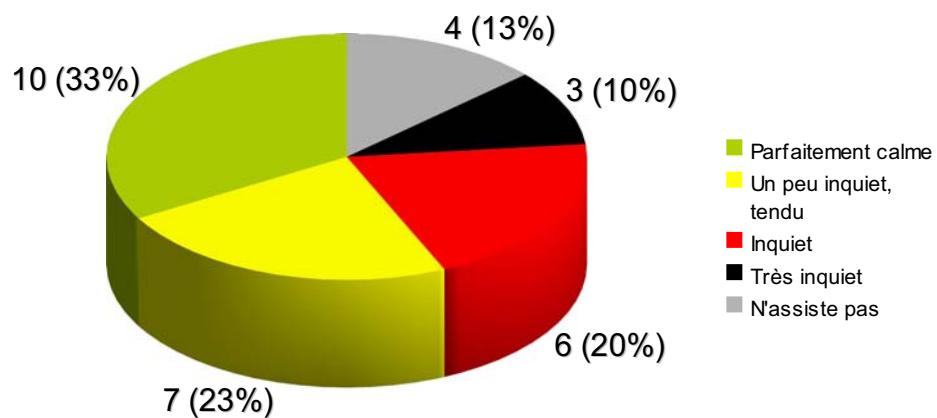


Figure n°59 : Perception du comportement des enfants par les parents pendant le rendez-vous chez le chirurgien dentiste

Un tiers des parents (10) trouve leur enfant parfaitement calme, alors que plus de la moitié le pense inquiet: 7 un peu inquiet, 6 inquiet et 3 très inquiet.

4- LES FACTEURS INFLUENCANT L'ENFANT ET LE DÉROULEMENT DES SOINS

Nous allons à présent mettre en relation les différents paramètres observés afin de chercher quelques éléments de réponse à la question suivante: quels facteurs influent sur l'attitude de l'enfant et sur la qualité du soin qu'il reçoit ?

L'effectif de notre étude étant faible, il ne s'agira que d'observations de tendances.

Dans un premier temps, nous établirons un récapitulatif des différentes données de l'étude (tableaux 9 à 12), après quoi nous exploiterons chaque facteur un par un : l'anxiété de l'enfant, l'influence exercée par le parent accompagnant, et l'attitude du praticien.



Figure n°60 : Dessin d'enfant : Jeune patiente souriante

<i>Sexe parent</i>	F	F	F	F	F	F	F	F	F
<i>Sexe enfant</i>	F	F	F	M	F	F	F	F	M
<i>Age enfant</i>	6	9	7	6	9	8	6	8	8
<i>Ressenti du parent pour lui</i>	ELEVEE	ELEVEE	FAIBLE	ELEVEE	FAIBLE	FAIBLE	FAIBLE	FAIBLE	FAIBLE
<i>Ressenti du parent pour l'enfant à l'idée de l'amener</i>	PAS DU TOUT ANXIEUX	PAS DU TOUT ANXIEUX	PAS PART	PAS DU TOUT ANXIEUX	PAS PART	PAS PART	PAS PART	PAS DU TOUT ANXIEUX	PAS DU TOUT ANXIEUX
<i>Ressenti du parent lors du soin de l'enfant</i>	ABSENT	ABSENT	ABSENT	ABSENT	UN PEU INQUIET	CALME	CALME	CALME	CALME
<i>Anxiété de l'enfant</i>	FAIBLE	FAIBLE	FAIBLE	FAIBLE	ELEVEE	FAIBLE	FAIBLE	FAIBLE	FAIBLE
<i>Antécédents dentaires</i>	DIRECT (sœur)	ADRESSEE (échec)	ADRESSEE (A.G.)	DIRECT (choix)	ADRESSEE (échec)	ADRESSEE (échec)	DIRECT (sœur)	ADRESSEE (échec)	DIRECT (choix)
<i>Perception parentale de l'attitude de l'enfant</i>	-	-	-	-	TRES INQUIET	CALME	CALME	CALME	CALME
<i>Attitude parentale</i>	-	-	-	-	ADAPTEE	ADAPTEE	ADAPTEE	ADAPTEE	ADAPTEE
<i>Jeu du praticien</i>	HIST.	EXP	HIST.	EXP	EXP	HIST.	EXP	DISTR	EXP
<i>Traitemen</i> t	SS TROP DIFF.	EXCLT	EXCLT	EXCLT	DIFFICILE	SS TROP DIFF.	EXCLT	EXCLT	EXCLT
<i>Type de soin</i>	CARIE SANS A.L.	CARIE SANS A.L.	CONSULT	CARIE SANS A.L.	CARIE SANS A.L.	CARIE SANS A.L.	CARIE SANS A.L.	CARIE SANS A.L.	CARIE SANS A.L.
<i>Préparation parentale</i>	LGT AVANCE	LGT AVANCE	VEILLE	VEILLE	VEILLE	VEILLE	VEILLE	LGT AVANCE	EXPLICATIONS

Légende:

- PAS PART. : Pas particulièrement - HIST.: Histoire de princesse et de magie
- EXP : Explications précises du praticien - DISTR. : Distraction
- EXCLT : Traitement réalisé dans d'excellentes conditions - SS TROP DIFF. : Traitement réalisé sans trop de difficultés
- LGT AVANCE : Longtemps à l'avance - A.L. : Anesthésie locale
- TARD: Explications données le plus tard possible
- A.G. : Anesthésie générale

Tableau n°9 : Récapitulatif, partie 1

<i>Sexe parent</i>	F	F	F	M	F	F	M	F	F
<i>Sexe enfant</i>	F	M	M	M	M	F	M	F	M
<i>Age enfant</i>	7	8	8	9	8	6	6	10	7
<i>Anxiété du parent pour lui</i>	ELEVEE	MODEREE	FAIBLE	MODEREE	ELEVEE	ELEVEE	FAIBLE	ELEVEE	ELEVEE
<i>Ressenti du parent pour l'enfant à l'idée de l'amener</i>	PAS DU TOUT ANXIEUX	PAS DU TOUT ANXIEUX	TRES INQUIET	PAS DU TOUT ANXIEUX	UN PEU INQUIET	UN PEU INQUIET	PAS DU TOUT ANXIEUX	PAS DU TOUT ANXIEUX	PAS DU TOUT ANXIEUX
<i>Ressenti du parent lors du soin de l'enfant</i>	INQUIET	TRES INQUIET	INQUIET	CALME	UN PEU INQUIET	UN PEU INQUIET	UN PEU INQUIET	UN PEU INQUIET	CALME
<i>Anxiété de l'enfant</i>	FAIBLE	MODEREE	ELEVEE	FAIBLE	MODEREE	FAIBLE	FAIBLE	MODEREE	FAIBLE
<i>Antécédents dentaires</i>	ADRESSEE (A.G.)	DIRECT (choix)	ADRESSE (échec)	DIRECT (choix)	ADRESSE (échec)	ADRESSEE (échec)	DIRECT (choix)	ADRESSEE (échec)	DIRECT (sœur)
<i>Perception parentale de l'attitude de l'enfant</i>	UN PEU INQUIET	UN PEU INQUIET	INQUIET	CALME	UN PEU INQUIET	UN PEU INQUIET	UN PEU INQUIET	UN PEU INQUIET	CALME
<i>Attitude parentale</i>	ADAPTEE	ADAPTEE	ANXIEUSE	ADAPTEE	ADAPTEE	ADAPTEE	ADAPTEE	ADAPTEE	ADAPTEE
<i>Jeu du praticien</i>	ENCOURAGE	EXP	EXP	EXP	EXP	DISTR	EXP	EXP	EXP
<i>Traitemen</i> t	EXCL	EXCL	INTERROMPU	EXCL	SS TROP DIFF	EXCL	SS TROP DIFF	EXCL	EXCL
<i>Type de soin</i>	CONSULT	CARIE AVEC A.L.	CARIE SANS A.L.	CONSULT	CARIE SANS A.L.	CARIE AVEC A.L.	CARIE AVEC A.L.	CARIE SANS A.L.	CONSULT
<i>Préparation parentale</i>	TARD	LGT AVANCE	LGT AVANCE	LGT AVANCE	VEILLE	MEDECIN	VEILLE	TARD	TARD

Tableau n°10 : Récapitulatif, partie 2

<i>Sexe parent</i>	M	F	F	F	F	F	M	F	F
<i>Sexe enfant</i>	M	M	M	M	M	M	F	F	F
<i>Age enfant</i>	7	6	10	6	6	9	7	6	10
<i>Anxiété du parent pour lui</i>	FAIBLE	FAIBLE	MODEREE	FAIBLE	FAIBLE	ELEVEE	FAIBLE	FAIBLE	ELEVEE
<i>Ressenti du parent pour l'enfant à l'idée de l'amener</i>	UN PEU INQUIET	PAS DU TOUT ANXIEUX	UN PEU INQUIET	PAS PART	INQUIET	INQUIET	UN PEU INQUIET	PAS DU TOUT ANXIEUX	INQUIET
<i>Ressenti du parent lors du soin de l'enfant</i>	INQUIET	CALME	UN PEU INQUIET	UN PEU INQUIET	TRES INQUIET	INQUIET	INQUIET	CALME	TRES INQUIET
<i>Anxiété de l'enfant</i>	FAIBLE	FAIBLE	FAIBLE	ELEVEE	FAIBLE	ELEVEE	FAIBLE	FAIBLE	ELEVEE
<i>Antécédents dentaires</i>	ADRESSE (échec)	ADRESSE (échec)	DIRECT (choix)	ADRESSE (échec)	ADRESSE (échec)	ADRESSE (échec)	ADRESSEE (échec)	DIRECT (sœur)	ADRESSE (échec)
<i>Perception parentale de l'attitude de l'enfant</i>	INQUIET	CALME	CALME	INQUIET	UN PEU INQUIET	INQUIET	INQUIET	CALME	TRES INQUIET
<i>Attitude parentale</i>	ADAPTEE	ADAPTEE	ANXIEUX	SURPROTEC	ADAPTEE	ADAPTEE	ADAPTEE	ADAPTEE	ANXIEUX
<i>Jeu du praticien</i>	HIST	HIST	EXP	EXP	EXP	ENCOU.	HIST	HIST	EXP
<i>Traitemen</i> t	DIFFICILE	EXCL	EXCL	SS TROP DIFF	EXCL	SS TROP DIFF	DIFFICILE	SS TROP DIFF	PARTIEL
<i>Type de soin</i>	CARIE SANS A.L.	DEPLAQ	CONSULT	CARIE SANS A.L.	CARIE SANS A.L.	CARIE SANS A.L.	CARIE SANS A.L.	CARIE SANS A.L.	CARIE SANS A.L.
<i>Préparation parentale</i>	TARD	LGT AVANCE	TARD	VEILLE	LGT AVANCE	TARD	TARD	VEILLE	TARD

Tableau n°11 : Récapitulatif, partie 3

<i>Sexe parent</i>	F	F	M
<i>Sexe enfant</i>	M	M	F
<i>Age enfant</i>	8	6	6
<i>Anxiété du parent pour lui</i>	FAIBLE	ELEVEE	FAIBLE
<i>Ressenti du parent pour l'enfant à l'idée de l'amener</i>	PAS PART	UN PEU INQUIET	PAS PART
<i>Ressenti du parent lors du soin de l'enfant</i>	UN PEU INQUIET	CALME	INQUIET
<i>Anxiété de l'enfant</i>	FAIBLE	MODEREE	ELEVEE
<i>Antécédents dentaires</i>	DIRECT (choix)	ADRESSE (échec)	DIRECT (choix)
<i>Perception parentale de l'attitude de l'enfant</i>	UN PEU INQUIET	INQUIET	TRES INQUIET
<i>Attitude parentale</i>	ADAPTEE	ADAPTEE	ADAPTEE
<i>Jeu du praticien</i>	EXP	ENCOUR.	HIST
<i>Traitemen</i> t	SANS TROP DIFF	EXCL	SANS TROP DIFF
<i>Type de soin</i>	CARIE SANS A.L.	CARIE SANS A.L.	CARIE AVEC A.L.
<i>Préparation parentale</i>	LGT AVANCE	LGT AVANCE	VEILLE

Tableau n°12: Récapitulatif, partie 4

4-1 L'ANXIETE DE L'ENFANT

L'échelle *CHILD'S DENTAL ANXIETY* nous a permis de classer les enfants en trois catégories en fonction de l'anxiété face aux soins dentaires: faible (20 enfants = 67%), modérée (4 enfants = 13%) et élevée (6 enfants = 20%).

Cette échelle évalue un état de fait avant que le soin ne soit effectué.

Nous allons dans un premier temps observer si cette anxiété a un lien avec l'aboutissement du traitement. Dans un deuxième temps, nous étudierons l'influence que peuvent jouer les parents sur ce stress ressenti par l'enfant, et nous chercherons une concordance entre l'anxiété avouée des enfants et celle décrite par leurs parents.

Nous nous intéresserons dans un dernier temps sur les antécédents dentaires des enfants.

4-1-1 CROISEMENT ANXIETE DE L'ENFANT ET ABOUTISSEMENT DU SOIN

<i>Anxiété de l'enfant</i>	FAIBLE (20)	MODEREE (4)	ELEVEE (6)
<i>Aboutissement du traitement</i>	EXCELLENT: 13 (65%) SS TROP DIF: 5 (25%) DIFFICILE: 2 (10%) PARTIEL: 0 INTERROMPU: 0 IMPOSSIBLE: 0	EXCELLENT: 3 (75%) SS TROP DIF: 1 (25%) DIFFICILE: 0 PARTIEL: 0 INTERROMPU: 0 IMPOSSIBLE: 0	EXCELLENT: 0 SS TROP DIF: 3 (50%) DIFFICILE: 1 (17%) PARTIEL: 1 (17%) INTERROMPU: 1 (17%) IMPOSSIBLE: 0

Tableau n°13 : Anxiété de l'enfant: conséquences sur le traitement

L'anxiété de l'enfant peut-elle influencer le déroulement du soin ? Malgré la faiblesse de l'effectif, la réponse semble être positive. En effet, les 2 soins sur les 30 réalisés qui n'ont pu aboutir (réalisation partielle ou interruption) ont été prodigues à des patients présentant un degré de stress élevé. Aucun traitement n'a été évalué comme excellent pour un patient anxieux.

Pour les catégories modérément ou faiblement anxieuses, les soins se déroulent généralement bien. Il est cependant intéressant de noter que deux soins ont été difficiles pour deux enfants faiblement stressés (soins de carie sans anesthésie locale).

4-1-2 INFLUENCE DES PARENTS SUR L'ANXIETE DE L'ENFANT

<i>Anxiété de l'enfant</i>	FAIBLE (20)	MODEREE (4)	ELEVEE (6)
<i>Anxiété du parent pour lui</i>	FAIBLE: 12 (60%) MODEREE: 2 (10%) ELEVEE: 6 (30%)	FAIBLE: 0 MODEREE: 1 (25%) ELEVEE: 3 (75%)	FAIBLE: 4 (67%) MODEREE: 0 ELEVEE: 2 (33%)

Tableau n°14 : Anxiété de l'enfant: influence de l'anxiété des parents

12 des 20 enfants (60%) présentant un degré d'anxiété faible ont également un parent peu anxieux. On retrouve dans cette catégorie d'enfants 2 jeunes patients (10%) qui ont un parent présentant un niveau d'anxiété modérée, et 6 autres (30%) une anxiété élevée. Ces parents anxieux n'ont pas l'air d'influencer de manière négative leur enfant.

Pour les 4 enfants qui ont un degré d'anxiété modérée, 3 parents sur 4 présentent un degré élevé d'anxiété. Cette catégorie d'enfants paraît ressentir le stress de leur parent.
 Deux des enfants ayant une forte anxiété à l'idée du chirurgien-dentiste ont un parent à l'anxiété élevée également, alors que les 4 autres ont un niveau d'anxiété faible.
 Difficile de tirer de grandes conclusions étant donné la taille de l'échantillon, mais sur les 11 parents qui présentent une anxiété élevée, seuls 5 d'entre eux ont un enfant à l'inquiétude modérée ou faible. Cela semble indiquer que l'anxiété des parents joue un rôle mais ce n'est pas le seul élément.

<i>Anxiété de l'enfant</i>	FAIBLE (20)	MODEREE (4)	ELEVEE (6)
<i>Ressenti du parent pour l'enfant à l'idée de l'amener</i>	PAS INQUIET: 11 (55%) PAS PARTI.: 4 (20%) UN PEU: 4 (20%) INQUIET: 1 (5%) TRES INQUIET: 0	PAS INQUIET: 2 (50%) PAS PARTI.: 0 UN PEU: 2 (50%) INQUIET: 0 TRES INQUIET: 0	PAS INQUIET: 0 PAS PARTI.: 3 (50%) UN PEU: 0 INQUIET: 2 (33%) TRES INQUIET: 1 (17%)

Tableau n°15 : Anxiété de l'enfant: influence du ressenti des parents

C'est dans les catégories des plus anxieux que l'on trouve le plus de parents inquiets. Une influence peut donc avoir lieu avant le rendez-vous et modifier le comportement de l'enfant. Soit les parents connaissent bien leur enfant, soit ils projettent leur propre anxiété, mais là encore les effectifs sont faibles.

<i>Anxiété de l'enfant</i>	FAIBLE (20)	MODEREE (4)	ELEVEE (6)
<i>Préparation parentale</i>	LGT AVANCE: 7 (35%) VEILLE: 6 (30%) TARD: 5 (25%) EXPL: 1 (5%) LIVRE: 0 MEDECIN: 1 (5%)	LGT AVANCE: 2 (50%) VEILLE: 1 (25%) TARD: 1 (25%) EXPL: 0 LIVRE: 0 MEDECIN: 0	LGT AVANCE: 1 (17%) VEILLE: 3 (50%) TARD: 2 (33%) EXPL: 0 LIVRE: 0 MEDECIN: 0

Tableau n°16 : Anxiété de l'enfant: influence de la préparation parentale

La préparation semble se dérouler dans les derniers instants pour les enfants les plus anxieux: 3 la veille, et 2 le plus tard possible. 1 seul enfant a été préparé longtemps à l'avance. Il est probable que cela soit préjudiciable, mais cela peut s'expliquer par l'angoisse des parents face à la réaction de l'enfant, surtout si celui-ci a déjà refusé des soins dentaires.

Dans la catégorie d'enfants modérément stressés, la proportion préparation lointaine et tardive (veille ou le plus tard possible) est équilibrée. Aucune déduction n'est donc possible.



Figure n°61 : Dessin d'enfant : Appel au secours à l'annonce d'une extraction

4-1-3 CONCORDANCE ENTRE L'ANXIETE AVOUEE PAR LES ENFANTS ET LE RESENTEI DE LEURS PARENTS

Nous allons à présent voir comment les parents décrivent leur enfant au cours du soin pour chercher une éventuelle concordance avec l'anxiété révélée par l'enfant avant le soin.

Anxiété de l'enfant :	FAIBLE (20)	MODEREE (4)	ELEVEE (6)
Ressenti du parent: CALME	9 enfants	0	0
Ressenti du parent : UN PEU INQUIET	5 enfants	3 enfants	0
Ressenti du parent : INQUIET	2 enfants	1 enfant	3 enfants
Ressenti du parent : TRES INQUIET	0	0	3 enfants
Parent absent	4 enfants	0	0

Tableau n°17 : Concordance entre l'anxiété révélée par l'enfant et le ressenti des parents à ce sujet

On remarque que tous les enfants appartenant à la catégorie des plus angoissés ont au moins été perçus comme inquiets par leur parent. La concordance paraît donc réelle : les parents connaissent bien leurs enfants.

4-1-4 ANTECEDENTS DENTAIRES

Les 5 patients pour qui le soin ne s'est pas déroulé de la meilleure des manières sont adressés par un chirurgien dentiste de ville.

Seuls 2 enfants anxieux sur 10 ne sont pas adressés par un praticien de ville. Bien que les effectifs soient faibles, il semble que le vécu de l'enfant joue un rôle sur l'anxiété de l'enfant.

4-2 LES PARENTS

4-2-1 PRESENCE

Seules 4 mères ont préféré rester en salle d'attente : 3 d'entre elles se déclarent très anxieuses lorsqu'elles se rendent à un rendez-vous dentaire pour elles. La quatrième mère ne l'est pas du tout. Par contre, ces 4 mamans ne sont pas inquiètes à l'idée d'amener leur enfant au cabinet et les 4 enfants concernés ont tous un degré d'anxiété faible. Les soins se sont déroulés dans d'excellentes conditions pour trois patients. Pour le 4e, le soin s'est déroulé sans trop de difficultés. Il est l'enfant d'une mère anxieuse.

4-2-2 ANXIETE

Nous avons décidé de nous concentrer sur trois points:

- l'anxiété propre du parent lors d'un soin qui lui est destiné;
- son ressenti à l'idée d'amener son enfant chez le chirurgien-dentiste;
- ses sentiments au cours du soin de l'enfant.

Plus de la moitié des parents sont faiblement anxieux (53%), 3 le sont de manière modérée (10%) et 11 autres (37%) sont très anxieux. En comparaison avec les enfants, on remarque qu'il y a deux fois plus de parents avec un niveau d'anxiété élevé.

Anxiété du parent pour lui-même	FAIBLE (16)	MODEREE (3)	ELEVEE (11)
TTT Excellent	6 enfants	3 enfants	7 enfants
TTT SS trop diff.	6 enfants	0	3 enfants
TTT Difficile	3 enfants	0	0
TTT Partiel	0	0	1 enfant
TTT Interrompu	1 enfant	0	0
TTT Impossible	0	0	0

Tableau n°18 : Influence de l'anxiété du parent pour lui sur l'aboutissement du soin de l'enfant

Le tableau n°18 ne montre pas de réelle influence négative du stress que le parent pourrait ressentir lors de ses soins sur ceux de l'enfant. En effet, sur les 11 parents de la catégorie d'anxiété élevée, seul un soin n'a pas été bien abouti.

Ressenti du parent à l'idée d'amener son enfant	PAS DU TOUT ANXIEUX	PAS PARTICULIÈREMENT	UN PEU INQUIET	INQUIET	TRES INQUIET
TTT Excellent	10 enfants	2 enfants	3 enfants	1 enfant	0
TTT SS trop diff.	3 enfants	4 enfants	1 enfant	1 enfant	0
TTT Difficile	0	1 enfant	2 enfants	0	0
TTT Partiel	0	0	0	1 enfant	0
TTT Interrompu	0	0	0	0	1 enfant
TTT Impossible	0	0	0	0	0

Tableau n°19 : Influence du ressenti du parent à l'idée d'amener son enfant au rendez-vous sur l'aboutissement du soin

Nous remarquons que l'absence de stress semble avoir un effet positif sur l'enfant. Les soins des jeunes patients dont le parent est serein à l'idée d'amener son enfant au cabinet dentaire se sont bien déroulés : 10 excellents et 3 autres sans trop de difficultés.

On note au contraire que plus le parent est anxieux, plus les soins sont difficiles: le parent était très inquiet pour le soin qui a été interrompu, et pour le traitement qui n'a été que partiellement réalisé, le parent était inquiet. Sur trois enfants pour qui le soin a été difficile, deux ont un parent qui était un peu inquiet.

Si leur propre stress ne paraît pas influer l'enfant, il semble que l'inquiétude que les parents ressentent pour leur enfant ait une influence négative sur le comportement de l'enfant durant le soin.

Ressenti du parent au cours du soin de l'enfant	CALME	UN PEU INQUIET	INQUIET	TRES INQUIET	ABSENT
TTT Excellent	7 enfants	3 enfants	1 enfant	2 enfants	3 enfants
TTT SS trop diff.	2 enfants	4 enfants	2 enfants	0	1 enfant
TTT Difficile	0	1 enfant	2 enfants	0	0
TTT Partiel	0	0	0	1 enfant	0
TTT Interrompu	0	0	1 enfant	0	0
TTT Impossible	0	0	0	0	0

Tableau n°20 : Influence du ressenti du parent au cours du rendez-vous de l'enfant sur l'aboutissement du soin

Une fois encore, nous remarquons que les sentiments négatifs dégagés par le parent au cours du soin sont en lien avec l'aboutissement du soin: pour le soin interrompu, le parent était inquiet, pour le soin partiellement réalisé le parent était très inquiet, et pour les 3 soins difficiles, un parent était un peu inquiet et les deux autres inquiets.

Il est donc fort probable que l'enfant ait pu ressentir ce que le parent éprouvait pour lui.

Par ailleurs, on remarque que sur les 3 parents très anxieux, 2 des soins ont été réalisés dans d'excellentes conditions, ce qui laisse supposer que l'enfant est plus ou moins sensible au stress dégagé par son parent.

4-2-3 ATTITUDE

Est ce que l'attitude du parent au cours du soin peut jouer un rôle sur le déroulement de celui-ci ?

	ADAPTEE	SURPROT.	ANXIEUSE	NEGLIG.	HOSTILE	ABSENT
TTT Excellent	12 enfants	0	1 enfant	0	0	3 enfants
TTT SS trop diff.	7 enfants	1 enfant	0	0	0	1 enfant
TTT Difficile	3 enfants	0	0	0	0	0
TTT Partiel	0	0	1 enfant	0	0	0
TTT Interrompu	0	0	1 enfant	0	0	0
TTT Impossible	0	0	0	0	0	0

Tableau n°21 : Influence de l'attitude parentale sur le déroulement du soin

L'attitude anxieuse du parent accompagnant semble être néfaste lors des soins.

Dans le cas des 3 soins difficiles, le parent a eu une attitude adaptée, ce qui semble indiquer que le parent n'est pas seul responsable du mauvais déroulement d'un rendez-vous.

Comme il l'a déjà été écrit, les soins des 4 enfants dont le parent est resté en salle d'attente se sont très bien passés.

4-2-4 PREPARATION PARENTALE

Nous avons déjà pu voir que 10 parents préféraient préparer l'enfant longtemps à l'avance, 10 autres la veille, 8 le plus tard possible, 1 parent tenait à tout expliquer à l'enfant et enfin un dernier présentait le rendez-vous comme chez le médecin.

Préparation	LGT AVANCE	VEILLE	TARD	EXPLI-CATIONS	LIVRES	MEDECIN
TTT Excellent	7 enfants	3 enfants	4 enfants	1 enfant	0	1 enfant
TTT SS trop diff.	2 enfants	6 enfants	1 enfant	0	0	0
TTT Difficile	0	1 enfant	2 enfants	0	0	0
TTT Partiel	0	0	1 enfant	0	0	0
TTT Interrompu	1 enfant	0	0	0	0	0
TTT Impossible	0	0	0	0	0	0

Tableau n°22 : Influence de la préparation parentale sur le soin

On peut constater que sur les 5 soins qualifiés au moins de difficiles, 4 ont été effectués sur des enfants préparés tardivement (veille ou le plus tard possible).

Le croisement semble indiquer que la préparation tardive n'est pas la plus efficace, mais cela concerne seulement quelques patients.

Un enfant préparé de longue date a interrompu le soin, confirmant qu'une longue préparation n'est pas non plus un facteur exclusif de réussite : cela démontre une fois encore que le déroulement des soins dépend de différents facteurs qui vont s'entremêler.

Il semble cependant préférable de préparer l'enfant sans attendre la dernière minute.



Figure n°62 : Dessin d'enfant : Interférence d'une mère au cours d'un soin

4-3 LE PRATICIEN

Nous avons au cours de notre étude relevé l'attitude verbale du praticien qui accompagne l'enfant au cours du rendez-vous.

Accompagnement	ENCOURAGEMENT	HISTOIRES	EXPLICATIONS	DISTRACTION
TTT Excellent	2 enfants	2 enfants	10 enfants	2 enfants
TTT SS trop diff.	1 enfant	4 enfants	4 enfants	0
TTT Difficile	0	2 enfants	1 enfant	0
TTT Partiel	0	0	1 enfant	0
TTT Interrrompu	0	0	1 enfant	0
TTT Impossible	0	0	0	0

Tableau n°23 : Influence de l'attitude du praticien sur le soin

Les explications, histoires et encouragements ont été profitables dans la grande majorité des cas, mais quand l'anxiété est élevée, cela ne suffit pas toujours : c'est le cas pour 5 enfants ici.

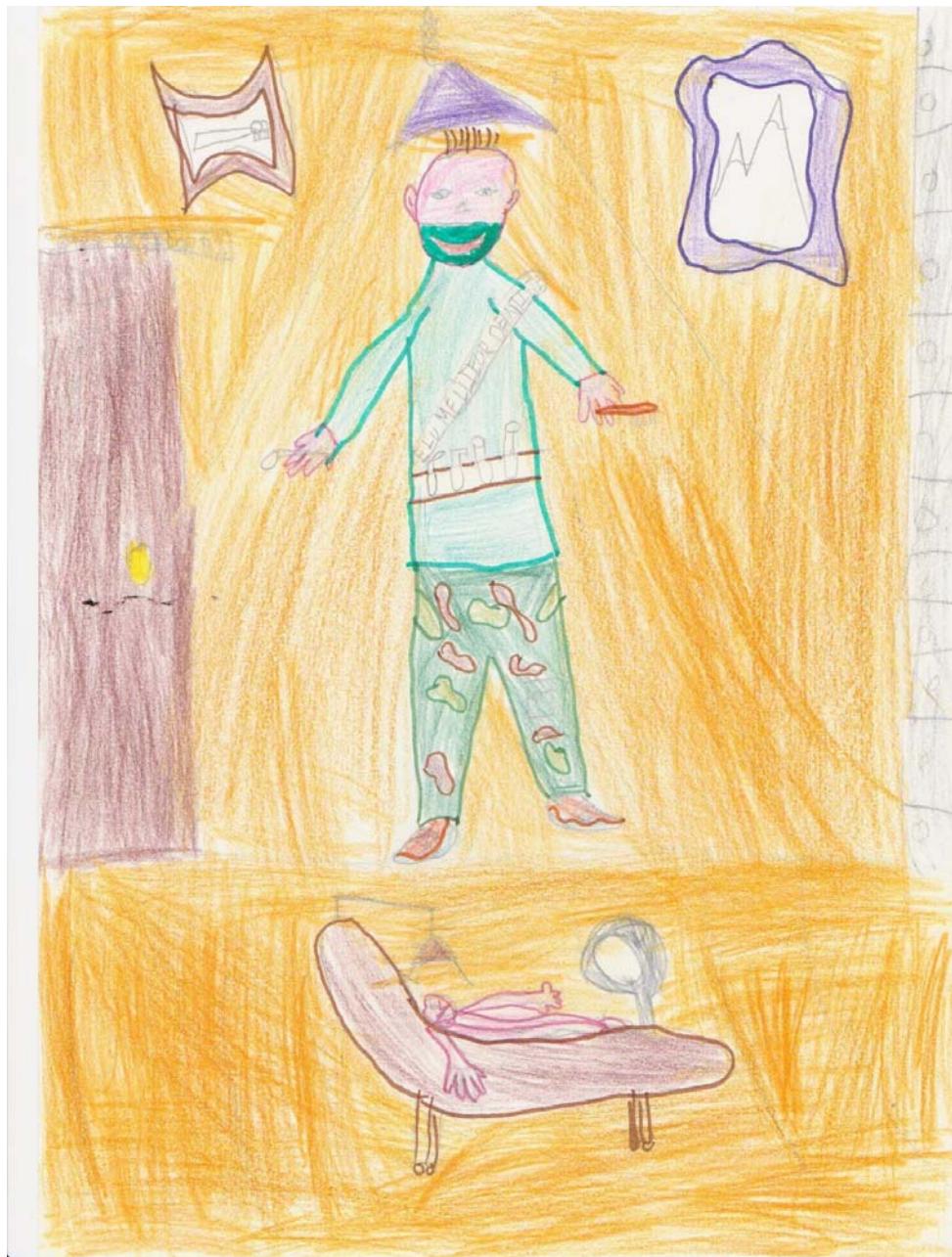


Figure n°63 : Dessin d'enfant : Chirurgien dentiste surdimensionné

5- DISCUSSION

Tout d'abord, il est important de relever que 6 enfants, soit 20% de l'effectif, présentent un degré d'anxiété élevée. 4 autres entrent dans la catégorie de stress modéré, cela représente un tiers de l'effectif qui est craintif à l'idée d'aller chez le chirurgien-dentiste.

Dans l'étude menée par Tickle et ses collaborateurs en 2009, il a été montré que 27,4% des enfants étaient anxieux entre 5 et 9 ans (34). Les chiffres sont relativement proches. Cette proportion d'enfants anxieux est encore bien trop importante et il est nécessaire d'agir pour l'avenir dentaire de ces enfants.

L'idée de cette étude était de demander directement aux enfants ce qu'ils préféraient pour pouvoir se comporter de la meilleure des manières avec eux.

Ainsi, 70% des patients interrogés préfèrent recevoir le maximum d'informations de la part du praticien. Il est essentiel de s'adapter au patient en lui transmettant ce qu'il veut savoir.

En 2009, Howard et Freeman ont réalisé une étude mettant en scène des enfants de 5 à 10 ans jouant le rôle du dentiste avec des marionnettes. Les enfants devaient simuler l'acte qu'ils allaient recevoir. Aucune baisse significative de l'anxiété n'a été remarquée malgré des explications très précises apportées par les chirurgiens dentistes (16). Il faut donc jauger avec parcimonie l'étendue et la précision des informations à donner.

La majorité (53%) ne trouve pas important que le chirurgien-dentiste soit un homme ou une femme, mais un tiers de l'effectif préfère tout de même un praticien masculin.

Winnicott donne au père un caractère plus joueur qu'à la mère. En transposant une image paternelle au praticien masculin, l'enfant a peut-être l'impression que le soin se déroulera davantage sous forme de jeu, ce qui pourrait expliquer cette préférence (39).

Nos jeunes patients optent pour une tenue colorée dans la plupart des cas.

En ce qui concerne le choix du fauteuil, il n'y a pas eu de réponse qui se dégageait plus qu'une autre. Néanmoins, il semble là aussi, que la couleur joue un rôle important. L'hyperstimulation étant nocive, des couleurs trop soutenues pouvant être agressives, il est préférable de choisir un fauteuil aux couleurs chaudes. L'éclairage joue un rôle tout aussi important : une lumière trop sombre paraîtra plus angoissante. (12)

Shapiro et coll. ont étudié l'intérêt ou non de l'environnement sensoriel de l'enfant au cours du soin, sur le modèle de Snoezelen: pièce partiellement obscurcie avec des effets de lumière, stimuli vibro-acoustiques et pressions modifiées. Il a été démontré que l'effet était bénéfique, et que l'anxiété de l'enfant s'en trouvait réduite (32).

L'ambiance du cabinet dentaire doit donc être mûrement réfléchie, et conditionnée pour être la plus favorable à l'épanouissement de l'enfant.

Les soins qu'ils n'aiment pas sont l'anesthésie, le curetage de carie et l'extraction. Il est important de relever que le bruit est souvent décrit comme dérangeant. Certains outils peuvent aider le patient : le Carisolv (dissolvant à carie), l'air abrasion (jet de poudre), et la sono abrasion. En effet, ces instruments permettent un soin moins bruyant ou avec moins de vibrations, et évitent l'utilisation d'une turbine.

L'anesthésie locale est dans la plupart des cas perçue comme un geste agressif et douloureux. Détourner l'attention de l'enfant dans l'accomplissement d'une autre tâche précise, en lui expliquant que cela va permettre un bon déroulement du soin, permet de dédramatiser l'acte. En déplaçant son attention, tout le conscient de l'enfant sera monopolisé par la tâche reçue, laissant une ouverture pour pratiquer l'anesthésie. (1)

Tickle et al. ont observé que des enfants ayant subi une extraction à 5 ans présentaient un degré d'anxiété à l'âge de 9 ans plus de deux fois supérieur aux autres enfants. A l'inverse, un soin de carie n'était pas associé à la présence de stress envers le chirurgien dentiste (34).

Dans notre étude, 6 enfants ont déclaré détester les extractions dentaires, soit 20% de notre effectif. Il serait intéressant d'étudier plus précisément leur ressenti au cours de ce soin pour observer quelle partie du soin est vraiment mal vécue par l'enfant: l'anesthésie, la luxation, le saignement éventuel, etc...

Pour les enfants qui ont peur d'« étouffer » avec l'eau, l'utilisation de la digue peut être indiquée.

La grande majorité des enfants (80%) souhaite être accompagné par un de ses parents. Si l'enfant se sent rassuré par cette présence, des parents anxieux peuvent transmettre leur stress aux

enfants et le soin peut en pâtir.

Tickle et al. (2009), ont montré qu'à 9 ans, 22,4% des enfants reportaient l'anxiété de leurs parents (34). Dans notre étude, nous avons 14 parents à l'anxiété modérée ou élevée, et sur ces 14 parents, 6 ont un enfant présentant un stress à l'idée d'aller chez le chirurgien dentiste. Quand le parent est anxieux, dans 43% des cas, l'enfant l'est également.

Tickle et ses collaborateurs ont également mis en évidence que les enfants dont le parent était anxieux avaient plus de chance de l'être également par rapport à des enfants dont les parents étaient parfaitement calmes à l'idée de se faire soigner par le chirurgien dentiste (57).

Dans ce cas, l'absence d'accompagnement peut être positif pour l'enfant, car celui-ci ne percevra pas l'inquiétude de son parent.

Il faut toujours garder à l'esprit que ce sont les parents qui sont demandeurs de soins, il s'agit donc d'associés inévitables dans la relation qui se met en place entre le praticien et l'enfant. Il est important de s'assurer de leur alliance et de leur consentement pour engager les soins, signe de confiance envers le chirurgien dentiste qui sera capté par le jeune patient. Il n'est pas inutile de prendre un peu de temps pour expliquer aux parents ce qui va être effectué, afin de leur permettre de mieux accepter le soin. (9)

La préparation parentale va également permettre de meilleurs résultats, surtout si elle est précoce. Quelques conseils peuvent leur être donnés:

- ◆ annoncer la visite dans un ton tout à fait normal
- ◆ ne pas exprimer de craintes, des mots maladroits (douleur,...), ou des menaces
- ◆ prévenir le chirurgien-dentiste en cas de perturbation de l'enfant (maladie, fatigue...) (5)

Les parents se doivent d'être motivés, sans quoi ils peuvent être un obstacle de taille à la bonne réalisation d'un soin. L'attitude adaptée correspond à un soutien de l'enfant par des encouragements et une valorisation de son comportement. Le soin doit être naturel pour lui, et ne doit pas être présenté comme une épreuve (2).

La première visite (sauf urgence) ne doit pas servir à la réalisation d'un acte, mais uniquement servir à discuter avec l'enfant pour qu'il puisse mieux connaître le praticien et l'environnement dentaire. Il est important que les parents informent l'enfant sur le déroulement de cette première visite, évitant ainsi un stress inutile.

La salle d'attente joue un rôle primordial. C'est le premier lieu dans lequel l'enfant se trouve. L'attente se doit d'être brève, pour que le jeune patient puisse se préparer et s'habituer, mais elle ne doit pas laisser le temps à l'angoisse de surgir. (28)

L'atmosphère se doit d'être accueillante, chaleureuse et rassurante.

En effet, c'est un environnement qui doit éviter toute notion d'agressivité; décoration, couleurs... L'affichage de dessins d'enfants permet une mise en confiance intéressante. (1)

70% de l'effectif de notre étude préfèrent être seuls dans la salle d'attente. Les activités qu'ils aimeraient pratiquer sont variées, avec une nette préférence pour les jeux.

Nous avons pu confirmer que les enfants aiment recevoir des explications. Donner des informations dès la salle d'attente peut être une bonne idée, à condition que celles-ci soient bien utilisées. Nous pouvons proposer aux parents d'aider leur enfant en lui expliquant les soins par la lecture ou un jeu. Le fait d'employer un livre permet de limiter le risque de transmission de l'anxiété des parents. (34)

Le but de cette étude n'est pas de faire une liste exhaustive de toutes les solutions pour mettre en bonnes conditions l'enfant dans la salle d'attente, mais nous pouvons tout de même citer le livre « Je vais chez le dentiste », des éditions SPARADRAP.

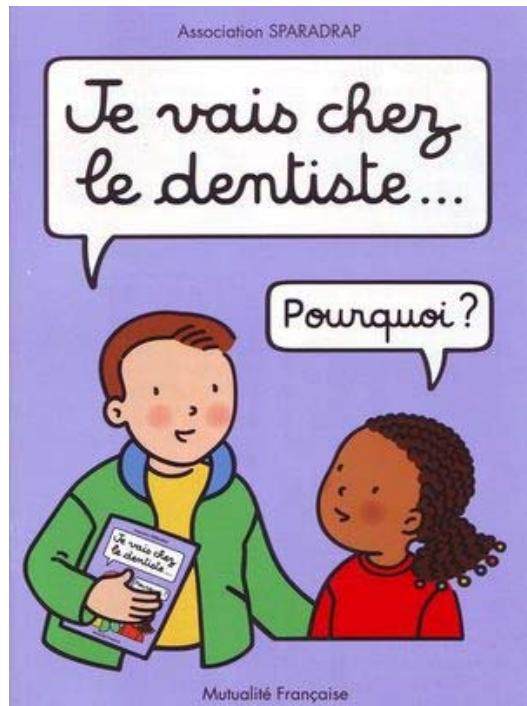


Figure n°64 : Couverture du livre « Je vais chez le dentiste », Éditions Sparadrap

Celui-ci explique très simplement les différents soins que peut exercer le chirurgien dentiste. L'aide d'une assistante pour répondre aux éventuelles questions et pour accompagner l'enfant au cours du soin peut également être importante.

Une étude récente (2009) de Olumide et coll. a été réalisée pour observer si une brochure expliquant les bienfaits d'un traitement dentaire diminuait l'anxiété chez les enfants. L'échantillon était composé de 50 patients âgés de 8 à 12 ans. Si aucun effet statistiquement significatif ne s'est dégagé, il a tout de même été noté une légère baisse de l'anxiété à la suite de la lecture du dépliant (22).

Une autre idée serait de simuler le soin avant que celui-ci ait lieu. Pour cela, une marque de pâte à modeler a conçu une fausse mâchoire avec tout ce qu'il faut pour créer des dents en pâte à modeler, avec différentes couleurs qui représentent une carie ou l'amalgame. Tous les outils basiques sont inclus: turbine à pile (un bon début pour s'habituer au bruit), fouloir, etc... Avec une assistante pour le guider, l'enfant pourra donc lui-même exercer le soin qui va lui être prodigué.



Figure n°65 : Kit dentaire en pâte à modeler



Figure n°66 : Kit dentaire en pâte à modeler, simulation d'une carie



Figure n°67 : Kit dentaire en pâte à modeler, simulation du fraisage



Figure n°68 : Kit dentaire en pâte à modeler, simulation de l'obturation

Bien entendu, cela demande du temps mais il en fera gagner à coup sûr pour le déroulement du soin.

Après les soins, nous avons proposé des questions ouvertes aux enfants, pour qu'ils expriment leur ressenti avec des mots à eux. Quand on leur demande ce qu'ils préfèrent, ils répondent le plus souvent : jouer en salle d'attente. Cela rajoute un argument à la nécessité de l'adapter et d'y mettre des jeux à visée éducative dentaire.

Beaucoup d'autres réponses plutôt simples ont été données. Globalement, les chirurgiens-dentistes rencontrés ont plu. La notion de jeu se dégage assez souvent au cours même du soin.

On peut également citer la douceur, la rapidité ou bien l'expression.

Les récompenses distribuées après les soins ravissent également les enfants. Dans leur étude Howard et coll. ont montré que des enfants recevant une récompense après le soin présentent une baisse de l'anxiété vis à vis du chirurgien dentiste (16). Ce petit geste n'est donc pas à négliger.

Nos jeunes patients ont prouvé que chaque personne doit être pris d'une manière différente, et qu'il est du devoir du praticien de s'adapter, sans quoi le résultat final sera compromis.

La prise en charge psychologique du jeune patient est donc un élément fondamental.

Les différentes attitudes positives du praticien (encouragements, distraction, ponctualité, maîtrise de soi, calme ...) sont utiles pour le bon déroulement des soins.

Il faut toujours garder à l'esprit que la collaboration de l'enfant est un facteur clé : il s'agit de sa bouche et de ses dents. Un « contrat » doit être proposé par le praticien: l'enfant a besoin de soins, le chirurgien dentiste a la faculté de lui prodiguer. C'est la base minimale du rendez-vous, permettant ainsi à l'enfant de se sentir associé au projet. (9)

Lorsque le chirurgien dentiste s'adresse à l'enfant, il doit tenir compte de ses dires et de ses craintes. Il faut l'inviter à parler de ce qu'il ressent. Engager un dialogue sera la première pierre d'un aboutissement positif. Comme pour les premiers contacts, la base de la communication avec lui est de le reconnaître et de lui confirmer qu'il existe. (2)

La technique TELL-SHOW-DO (Expliquer-Montrer-Faire) est applicable à tout âge pour familiariser l'enfant avec les actes dentaires avant qu'ils ne soient effectués. (9)

Toute expérience humaine étant appréhendée par nos cinq sens, c'est à travers eux qu'il va falloir, dans la mesure du possible, décrire les soins. Prenons l'exemple de la turbine:

- regarder l'instrument (vue)
- écouter son bruit (ouïe)
- le toucher (canal kinesthésique)

Cela va permettre une meilleure connaissance des outils utilisés, la peur de l'inconnu n'aura plus lieu d'être. (1)

Le vocabulaire se doit d'être adapté pour les plus jeunes. Nous pouvons citer quelques exemples:

- seringue à air / vent
- radiographie / photo
- carie / trou
- aspiration / aspirateur – machine à bisou
- résine ou amalgame / pansement

Leur utilisation va permettre de simplifier les explications données par le praticien, et ainsi d'augmenter la compréhension de l'enfant. (1)

Il est important également d'aller du soin le plus simple au plus compliqué, afin de gagner progressivement la confiance de l'enfant. (2)

Une règle d'or est à respecter: « Ne provoquer que des choses dont l'enfant est capable de faire sans peine l'expérience ». (1)

Si la méthode TELL-SHOW-DO est efficace dans les cas d'anxiété faible et modérée, les explications données se révèlent parfois insuffisantes dans le cas d'une anxiété plus importante.

Quand tous les efforts ne permettent pas au soin de se dérouler de la meilleure manière, l'utilisation d'autres méthodes d'accompagnement (cognitives ou comportementales), et/ou médicamenteuses (Atarax, MEOPA) peuvent être indiquées.

L'anesthésie générale ne peut être indiquée qu'en ultime recours.

En cas d'anxiété importante et non limitée aux soins dentaires, nous pouvons contacter le médecin traitant car l'enfant a besoin d'être aidé. Il ne faut pas oublier que la prise en charge doit être globale, et il faut penser à l'avenir quitte parfois à patienter pour passer une étape difficile

6- FORMULAIRE POUR LES ENFANTS

Nous avons réalisé ce questionnaire qui peut être rempli par les enfants de plus de 6 ans (après l'apprentissage de la lecture) avant la première consultation, axé principalement sur le stress qu'il peut avoir.

Il a été réalisé de sorte qu'il puisse le remplir seul, afin de ne pas être influencé par la personne qui l'accompagne.

Ce questionnaire pourra aider le praticien à mieux cerner l'idée que se fait l'enfant du rendez-vous qui va suivre, et lui proposer une aide adaptée.

**QUESTIONNAIRE A REMPLIR
PAR LES ENFANTS AVANT UN RENDEZ-VOUS
CHEZ LE CHIRURGIEN-DENTISTE**

PRENOM: _____

AGE: _____

	TRES BIEN	BIEN	MOYEN	PAS BIEN	PAS BIEN DU TOUT
A) Comment te sentais-tu ce matin au réveil, quand tu t'es souvenu que tu venais chez le chirurgien-dentiste aujourd'hui ?					
B) Comment te sens-tu quand tu attends dans la salle d'attente?					
C) Que ressens-tu quand tu es assis sur le fauteuil, prêt à être vu par le chirurgien-dentiste ?					
D) Tu es assis sur le fauteuil et tu dois te faire soigner les dents. Comment te sens-tu lorsque le chirurgien-dentiste est prêt à commencer ?					

As-tu déjà vu un chirurgien-dentiste avant d'être venu ici ?

OUI - NON

Comment aimerais-tu que le chirurgien-dentiste se comporte avec toi ?

- Tu aimerais bien qu'il t'explique tout
- Tu aimerais bien juste avoir quelques détails
- Tu préfères ne rien savoir du tout et que le chirurgien-dentiste ne te dise rien

Y'a-t-il des choses que tu trouves désagréables chez le chirurgien-dentiste ?

- Quand il nettoie tes dents (avec une brossette)
- Quand il y a du bruit (aspiration/turbine)
- Quand il prend une radio/photo de ta dent
- Quand il endort ta dent
- Quand il te soigne une carie
- Quand il t'enlève une dent

Autre chose : _____

Sais tu pourquoi tu as ressenti cette sensation ? _____

CONCLUSION

Améliorer la qualité des soins en s'appuyant sur une meilleure prise en charge psychologique en odontologie pédiatrique, telle est la finalité de ce travail.

L'objectif était de chercher les facteurs pouvant influencer le comportement des enfants et de trouver des pistes avec l'aide des enfants. Ils se sont très bien prêtés au jeu, et les réponses, même simples, sont à prendre en compte.

Ainsi, plusieurs critères se dégagent : la douceur, le calme, la gentillesse, ou bien encore la rapidité semblent être les qualités les plus attendues.

Même si le praticien est bienveillant, disponible et chaleureux , il est naturel que l'enfant ne comprenne pas toujours la visée d'un soin dentaire. Ceci est d'autant plus vrai qu'il est jeune. C'est donc au chirurgien dentiste de s'adapter, et de prendre le temps de bien expliquer l'acte avant de l'effectuer. Il pourra s'appuyer sur un formulaire personnalisé pour cerner les préférences d'accompagnement du jeune patient, et ainsi lui apporter un plus grand confort.

Nous nous sommes aussi longuement intéressé à l'anxiété des enfants.

La première étape de la bonne réalisation d'un soin réside dans la préparation parentale.

Si le stress que les parents ressentent pour leurs propres actes dentaires ne semble pas être le seul élément influent, la manière dont ils anticipent le soin de l'enfant à venir semble jouer sur le ressenti de ce dernier.

Une préparation tardive n'est pas forcément la meilleure des solutions pour déstresser nos jeunes patients, même si cela ne constitue pas une généralité.

Les parents doivent garder à l'esprit que la confiance que leur accorde leur enfant est grande. Charge à eux donc, de choisir des mots réfléchis et rassurants, et d'être positifs et calmes face au rendez-vous. Il existe des livres à leur disposition et le praticien peut également proposer de petits livrets spécialement conçus.

Leur attitude au cours du soin pouvant également influencer celui-ci, les parents se devront donc de maîtriser leurs sentiments au cours de la séance. S'éclipser derrière le praticien, et ne pas interférer dans son travail est la meilleure manière de ne pas apporter un stress supplémentaire, que ce soit à l'enfant, ou au chirurgien dentiste.

Nous avons vu que ce dernier, avec la méthode TELL-SHOW-DO, peut être efficace dans la majorité des cas.

L'enfant, même s'il est conditionné de la plus douce des manières, et s'il est bien pris en charge par le praticien, peut réagir négativement à cause d'autres facteurs, comme la fatigue, un stress occasionné par d'autres événements ou une maladie. Il est donc important qu'une discussion soit établie au préalable afin d'éviter que de tels facteurs viennent entraver le bon déroulement du soin.

Une anxiété trop élevée nécessite une prise en charge globale, avec l'aide du médecin traitant et de psychologues. Des méthodes plus adaptées peuvent lui être proposées comme la sédation médicamenteuse.

Reporter un soin, ou adresser à un service plus spécialisé, ne doit pas être vécu comme un échec, si cela peut permettre à l'enfant de garder confiance.

Nous avons donc pu observer que le bon déroulement d'un soin est le résultat de la conjonction de trois personnes: l'enfant, le praticien, et le parent. Tous trois se doivent de fournir des efforts dans la même direction, afin de rendre anodin aux yeux de l'enfant tout autre rendez-

vous chez le chirurgien dentiste.

Mettre en confiance les enfants d'aujourd'hui, c'est déstresser les patients adultes de demain, contribuant ainsi, par l'intermédiaire de la bonification de l'image du praticien, à améliorer la qualité des soins. La prise en charge sera plus agréable pour le patient, c'est certain, mais également pour le praticien, qui réalisera ses actes dans un contexte détendu.

BIBLIOGRAPHIE

- 1. ANASTASIO D.**
Approche de l'enfant difficile au cabinet dentaire à l'aide d'une communication non verbale.

Actual. Odonto-stomatol. (Paris), 2000, 210, 177-185

- 2. ANASTASIO D., GERARD E., NANTY J., OSSWALD JM.**

Les soins dentaires chez l'enfant : approche psychologique.

Actual. Odonto-stomatol. (Paris) , 1991, 176, 581-588

- 3. ANZIEU A., et al.**

Le dessin de l'enfant, 3e Éd.

Paris, La Pensée Sauvage, 2006, -392p.

- 4. BEE H., et al.**

Psychologie du développement, les âges de la vie, 2e éd.

Paris, De Boeck, 2005, - 586p.

- 5. BERTHET A., DROZ D., et al.**

Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant.

Paris, Quintessence International, 2006, -125p.

- 6. BIEIRI D., et al.**

The Faces Pain Scale for the self assessment of the severity of pain experienced by children.

Pain, 1990, 41, 139-150

- 7. BOUCHARD C.**

Le développement global de l'enfant de 0 à 5 ans.

Québec, Presse de l'Université du Québec , 2008, - 484p.

- 8. CORAH N.L.,**

Development of a dental anxiety scale.

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

- 9. DAJEAUN-TRUTAUD S. et al.**

Approche psychologique de l'enfant au cabinet dentaire.

Encycl. Med Chir , Odontologie, 1998, 23-400-D-10, 4p

- 10. DELDIME R., VERMEULEN S.,**

Le développement psychologique de l'enfant.

Paris, De Boeck, 2004, - 241p.

- 11. DURU-BELLAT M., et al.**

L'intelligence de l'enfant : l'empreinte du social.

Auxerre , Sciences Humaines Éd. , 2007, -300p.

- 12. ESNAULT E,**

Conception environnementale et architecturale des cabinets d'odontologie pédiatrique , -86f.

Th. Chir-dent, Rennes, 2007, 2007REN1D009

- 13. FLORIN A.,**
Le développement du langage.
Paris, Dunod, 1999, -123p. (Les topos)
- 14. GOLSE B., et al.**
Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, compléments sur l'émergence du langage.
Paris, Masson, 2008, - 379p.
- 15. HANSENNE M.,**
Psychologie de la personnalité.
Paris, De Boeck, 2006, - 346p.
- 16. HOWARD K.E., et al.**
An evaluation of the PALS after treatment modelling intervention to reduce dental anxiety in child dental patients.
Int. J. Paediatric Dent., 2009; 19, 4, 233-242
- 17. KAIL M.,**
L'acquisition du langage : les universaux et les particularités de l'acquisition
Le Courrier du CNRS, 1985, 60, 21-24
- 18. LECUYER R.,**
Le développement du nourrisson.
Paris, Dunod, 2004, - 537p.
- 19. MASSARD P.,**
Les livres pour enfants qui parlent de la visite chez le dentiste, -112f.
Th. Chir-dent. Nancy 1, 1990, 1990NAN13002
- 20. MAZET P, STOLERU S.,**
Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, 3e éd.
Paris, Masson, 2003, -434p.
- 21. MOSCATO M., et al.**
Latéralisation et latéralité chez l'enfant.
Liège, Margada, 1984, - 268p.
- 22. OLUMIDE et al.**
Anticipatory anxiety in a children visiting the dentist: lack of effect of preparatory information.
Int. J. Paediatric Dent., 2009; 19, 5, 338-342
- 23. PARKIN S.F.,**
Assessment of the clinical validity of a simple scale for rating children's dental anxiety.
J. Dent. Child., 1989, 56, 40-43

- 24. PERVIN L., JOHN O.,**
La personnalité, de la théorie à la recherche.
Paris, De Boeck, 2004, - 576p.
- 25. PIAGET J.**
La représentation du monde chez l'enfant.
Paris, Quadrige, 1947, -336p
- 26. PIAGET J., INHELDER B.,**
La psychologie de l'enfant.
Paris, Quadrige, 1966, -152p.
- 27. POMERLEAU A., MALCUIT G.,**
L'enfant et son environnement, une étude fonctionnelle de la première enfance.
Québec, Presse de l'Université du Québec, 1983, - 379p.
- 28. PRAGIER P.**
L'enfant qui attend dans la salle d'attente.
In: La salle d'attente / Éd. par Michel SOULE,
Paris; ESF, 1985, - p. 109-120 – (La vie de l'enfant)
- 29. RIGAL R.,**
Motricité humaine.
Québec, Presse de l'Université du Québec, 1985, - p. 158-163 -
- 30. ROCHEUX J.Y, BAUTIER E.,**
Henri Wallon: l'enfant et ses milieux.
Paris, Hachette, 1999, -142p.
- 31. RONDAL et al.**
Manuel de psychologie de l'enfant.
Sprimont (Belgique), Mardaga, 1999, - 644p.
- 32. SHAPIRO M., et al.,**
Behavioural and physiological effect of dental environment sensory adaptation on children's dental anxiety.
Eur J Oral Sci, 2007, 115, 479-483
- 33. THOMAS R.M. Et al.**
Théories du développement de l'enfant, études comparatives.
Paris, De Boeck, 1994, - p 203-229 -
- 34. TICKLE M., et al.**
A prospective study of dental anxiety in a cohort of children followed from 5 to 9 years of age.
Int. J. Paediatric Dent., 2009; 19, 4, 225-232
- 35. TOURRETTE C., GUIDETTI M.,**
Introduction à la psychologie de l'enfant, du bébé à l'adolescent, 3e éd.
Paris, Armand Colin, 2008, -256p.

36. WALLON H.,
L'évolution psychologique de l'enfant, 11e Éd.
Paris, Armand Colin, 2002, -187p.

37. WESTEN D, GARITE C,
Psychologie: pensée, cerveau et culture.
Paris, De Boeck, 2000, - p. 740-749 -

38. WIDLOCHER D.,
L'interprétation des dessins d'enfants, 15e éd.
Sprimont (Belgique), Margada, 2002, - 176p.

39. WINNICOTT D.W.,
L'enfant et sa famille.
Paris, Payot, 1971, -236p.

40. ZAOUCHÉ-GAUDRON C.
Le développement social de l'enfant.
Paris, Dunod, 2002, -115p. (Les topos)

TABLE DES MATIERES

Introduction

p 2

1ère Partie :

La psychologie de l'enfant

p 3

1- LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

p 4

1-1 LES TROIS REFERENCES DE LA PSYCHOLOGIE DU DEVELOPPEMENT

p 4

1-1-1 JEAN PIAGET (1896-1980)

p 4

1-1-1-1 Les concepts de base

1-1-1-1-1 Les schèmes

1-1-1-1-2 L'assimilation

1-1-1-1-3 L'accommodation

1-1-1-1-4 L'adaptation (ou équilibration)

1-1-1-2 Les stades de développement

1-1-1-2-1 Stade sensori-moteur (0-2 ans)

1-1-1-2-2 Période préopératoire (2-7/8 ans)

1-1-1-2-3 Stade opératoire concret (7/8 ans – 11/12 ans)

1-1-1-2-4 Stade opératoire formel (11/12 ans – 15/16 ans)

1-1-2 HENRI WALLON (1879-1962)

p 6

1-1-2-1 Concepts de base

1-1-2-2 Les stades du développement

1-1-2-2-1 La construction de la personne

1-1-2-2-2 Le stade du personnalisme

1-1-2-2-3 L'achèvement de la personne

1-1-3 SIGMUND FREUD (1856-1939)

p 8

1-1-3-1 Concepts de base

1-1-3-1-1 Trois points de vue

1-1-3-1-2 La personnalité

1-1-3-2 Les stades du développement libidinal

1-2 RAPPELS SUR LES ACQUISITIONS FAITES AVANT 6 ANS

p 9

1-2-1 CROISSANCE ET DEVELOPPEMENT MOTEUR

p 9

1-2-1-1 Croissance physiologique et environnement

1-2-1-2 Développement psychomoteur

1-2-1-2-1 Lois générales

1-2-1-2-2 Les étapes importantes	
1-2-2 LE DEVELOPPEMENT DE L'INTELLIGENCE SENSORI-MOTRICE	p 10
<u>1-2-2-1 Ce que nous apprend Piaget</u>	
1-2-2-1-1 L'intelligence sensori-motrice	
1-2-2-1-2 La période préopératoire	
<u>1-2-2-2 Ce qu'en pensent les autres</u>	
1-2-3 LE DEVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL	p 11
<u>1-2-3-1 Les débuts de la communication</u>	
<u>1-2-3-2 La construction de la personnalité</u>	
1-2-3-2-1 L'avis de Freud	
1-2-3-2-2 La théorie de Spitz	
1-2-3-2-3 La théorie de l'attachement, par Bowlby	
1-2-3-2-4 Ce que nous apprend Wallon	
1-2-3-2-5 La conscience de soi	
1-2-3-2-6 Interactions avec les autres enfants	
<u>1-2-3-3 Apprendre avec autrui</u>	
<u>1-3- L'AGE SCOLAIRE:</u>	
<u>ACQUISITIONS DES ENFANTS DE 6 à 10 ANS</u>	p 15
1-3-1 DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR	p 15
<u>1-3-1-1 Les capacités</u>	
<u>1-3-1-2 Latéralisation</u>	
1-3-2 DEVELOPPEMENT INTELLECTUEL ET COMMUNICATIF	p 16
<u>1-3-2-1 Évolution des capacités expressives</u>	
1-3-2-1-1 Le Langage	
1-3-2-1-2 Le jeu	
1-3-2-1-3 Le dessin	
<u>1-3-2-2 Les progrès cognitifs, par Piaget</u>	
1-3-2-2-1 Période préopératoire (2-7 ans)	
1-3-2-2-2 Opérations concrètes (7/8 – 11/12 ans)	
1-3-2-2-3 Ce que pensent les autres auteurs des idées de Piaget	
1-3-2-2-4 Les acquisitions scolaires	
1-3-3 DEVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL	p 19
<u>1-3-3-1 Wallon: le développement de la personne</u>	
1-3-3-1-1 Fin du stade du personnalisme, 6 ans, centripète	
1-3-3-1-2 Stade catégoriel, 6-11 ans, centrifuge	
<u>1-3-3-2 Freud: La période de latence</u>	
<u>1-3-3-3 Les relations interpersonnelles</u>	

<u>2- LE DEVELOPPEMENT DU LANGAGE</u>	p 20
<u>2-1 LES SPECIFICITES HUMAINES DU LANGAGE</u>	p 20
<u>2-2 LES THEORIES D'ACQUISITION DU LANGAGE</u>	p 21
2-2-1 LES APPROCHES BEHAVIORISTES	p 21
2-2-2 LA LINGUISTIQUE DE CHOMSKY	p 21
<u>2-3 L'APPRENTISSAGE</u>	p 21
2-3-1 LES ORIGINES DES SONS ET DE LA COMPREHENSION	p 21
2-3-2 LES MOTS ET LES PHRASES	p 22
<u>2-4 LES FONCTIONS DU LANGAGE</u>	p 24
<u>3- INFLUENCE DU MILIEU FAMILIAL</u>	p 24
<u>3-1 LES PARENTS</u>	p 25
3-1-1 LA MERE	p 25
3-1-2 LE PERE	p 25
3-1-3 ATTITUDES ET STYLES PARENTAUX	p 26
3-1-4 LA CONCEPTION PARENTALE DE L'EDUCATION	p 27
<u>3-2 LA FRATRIE</u>	p 27
<u>3-3- LES LIMITES DE L'INFLUENCE DU MILIEU FAMILIAL</u>	p 28

2ème Partie :

Étude clinique sur la perception du Chirurgien dentiste, les facteurs d'anxiété et le déroulement des soins p 29

1- BUTS ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

p 30

2- POPULATION ET METHODE

p 30

2-1 POPULATION

p 30

2-2 OUTILS

p 30

2-2-1 PARTIE ENFANT

p 31

2-2-1-1 Avant les soins

2-2-1-1-1 L'évaluation de l'anxiété de l'enfant

2-2-1-1-2 La vision du chirurgien-dentiste et du cabinet

2-2-1-2 Pendant les soins

2-2-1-2-1 Évaluation du comportement et de réalisation du soin

2-2-1-2-2 Implication et attitude parentale durant le soin

2-2-1-2-3 Accompagnement verbal du praticien

2-2-1-3 Après les soins

2-2-2 PARTIE PARENTS

p 39

2-2-2-1 Évaluation de l'anxiété des parents pour leurs propres soins dentaires

2-2-2-2 Questions complémentaires

3- RESULTATS

p 41

3-1 PARTIE ENFANT

p 41

3-1-1 AVANT LES SOINS	p 41
<u>3-1-1-1 Évaluation de l'anxiété de l'enfant d'après l'échelle «Child's Dental Anxiety»</u>	
<u>3-1-1-2 Les antécédents dentaires</u>	
<u>3-1-1-3 La vision du chirurgien-dentiste et du cabinet: les préférences de l'enfant</u>	
3-1-1-3-1 Accompagnement verbal du praticien au cours du soin	
3-1-1-3-2 Praticien ou praticienne	
3-1-1-3-3 Ce que les enfants n'aiment pas lors d'un rendez vous chez le chirurgien-dentiste	
3-1-1-3-4 La tenue des praticiens préférée par les enfants	
3-1-1-3-5 Accompagnement souhaité par les enfants au cours du soin	
3-1-1-3-6 La salle d'attente	
3-1-1-3-7 Le fauteuil	
3-1-2 PENDANT LES SOINS	p 49
<u>3-1-2-1 Échelles d'hétéro-évaluation du comportement</u>	
<u>3-1-2-2 Implication et attitude parentale</u>	
3-1-2-2-1 Installation de l'enfant	
3-1-2-2-2 Attitude parentale	
<u>3-1-2-3 Accompagnement verbal du praticien</u>	
3-1-3 APRES LES SOINS	p 57
<u>3-1-3-1 Ce que les enfants aiment le plus</u>	
<u>3-1-3-2 Ce que les enfants détestent</u>	
<u>3-1-3-3 La description du praticien par l'enfant</u>	
<u>3-1-3-4 Ce que les enfants aimeraient changer</u>	
3-2 PARTIE PARENTS	p 60
3-2-1 REPARTITION PERE/MERE	p 60
3-2-2 EVALUATION DE L'ANXIETE	p 60
3-2-3 QUESTIONS COMPLEMENTAIRES	p 61
<u>3-2-2-1 Anxiété des parents à l'idée d'emmener leur enfant chez le chirurgien-dentiste</u>	
<u>3-2-2-2 Préparation parentale de l'enfant au rendez-vous</u>	
<u>3-2-2-3 Ressenti du parent au cours du soin de l'enfant</u>	
<u>3-2-2-4 Aide apportée par les parents</u>	
<u>3-2-2-5 Perception parentale de l'attitude de l'enfant à l'approche d'un rendez-vous</u>	
<u>3-2-2-6 Perception parentale de l'attitude de l'enfant pendant un rendez-vous</u>	
4- LES FACTEURS INFLUENCANT L'ENFANT ET LE DEROULEMENT DES SOINS	p 67

<u>4-1 L'ANXIETE DE L'ENFANT</u>	p 72
4-1-1 CROISEMENT ANXIETE DE L'ENFANT ET ABOUTISSEMENT DU SOIN	p 72
4-1-2 INFLUENCE DES PARENTS SUR L'ANXIETE DE L'ENFANT	p 72
4-1-3 CONCORDANCE ENTRE L'ANXIETE AVOUEE PAR LES ENFANTS ET LE RESSENTI DE LEURS PARENTS	p 74
4-1-4 ANTECEDENS DENTAIRES	p 75
<u>4-2 LES PARENTS</u>	p 75
4-2-1 PRESENCE	p 75
4-2-2 ANXIETE	p 75
4-2-3 ATTITUDE	p 77
4-2-4 PREPARATION PARENTALE	p 78
<u>4-3 LE PRATICIEN</u>	p 79
<u>5- DISCUSSION</u>	p 80
<u>6- FORMULAIRE POUR LES ENFANTS</u>	p 86
Conclusion	p 88
Bibliographie	p 90
Table des matières	p 95
Liste des illustrations	p 110

ILLUSTRATIONS

TABLEAUX

- Tableau n°1 : Évaluation de Houpt modifiée
Tableau n°2 : Résultats de l'échelle Child's Dental Anxiety , question par question
Tableau n°3 : Antécédents dentaires des enfants
Tableau n°4 : Résultats de l'échelle de Houpt modifiée
Tableau n°5 : Aboutissement du traitement selon le type de soin
Tableau n°6 : Échelle de Venham modifiée et position de l'enfant, partie 1
Tableau n°7 : Échelle de Venham modifiée et position de l'enfant, partie 2
Tableau n°8 : Score de Venham moyen selon le type de soin
Tableau n°9 : Récapitulatif, partie 1
Tableau n°10 : Récapitulatif, partie 2
Tableau n°11 : Récapitulatif, partie 3
Tableau n°12: Récapitulatif, partie 4
Tableau n°13 : Anxiété de l'enfant: conséquences sur le traitement
Tableau n°14 : Anxiété de l'enfant: influence de l'anxiété des parents
Tableau n°15 : Anxiété de l'enfant: influence du ressenti des parents
Tableau n°16 : Anxiété de l'enfant: influence de la préparation parentale
Tableau n°17 : Concordance entre l'anxiété révélée par l'enfant et le ressenti des parents à ce sujet
Tableau n°18 : Influence de l'anxiété du parent pour lui sur l'aboutissement du soin de l'enfant
Tableau n°19 : Influence du ressenti du parent à l'idée d'amener son enfant au rendez-vous
 sur l'aboutissement du soin
Tableau n°20 : Influence du ressenti du parent au cours du rendez-vous de l'enfant
 sur l'aboutissement du soin
Tableau n°21 : Influence de l'attitude parentale sur l'aboutissement du soin
Tableau n°22 : Influence de la préparation parentale sur le soin
Tableau n°23 : Influence de l'attitude du praticien sur le soin

FIGURES

- Figure n°1 : Évolution du dessin du bonhomme par LEIF, cité par Anzieu à partir de 3 ans
Figure n°2 : Vue externe de l'hémisphère gauche d'après SPRINGER et DEUTSCH,
 dans Florin (13)
Figure n°3 : Évolution de la taille du vocabulaire en fonction de l'âge d'après M.E. SMITH, 1926,
 dans Florin (13)
Figure n°4 : Modèle écologique de Bronfenbrenner, d'après BOUCHARD (2005),
 adapté de BIGRAS ET JAPEL et de CLOUTIER
Figure n°5 : Échelle visuelle utilisée pour le questionnaire enfant
Figures n°6 et n°7 : Tenue portée au Service d'Odont. du CHU de NANCY avec et sans protection
Figures n°8 et n°9 : Tenue bleue ciel, avec et sans protection
Figures n°10 et n°11 : Tenue verte anis avec et sans protection
Figure n°12 et n°13 : Service d'Odont. Péd. du CHU de Nancy, vue d'ensemble, et vue d'un fauteuil
Figures n°14, n°15 et n°16 : Cabinet dentaire de sédation du Service d'Odont. du CHU de Nancy

- Figure n°17 : Cabinet dentaire privé, fauteuil bleu
 Figure n°18 : Cabinet dentaire privé, fauteuil orange
 Figure n°19 : Échelle de Venham modifiée par Veerkamp pour les enfants
 Figure n°20 : Répartition des enfants selon leur degré d'anxiété
 Figure n°21 : Questionnaire enfants, partie 1
 Figure n°22 : Explications du chirurgien-dentiste préférées par les enfants
 Figure n°23 : Questionnaire enfants, partie 2
 Figure n°24 : Praticien ou praticienne: les préférences des enfants
 Figure n°25 : Questionnaire enfants, partie 3
 Figure n°26 : Soins que les enfants n'aiment pas
 Figure n°27 : La tenue des praticiens préférée par les enfants , en effectif
 Figure n°28 : La tenue des praticiens préférée par les enfants, en pourcentage
 Figure n°29 : Questionnaire enfants, partie 4
 Figure n°30 : Accompagnement préféré des enfants
 Figure n°31 : Questionnaire enfants, partie 5
 Figure n°32 : Préférences de population des enfants en salle d'attente
 Figure n°33 : Ambiances et activités préférées par les enfants dans la salle d'attente
 Figure n°34 : Fauteuil préféré par les enfants
 Figure n°35 : Échelle de Houpt modifiée, éveil de l'enfant
 Figure n°36 : Échelle de Houpt modifiée, mouvements de l'enfant
 Figure n°37 : Échelle de Houpt modifiée, cris de l'enfant
 Figure n°38 : Échelle de Houpt modifiée, aboutissement du traitement
 Figure N°39 : Échelle de Venham modifiée: résultats cumulés avant pendant et après le soin
 Figure n°40 : Questionnaire enfants, partie 6
 Figure n°41 : Installation de l'enfant
 Figure n°42 : Questionnaire enfants, partie 7
 Figure n°43 : Observation de l'attitude parentale au cours du soin
 Figure n°44 : Questionnaire enfants, partie 8
 Figure n°45 : Attitude du praticien au cours du soin
 Figure n°46 : Répartition des parents selon leur sexe
 Figure n°47 : Répartition des parents selon leur degré d'anxiété mesuré
 avec l'échelle d'anxiété de Corah
 Figure n°48 : Questionnaire parents, partie 1
 Figure n°49 : Anxiété des parents à l'idée d'emmener leur enfant chez le chirurgien dentiste
 Figure n°50 : Questionnaire parents, partie 2
 Figure n°51 : Répartition des réponses des parents concernant la préparation
 de l'enfant au rendez-vous
 Figure n°52 : Questionnaire parents, partie 3
 Figure n°53 : Ressenti des parents au cours du soin de l'enfant
 Figure n°54 : Questionnaire parents, partie 4
 Figure n°55 : Aide apportée par les parents au cours du soin
 Figure n°56 : Questionnaire parents, partie 5
 Figure n°57 : Perception du comportement des enfants par les parents à l'approche
 d'un rendez vous chez le chirurgien dentiste
 Figure n°58 : Questionnaire parents, partie 6
 Figure n°59 : Perception du comportement des enfants par les parents
 pendant le rendez vous chez le chirurgien dentiste
 Figure n°60 : Dessin d'enfant : Jeune patiente souriante
 Figure n°61 : Dessin d'enfant : Appel au secours à l'annonce d'une extraction
 Figure n°62 : Dessin d'enfant : Interférence d'une mère au cours d'un soin

- Figure n°63 : Dessin d'enfant : Chirurgien dentiste surdimensionné
Figure n°64 : Couverture du livre « Je vais chez le dentiste », Éditions Sparadrap
Figure n°65 : Kit dentaire en pâte à modeler
Figure n°66 : Kit dentaire en pâte à modeler, simulation d'une carie
Figure n°67 : Kit dentaire en pâte à modeler, simulation du fraisage
Figure n°68 : Kit dentaire en pâte à modeler, simulation de l'obturation



Jury : Président : C. STRAZIELLE – Professeur des Universités
Juges : D. DESPREZ-DROZ – Maître de Conférence des Universités
A. SABATIER – Assistant
J. BOCQUEL - Assistant

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présenté par: Monsieur Adrien JUNGELS

né(e) à: Thionville (Moselle) le 3 juin 1983

et ayant pour titre : «Perception du chirurgien dentiste, facteurs d'anxiété et déroulement des soins : étude clinique chez des enfants de 6 à 10 ans»

Le Président du jury,

C. STRAZIELLE

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie

Autorise à soutenir et imprimer la thèse

NANCY, le 29.10.83

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

Pour le Président
et par Délégation
1^e Vice-Présidente du Conseil
des Etudes et de la Vie Universitaire,
J-P. FINANCE

C. CARDEVILLE-ATKINSON

JUNGELS Adrien – Perception du chirurgien dentiste, facteurs d'anxiété et déroulement des soins : étude clinique chez des enfants de 6 à 10 ans
Nancy, 2009 - 104 f; ill; 30 cm

Th : Chir-Dent : Nancy 2009

Mots clés: 1- Pédodontie / Pedodontics
2- Anxiété / Anxiety
3- Relation dentiste-patient / Relation dentist-patient
4- Influence parentale / Parental influence
5- Perception / Perception
6- Psychologie / Psychology

JUNGELS Adrien – Perception du chirurgien dentiste, facteurs d'anxiété et déroulement des soins : étude clinique chez des enfants de 6 à 10 ans

Th : Chir-Dent : Nancy 2009

Une meilleure image du chirurgien dentiste peut améliorer les soins en odontologie pédiatrique. Que ressent l'enfant à l'idée de recevoir un soin dentaire ? Quel comportement préférerait-il que le praticien emploie à son égard ? Ce travail se propose de recueillir des informations de la part des enfants pour trouver des éléments de réponses à ces questions.

La première partie décrit la psychologie de l'enfant, son acquisition du langage et l'influence que peut jouer sa famille sur lui, afin de savoir parfaitement où les 6-10 ans se situent dans leur développement psychomoteur au moment de l'entretien.

La deuxième partie est consacrée à la présentation d'une étude réalisée dans les services de soins de Nancy (Service d'Odontologie du CHU et Cabinet Dentaire de l'Hôpital de Brabois Enfants), afin d'observer la perception du chirurgien dentiste par les enfants, les facteurs d'anxiété et l'aboutissement des soins.

JURY :

Président :	C. STRAZIELLE	Professeur des Universités
<u>Juge :</u>	<u>D. DESPREZ-DROZ</u>	<u>Maître de Conférences</u>
Juge :	A. SABATIER	Assistant
Juge :	J. BOCQUEL	Assistant

Adresse de l'auteur:

Adrien JUNGELS
20 rue Camille Mathis
54000 NANCY