

Approche psychologique de l'enfant en odontologie pédiatrique



1 *Introduction :*

2 *Généralités*

2.1 Définition de l'enfance

2.2 Définition de La psychologie de l'enfant

3 *La maturation de l'enfant et stades de développement*

3.1 Le développement psycho-cognitif de l'enfant

3.1.1 Le premier âge (âge de l'apprentissage) :

3.1.2 Le second âge (âge préscolaire) :

3.1.3 Le troisième âge (l'enfant d'âge scolaire)

3.2 Le développement psycho-affectif

3.2.1 Petite enfance : Stades prégénitaux

3.2.2 Grande enfance : Stade de latence (6-12 ans)

3.2.3 Adolescence : Stade génital (12-15 ans)

4 *Classification des comportements de l'enfant au cabinet dentaire*

4.1 Appréciation préalable

4.1.1 Age et sexe de l'enfant

4.1.2 Interrogatoire des parents

4.1.3 Le consentement éclairé

4.1.4 Observation de l'enfant

4.2 Évaluation per-opératoire

4.2.1 Echelles subjectives d'évaluation du comportement :

4.2.1.1 Frankl Rating Scale 1962

4.2.1.2 Échelle d'anxiété dentaire de CORAH (DAS) 1969:

4.2.1.3 Echelles d'images faciales (2005) :

4.2.2 Les échelles objectives d'évaluation du comportement :

4.2.2.1 Venham's Clinical Ratings (Modified): 1979

4.2.2.2 Surveillance de la fréquence cardiaque (mesure physiologique)

4.2.2.3 Pression artérielle (mesure physiologique) :

4.2.2.4 Niveaux de cortisol salivaire (mesure physiologique):

4.2.2.5 L'activité électrodermale (EDA) :

5 *Les causes de refus de l'enfant à la consultation et aux soins dentaires*

5.1 Les troubles anxieux

5.2 Sa perception du cabinet et du médecin dentiste

5.2.1 Un environnement hostile :

5.2.2 Un lieu inconnu :

5.2.3 Les instruments :

5.2.4 Un monde de préjugés :

5.2.5 La famille et l'environnement :

6 *Approche psychologique de l'enfant en odontologie pédiatrique*

6.1 Un lieu accueillant

6.1.1 L'arrivée au cabinet :

6.1.2 La salle d'attente

6.1.3 La salle de soins

6.1.4 La conception du cabinet dentaire

6.2 Relation de soins

6.2.1 Une relation triangulaire

6.2.1.1 La relation centrée sur l'enfant :

- 6.2.1.2 Le parent (la mère)
 - 6.2.1.2.1 Les différents types de mères et sa présence ou non au cours des soins
 - 6.2.1.2.2 Son rôle hors des soins
 - 6.2.1.2.2.1 Avant la consultation
 - 6.2.1.2.2.2 Après la consultation :
 - 6.2.1.3 L'équipe médicale
 - 6.2.1.3.1 Le praticien
 - 6.2.1.3.1.1 Sa relation avec l'enfant
 - 6.2.1.3.2 Sa relation avec le parent
 - 6.2.1.4 L'assistante dentaire

6.3 Les consultations

- 6.3.1 Organisation des rendez-vous
- 6.3.2 La première visite : un moment privilégié pour instaurer la confiance

6.4 Installation du patient sur le fauteuil

- 6.4.1 Chez les enfants de 0 à 2 ans (voire jusqu'à 4 ans):
- 6.4.2 Enfants plus de 5 ans

6.5 Approche psychologique basées sur la communication

- 6.5.1 L'approche verbale
 - 6.5.1.1 Le choix des mots
 - 6.5.1.2 La formulation
 - 6.5.1.3 Tonalité-intensité-volume
- 6.5.2 L'approche non verbale
 - 6.5.2.1 A travers des signes physiques
 - 6.5.2.2 Le silence
 - 6.5.2.3 L'écoute active
- 6.5.3 Les techniques d'exposition :
 - 6.5.3.1 Exposition-exposition prolongée
 - 6.5.3.2 Méthode Tell-Show-Do
- 6.5.4 Les techniques de modifications comportementales
 - 6.5.4.1 Le renforcement positif
 - 6.5.4.2 Le façonnement
 - 6.5.4.3 Le modelage
 - 6.5.4.4 La distraction
 - 6.5.4.5 L'hypnose

6.6 Les techniques alternatives médicales

- 6.6.1 Prémédication sédative
 - 6.6.1.1 Les antihistaminiques
 - 6.6.1.1.1 Hydroxyzine (Atarax®)
 - 6.6.1.2 Les benzodiazépines
 - 6.6.1.2.1 Diazépam (Valium®)
 - 6.6.1.2.2 Bromazépam (Lexomil®)
- 6.6.2 Sédaton consciente
- 6.6.3 Sédaton profonde
- 6.6.4 Anesthésie générale

6.7 Spécificités de la prise en charge d'un patient non-coopérant

- 6.7.1 Points essentiels de la prise en charge d'un patient non coopérant

7 Approches pluridisciplinaires des pathologies du développement psychologique de l'enfant

- 7.1.1 Pathologies du développement de l'enfant
 - 7.1.1.1 Pathologies du développement de l'affectivité
 - 7.1.1.1.1 Les névroses
 - 7.1.1.1.1.1 Les névroses hystériques
 - 7.1.1.1.1.2 Les névroses phobiques
 - 7.1.1.1.1.3 Les névroses obsessionnelles
 - 7.1.1.1.2 Les psychoses
 - 7.1.1.2 Pathologies du développement intellectuel de l'enfant

8 Conclusion :

1 Introduction :

Les soins au cabinet dentaire sont fréquemment générateurs d'anxiété, en particulier chez l'enfant. Il est fondamental de savoir gérer cette appréhension afin qu'elle ne perturbe pas le bon déroulement des soins. La première approche avec un enfant est essentielle : en effet, une mauvaise expérience durant l'enfance est la cause de la moitié des phobies à l'âge adulte.

2 Généralités

2.1 Définition de l'enfance

- L'enfance est une phase du développement humain physique et mental qui se situe entre la naissance et l'adolescence.
- Selon l'OMS, c'est toute personne de moins de 18 ans

2.2 Définition de La psychologie de l'enfant

- La psychologie de l'enfant est une discipline de la psychologie qui a pour objet d'étude les processus de pensée et des comportements de l'enfant, son développement psychologique et ses problèmes éventuels. Elle prend en compte son environnement.

3 La maturation de l'enfant et stades de développement

3.1 Le développement psycho-cognitif de l'enfant

3.1.1 Le premier âge (âge de l'apprentissage) :

- 1-2 ans : l'apprentissage de la marche, le toucher des objets, Il est difficile de le séparer de ses parents. Du point de vue dentaire c'est le temps de la **constitution de la dentition lactéale**. Bien que les caries ne soient pas rares, les relations avec ces enfants ne sont pas encore suivies et demeurent épisodiques.

3.1.2 Le second âge (âge préscolaire) :

- On est dans la période d'état de la denture lactéale et l'âge de l'acquisition morale
- 3ans - 4ans : c'est l'âge « questionneur », du pourquoi. Il faut le rassurer et le calmer.
- L'anxiété domine à cet âge : La présence d'un parent est obligatoire à la 1ere consultation. Ensuite il peut rester seul.
- 4-5 ans : Il faut le rassurer. Il redoute la douleur, le saignement. Il est très fier des nouvelles expériences des nouvelles relations. Il doit toucher, sentir et explorer. Il faut le laisser utiliser certains objets.

3.1.3 Le troisième âge (l'enfant d'âge scolaire)

- L'enfant apprend beaucoup sur le monde qui l'entoure mais il a des peurs réelles et imaginaires.
- La période de 5-7ans : il ne comprend que ce qu'il voit. La vue d'une seringue peut provoquer un grand sentiment de danger.
- La période de 7-11 ans : les peurs de l'enfant, ses appréhensions peuvent être réconfortées par un dialogue. Peurs et anxiété sont liés aux expériences dans les relations thérapeutiques antérieures (médicales, hospitalisation, et dentaires).
- L'adolescence 11-15 ans : c'est une période complexe centrée sur la constitution d'une " image de soi ". Les problèmes de prise charge : la non coopération dans les conseils domestiques de soins et de l'insuccès de prendre rendez-vous.

3.2 Le développement psycho-affectif

3.2.1 Petite enfance : Stades prégnitaux

- 0-18 mois : Ce stade implique une forte dépendance de l'enfant à sa mère et des réactions de peur face aux stimuli extérieurs.
- 18 mois - 3 ans : L'enfant explore les fonctions excrétoires, avec des comportements souvent opposants . La relation avec la mère reste centrale, mais il commence à affirmer son autonomie.
- 3-6/7 ans : les comportements impulsifs peuvent varier, rendant les interactions avec les praticiens

délicates.

3.2.2 Grande enfance : Stade de latence (6-12 ans)

- Cette période est marquée par la socialisation et une capacité accrue à gérer les émotions.

3.2.3 Adolescence : Stade génital (12-15 ans)

- L'adolescent cherche son identité, ce qui engendre anxiété et conflits.
- La communication avec lui doit être adaptée, valorisant son autonomie et son besoin de contrôle.

4 Classification des comportements de l'enfant au cabinet dentaire

- L'évaluation du comportement de l'enfant au cabinet dentaire est essentielle pour :
 - Déterminer son niveau de coopération et adapter l'approche du praticien.
 - Situer l'enfant sur une échelle de gravité pour déterminer les bonnes indications pour les méthodes de prise en charge du trouble comportemental.
 - Anticiper les réactions possibles de l'enfant et s'y adapter rapidement, en connaissant les facteurs à l'origine de son trouble comportemental.

4.1 Appréciation préalable

4.1.1 Age et sexe de l'enfant

- **L'âge et le sexe** de l'enfant peuvent influencer son comportement :
 - Les enfants de moins de 6 mois coopèrent généralement mieux que ceux âgés de 7 à 30 mois.
 - Les enfants âgés de 9 ans et plus sont plus susceptibles d'adopter un comportement coopérant au cours des soins dentaires.
 - Les enfants âgés de 5-6 ans font le moins souvent preuve d'un bon comportement.
 - Quant au sexe, les filles sont généralement plus angoissées à l'égard des soins dentaires que les garçons, mais elles manifestent moins leur anxiété et font plus fréquemment preuve d'un comportement coopérant au cabinet dentaire.

4.1.2 Interrogatoire des parents

- L'interrogatoire des parents est important pour évaluer le comportement de l'enfant au cabinet dentaire.
- Les éléments à recueillir incluent :
 - Les expériences dentaires et médicales antérieures de l'enfant
 - Le comportement général de l'enfant, ainsi que face aux soins dentaires et médicaux

4.1.3 Le consentement éclairé

- Le praticien doit s'efforcer de comprendre le raisonnement des parents pour les convaincre des options de traitement proposées.
- Toutes les solutions thérapeutiques doivent être clairement expliquées, avec une attention particulière portée aux risques et aux conséquences.

4.1.4 Observation de l'enfant

- Observer l'enfant, notamment lorsqu'il est dans la salle d'attente, renseigne le praticien sur son style comportemental.

4.2 Évaluation per-opératoire

4.2.1 Echelles subjectives d'évaluation du comportement :

4.2.1.1 Frankl Rating Scale 1962

- Est le moyen d'évaluation le plus connu et le plus utilisé.
- Cet outil compile un certain nombre de traits pour établir une échelle de 4 catégories :

- **Stade 1** : l'enfant est *définitivement négatif*. Il refuse le traitement, pleure comme un forcené, tremble de peur et manifeste toutes les évidences d'un extrême négativisme.

- **Stade 2** : l'enfant est *négatif*. Il éprouve de la répugnance à accepter le traitement, n'est pas coopératif, fait preuve d'une attitude négative évidente (fait marche arrière, parle sans arrêt et pose les mêmes questions).
- **Stade 3** : l'enfant a une attitude *positive*. Il accepte le traitement. Parfois méfiant, il fait alors un effort pour se conformer au désir du praticien.
- **Stade 4** : l'enfant a une attitude *extrêmement positive*. Il a de bons rapports avec le dentiste, s'intéresse au traitement.

Cette échelle, qui n'élucide pas pour autant le problème de la personnalité de l'enfant permet au praticien de classifier subjectivement le comportement de ses petits patients au cours du traitement dentaire.

4.2.1.2 Échelle d'anxiété dentaire de CORAH (DAS) 1969:

- Il s'agit d'une mesure comportant **quatre items** :
 - Les deux premières portent sur l'anxiété générale,
 - Les deux dernières concernent la peur anticipée de stimuli spécifiques (la turbine)

- Questionnaire dentaire de Norman Corah

	A	B	C	D	E
Si vous deviez aller chez le dentiste demain pour un contrôle, comment vous sentiriez-vous ?	J'attendrais cela avec impatience comme une expérience plutôt agréable	Cela m'indifférerait	Je serais un peu mal à l'aise	Je craindrais que ce soit désagréable et douloureux	Je serais très effrayé(e) de ce que le dentiste pourrait faire
Lorsque vous attendez votre tour dans la salle d'attente du dentiste, comment vous sentez-vous ?	Détendu(e)	Un peu mal à l'aise	Tendu(e)	Anxieux(se)	Tellement anxieux(se) qu'il m'arrive de transpirer ou de me sentir presque malade
Lorsque vous êtes dans le fauteuil dentaire et que vous attendez que le dentiste prépare la fraise pour commencer à travailler sur vos dents, comment vous sentez-vous ?	Détendu(e)	Un peu mal à l'aise	Tendu(e)	Anxieux(se)	Tellement anxieux(se) qu'il m'arrive de transpirer ou de me sentir presque malade
Imaginez que vous êtes dans le fauteuil dentaire pour un détartrage. Pendant que vous attendez que le dentiste ou l'hygiéniste prépare les instruments qui seront utilisés pour gratter vos dents autour des gencives, comment vous sentez-vous ?	Détendu(e)	Un peu mal à l'aise	Tendu(e)	Anxieux(se)	Tellement anxieux(se) qu'il m'arrive de transpirer ou de me sentir presque malade

- Cotation du DAS-R : (Ces informations ne figurent pas sur le formulaire destiné aux patients.)

■ a = 1 ■ b = 2 ■ c = 3 ■ d = 4 ■ e = 5

- Score total maximal = 20

- Interprétation de l'anxiété :

- 9–12 : Anxiété modérée, avec des facteurs de stress spécifiques à discuter et à gérer

- **13–14** : Anxiété élevée
- **15–20** : Anxiété sévère (ou phobie). Peut être gérable avec une évaluation ciblée des préoccupations dentaires, mais peut nécessiter l'aide d'un professionnel de santé mentale

La DAS est largement utilisée, mais a été critiquée en raison d'une amplitude de scores jugée trop étroite pour être pleinement efficace dans des études cliniques.

4.2.1.3 Echelles d'images faciales (2005) :

- Elles présentent une rangée de 5 visages allant d'un visage très heureux à un visage très malheureux.
- On demande aux enfants de montrer le visage qui correspond le mieux à ce qu'ils ressentent à ce moment-là.
- Chaque visage reçoit une valeur allant de : **1 pour le visage le plus positif à cinq pour le visage le plus négatif**.
- Les visages quatre et cinq indiquent un niveau élevé d'anxiété dentaire.

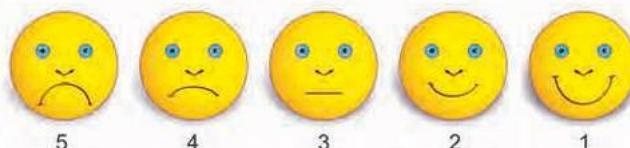


Figure : Échelle d'images faciales avec les scores correspondants

4.2.2 Les échelles objectives d'évaluation du comportement :

4.2.2.1 Venham's Clinical Ratings (Modified): 1979

- Est un outil d'évaluation du comportement de l'enfant au cabinet dentaire.
- Composé de 6 scores qui évaluent **le niveau d'anxiété et de coopération de l'enfant** :
 - **Score 0** : Enfant détendu, souriant et coopératif ; conditions de travail idéales.
 - **Score 1** : Légère inquiétude, protestations calmes possibles mais bonne coopération.
 - **Score 2** : Tension perceptible, anxiété verbale, pleurs discrets, mais traitement possible sans difficulté majeure.
 - **Score 3** : Réticence marquée, mouvements d'évitement, pleurs ou protestations perturbant la séance.
 - **Score 4** : Anxiété importante, pleurs intenses, mouvements brusques nécessitant parfois une contention ; communication encore possible.
 - **Score 5** : Panique totale, cris, agitation violente, refus de contact et de communication, contention indispensable.

Les **scores de 0 à 3** indiquent une anxiété faible à modérée, tandis que les **scores de 4 à 5** traduisent une anxiété sévère.

Cet outil s'utilise **pendant le soin (évaluation per-opératoire)** pour apprécier le comportement de l'enfant face au traitement dentaire.

4.2.2.2 Surveillance de la fréquence cardiaque (mesure physiologique)

- Est une méthode permettant d'évaluer objectivement l'anxiété dentaire.
- Une augmentation de la fréquence cardiaque indique généralement un niveau d'anxiété élevé.
- Sa mesure, effectuée à l'aide de moniteurs cardiaques ou d'oxymètres de pouls, doit être réalisée à plusieurs moments (avant, pendant et après la procédure) pour obtenir une évaluation fiable.
- L'interprétation repose sur des seuils adaptés à l'âge et des valeurs de référence précises (80 et 118 bpm)

4.2.2.3 Pression artérielle (mesure physiologique) :

- Est un indicateur physiologique fiable pour évaluer l'anxiété et le stress dentaires.
- Une élévation de la pression artérielle pendant le traitement traduit souvent un état d'anxiété accru.
- Les mesures sont réalisées avant, pendant et après la procédure pour suivre l'évolution.
- Chez les enfants de 8 à 12 ans, la pression systolique moyenne est d'environ 125 mmHg et la diastolique de 80 mmHg.
- Seule la pression systolique montre une corrélation significative avec le niveau d'anxiété.

4.2.2.4 Niveaux de cortisol salivaire (mesure physiologique):

- La mesure du cortisol salivaire est une méthode non invasive et fiable pour évaluer le stress et l'anxiété chez l'enfant.
- Le cortisol, hormone du stress sécrétée par les glandes surrénales, reflète l'activité de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HHS).
- Sa mesure, validée chez les enfants de 0 à 14 ans, permet de distinguer les enfants anxieux des non-anxieux.
- Les échantillons de salive sont collectés par méthodes stimulée ou non stimulée, puis analysés en laboratoire par ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay).

4.2.2.5 L'activité électrodermale (EDA) :

- Est un indicateur physiologique sensible de l'anxiété dentaire, mesurant l'activation des glandes sudoripares sous contrôle du système nerveux sympathique.
- Elle se mesure avant, pendant et après la procédure à l'aide d'un capteur.
- Validée chez les enfants de 5 à 13 ans, y compris ceux ayant des troubles du développement, elle permet d'évaluer objectivement les réactions émotionnelles même chez les enfants non verbaux ou cognitivement limités.

5 Les causes de refus de l'enfant à la consultation et aux soins dentaires

5.1 Les troubles anxieux

- **La peur** : En médecine dentaire, est une réaction émotionnelle normale à un ou plusieurs stimuli menaçants, notamment à la piqûre
- **L'anxiété** : c'est le sentiment d'un danger indéterminé qui peut être une anxiété de séparation (ex: de la mère, il ne se sent plus en sécurité).
- **L'angoisse** : c'est une sensation d'extrême malaise, l'individu se sent oppressé et à l'impression qu'il va mourir.
- **La phobie** : est une peur intense, durable, gênante et irrationnelle face à un objet, une personne, une situation face à laquelle l'individu développe des conduites de défense.

5.2 Sa perception du cabinet et du médecin dentiste

- La perception de l'enfant du cabinet dentaire peut varier en fonction de son âge, de ses expériences précédentes et de son environnement.
- Voici quelques aspects qui peuvent influencer la perception de l'enfant du cabinet dentaire :

5.2.1 Un environnement hostile :

Le stress et la pression vécus par l'équipe dentaire peuvent créer une atmosphère désagréable, perceptible par l'enfant et nuisant à son confort.

5.2.2 Un lieu inconnu :

La première visite peut générer une peur de l'inconnu liée au cadre médical, au vocabulaire technique et aux instruments. Le dentiste doit adapter son langage au niveau de compréhension de l'enfant.

5.2.3 Les instruments :

Leur bruit, leur apparence et l'éventuelle douleur qu'ils évoquent suscitent souvent de l'anxiété.

5.2.4 Un monde de préjugés :

- Les histoires, les dessins animés et les expériences négatives transmises par la famille alimentent l'image effrayante du dentiste. Il est donc préférable d'éviter les actes invasifs lors de la première consultation pour ne pas créer de traumatisme.

5.2.5 La famille et l'environnement :

L'anxiété parentale, la surprotection ou la passivité peuvent accentuer la peur, tandis qu'une attitude calme et rassurante favorise la confiance et la coopération.

6 Approche psychologique de l'enfant en odontologie pédiatrique

Un enfant anxieux peut tout à fait être soigné au fauteuil si la prise en charge est adaptée. Après une évaluation précise du degré d'anxiété, le praticien doit choisir la méthode la plus appropriée en tenant compte des particularités de chaque enfant.

Bien qu'aucune approche unique ne convienne à tous, **plusieurs techniques comportementales** ont démontré leur efficacité et peuvent être combinées.

Pour les cas plus complexes, **des méthodes médicamenteuses** constituent une alternative lorsque la coopération est impossible ou que les techniques psychologiques ne suffisent pas.

6.1 Un lieu accueillant

- Certains agencements permettront de l'adapter aux jeunes patients

6.1.1 L'arrivée au cabinet :

Pour instaurer un climat rassurant, il est conseillé de rendre l'environnement plus accueillant :

- Utiliser des **éléments visuels attrayants** à l'entrée (stickers, décorations).
- Dans le hall, Placer un **aquarium** pour détourner l'attention et apaiser l'enfant.
- Choisir des **couleurs vives et chaleureuses** dans le hall d'accueil afin de créer une atmosphère conviviale et réconfortante.

6.1.2 La salle d'attente

- La salle d'attente joue un rôle essentiel dans la perception de l'enfant, car c'est le lieu où il passe le plus de temps avant le soin.
- Pour cela, il est conseillé de :
 - **Intégrer des jeux** liés au monde dentaire pour l'aider à se familiariser avec le matériel.
 - **Mettre une table avec crayons et coloriages**, favorisant l'autonomie et le contact avec l'assistante.
 - **Installer une télévision** diffusant des dessins animés pour capter son attention.
 - **Proposer des livres** sur le thème des dents ou du dentiste pour normaliser la consultation

6.1.3 La salle de soins

- L'aménagement de la salle de soins peut contribuer à réduire l'anxiété de l'enfant :
 - **Décor apaisant** : ex un plafond illustré de nuages capte l'attention et distrait l'enfant durant les soins.
 - **Musicothérapie** : la music aide à masquer le bruit des instruments et diminue le stress.
 - **Odeurs agréables** : une bonne **aération** et l'usage de **diffuseurs de parfum** permettent d'atténuer les odeurs médicales souvent sources d'angoisse.

6.1.4 La conception du cabinet dentaire

- Le cabinet devra disposer d'un espace vert sécurisé, où on peut disposer des jouets ce qui instaurera un climat de détente et de calme.

6.2 Relation de soins

6.2.1 Une relation triangulaire

Au cabinet dentaire, la **relation de soins avec un enfant** est de nature **triadique**, impliquant le **praticien, l'enfant et les parents**.

Le praticien va être alors à l'écoute de ce que disent les parents et l'enfant en privilégiant la relation directe avec l'enfant.

6.2.1.1 La relation centrée sur l'enfant :

La relation de soins se doit d'être centrée sur l'enfant afin de répondre à ses besoins et à ses attentes. Il faut être attentif à la façon de s'installer dans le fauteuil, aux mouvements de ses mains et de ses pieds, aux mots qu'il utilise et au ton avec lequel ils sont prononcés.

6.2.1.2 Le parent (la mère)

6.2.1.2.1 Les différents types de mères et sa présence ou non au cours des soins

- **Mère surprotectrice** : anxiouse, demandeuse d'explications et rassurance ; elle transmet son stress à l'enfant et ne doit pas assister aux soins.
- **Mère permissive** : complaisante et peu ferme, elle délègue l'autorité au praticien, qui doit alors se montrer directif avec l'enfant et avec elle ; sa présence durant les soins est déconseillée.
- **Mère autoritaire** : focalisée sur l'efficacité des soins, sans égard pour l'angoisse de l'enfant ; le praticien doit lui expliquer l'importance de la prise en charge comportementale et du respect du rythme de l'enfant.
- **Mère bienveillante** : calme et coopérative, elle soutient positivement l'enfant et peut être présente lors du traitement.

6.2.1.2.2 Son rôle hors des soins

6.2.1.2.2.1 Avant la consultation

- Il faut que le parent annonce la visite comme un fait normal. Il ne faut en aucun cas le menacer
- Il ne doit pas tenter d'acheter sa coopération. Au contraire, il doit être honnête et employer des mots justes afin de lui faire comprendre que les sensations ou la gêne ressenties sont normales.
- Il ne doit pas hésiter à repousser le rendez-vous lorsque son enfant est malade.

6.2.1.2.2.2 Après la consultation :

- Le parent joue un rôle essentiel dans le renforcement du comportement de l'enfant :
 - Si la séance s'est bien déroulée, il doit féliciter et encourager l'enfant, voire le récompenser modérément.
 - Si la séance a été difficile, il ne faut ni punir ni humilier, mais rassurer l'enfant, analyser les causes de son refus et collaborer avec le praticien pour améliorer la prochaine séance.

6.2.1.3 L'équipe médicale

6.2.1.3.1 Le praticien

6.2.1.3.1.1 Sa relation avec l'enfant

- Pour réduire la peur de l'enfant, le praticien doit adopter une approche spécifique.
- **Réduire l'apprehension** : le praticien doit lui donner des instructions claires et adaptées à son niveau de compréhension. Cela permettra de diminuer nettement son appréhension.
- **Être rassurant** : le praticien doit être calme, ne pas se mettre en colère ou devenir agressif.
- **Faire preuve d'honnêteté** : être honnête avec l'enfant, sans lui faire de fausses promesses.
- **Apporter de l'attention** : le praticien doit apporter de l'attention à l'enfant, mais sans exagérer.
- **Conserver son calme** : quel que soit le tempérament de l'enfant ou des parents.
- **Compétence professionnelle** : le savoir technique et scientifique est essentiel pour établir une relation de confiance avec l'enfant ou ses parents.

6.2.1.3.1.2 Sa relation avec le parent

- **Établir une relation de confiance** : par le savoir technique et scientifique.
- **Communication claire** : leur expliquant les étapes du traitement et les résultats attendus.
- **Comprendre les préoccupations** : et les rassurer en leur fournissant des informations précises et fiables.
- **Collaboration** : avec les parents pour établir un plan de traitement adapté aux besoins de l'enfant.
- **Respect et empathie** : en prenant en compte leurs émotions et leurs préoccupations.

6.2.1.4 L'assistante dentaire

- **Accueil et préparation** : un accueil chaleureux qui facilitera le bon déroulement de la consultation
- **Support émotionnel** : en les rassurant et en les aidant à se sentir à l'aise.
- **Aide le praticien**.
- **Communication** : en leur expliquant les résultats de la consultation et les étapes à suivre pour les soins dentaires.
- **Gestion du cabinet** : l'assistante dentaire gère le cabinet dentaire, en assurant que tout soit prêt pour la consultation et en gérant les dossiers des patients.

6.3 Les consultations

6.3.1 Organisation des rendez-vous

- Programmer les rendez-vous le matin pour les jeunes enfants car c'est à ce moment-là de la journée qu'ils sont les plus calmes et le personnel médical plus disponible .De plus il nécessaire de veiller à ce qu'ils aient le moins d'attente possible
- Lorsque plusieurs enfants ont rendez-vous dans la même journée, il est préférable de les programmer à la suite ; ce qui leur permet de jouer ensemble, et ainsi de diminuer leur anxiété
- Si le patient est atteint de polycaries, travailler le plus possible par hémi-arcade.
- Le nombre de rendez-vous doit donc être donné après l'établissement du plan de traitement, à la fin de la première consultation.

6.3.2 La première visite : un moment privilégié pour instaurer la confiance

- La première consultation est une étape déterminante qui permet d'instaurer une **relation de confiance** entre l'enfant, les parents et le praticien. Elle doit idéalement être programmée **dès l'âge de 12 mois** pour initier un suivi préventif et informer les parents sur les bases de l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire.
- **Le premier contact** doit être chaleureux, sans précipitation, afin de créer une impression positive durable.
- La séance comprend :
 - **Un examen clinique et radiologique** pour établir un diagnostic et un plan de traitement.
 - **Une approche adaptée à l'âge** :
 - *2 à 4 ans* : approche douce pour instaurer la confiance.
 - *Avant 6 ans* : participation active et valorisation par le jeu et le comptage des dents.
 - *Vers 8 ans* : responsabilisation et valorisation de la coopération.
 - **Une familiarisation progressive** avec les instruments, sons et sensations (polissage, aspiration).

La consultation se conclut par une **explication du plan de traitement** avec des mots simples et adaptés à l'enfant et aux parents ainsi que des encouragements et remerciements à l'enfant.

6.4 Installation du patient sur le fauteuil

- L'installation de l'enfant sur le fauteuil dentaire joue un rôle essentiel pour garantir son confort, sa sécurité et sa coopération durant les soins.
- L'installation varie selon l'âge :

6.4.1 Chez les enfants de 0 à 2 ans (voire jusqu'à 4 ans):

Il est recommandé d'utiliser un siège adapté. Le parent participe activement à l'examen clinique selon la méthode dite « sur oreiller » : le parent et le praticien sont assis face à face, genoux contre genoux, et la tête de l'enfant repose sur un oreiller placé sur les genoux du dentiste.

6.4.2 Enfants plus de 5 ans

- Il est possible d'utiliser un fauteuil standard pour les enfants de 5 ans et plus, qui leur permet de s'asseoir confortablement et en sécurité.
- La stabilisation de la tête et du corps de l'enfant est essentielle pour assurer la sécurité et la réussite de l'examen et du traitement dentaires.
 - **Remonter l'enfant dans le fauteuil** de manière à ce que sa tête repose sur l'appuie-tête.
 - **Immobiliser la tête** de l'enfant en la plaçant entre son avant-bras et la partie latérale de sa poitrine, puis en exerçant une légère pression et en retenant le maxillaire inférieur avec sa main.
 - **Stabilisation de la tête pendant l'anesthésie locale.**
 - **Stabilisation des jambes** : demander au parent de s'asseoir de côté sur le fauteuil dentaire et de placer les jambes de l'enfant sur ses genoux.
 - **Stabilisation des mains** : demander à l'assistante ou au parent de les tenir, au besoin.

6.5 Approche psychologique basées sur la communication

- La prise en charge d'un enfant nécessite une gestion attentive de son comportement cela implique l'utilisation de techniques de communication et de contrôle du comportement spécifiques pour favoriser une expérience positive et réduire l'anxiété.

6.5.1 L'approche verbale

- Est une technique de communication qui consiste à utiliser des mots et des phrases pour expliquer la procédure dentaire à l'enfant afin qu'il puisse comprendre ce qui se passe et réduire l'anxiété.

6.5.1.1 Le choix des mots

- Les mots et les phrases utilisés doivent être choisis avec soin pour éviter de susciter la peur ou l'anxiété chez l'enfant, adaptés au niveau de compréhension de l'enfant, éviter les termes médicaux complexes ou effrayants

6.5.1.2 La formulation

- Les phrases doivent être courtes et repandre à ses attentes sans lui fournir trop d'information car il risquerait de s'y perdre ; ne plus comprendre et donc finir par s'inquiéter.
- Au lieu de dire "Je vais examiner tes dents pour voir si tu as des caries", dire "Je vais regarder tes dents pour voir si elles sont saines.
- Le fait d'utiliser le *nous* va lui rapprocher et renforcer la notion du travail d'équipe permettant bien d'impliquer davantage l'enfant dans la thérapeutique

6.5.1.3 Tonalité-intensité-volume

- **La tonalité** : Une tonalité calme, douce et rassurante peut aider à réduire l'anxiété et la peur chez l'enfant.
- **L'intensité** : Une intensité trop élevée peut être perçue comme agressive ou menaçante, tandis qu'une intensité trop faible peut être difficile à entendre.
- **Le volume** : Un volume trop élevé peut être effrayant pour l'enfant, tandis qu'un volume trop faible peut être difficile à entendre.

6.5.2 L'approche non verbale

- Les gestes, les postures, les expressions faciales et les contacts physiques peuvent transmettre des messages importants à l'enfant et influencer sa perception de la situation.

6.5.2.1 A travers des signes physiques

- **Le toucher** : prendre la main de l'enfant, renforce le message verbal et permet de manifester de l'attention.
- **Le regard** : Le regarder signifie qu'on lui porte toute son attention.
- **La posture du patient** : va nous renseigner sur le niveau d'anxiété. On peut supposer que si ses mains sont crispées et que ses jambes se croisent, il est dans un état d'anxiété. A l'inverse, s'il est détendu, il aura plutôt les jambes écartées et les bras ouverts.
- **L'espace** : Au début de l'entretien, une distance est dite personnelle, c'est-à-dire qu'elle doit être suffisante mais pas intime. Elle se situe entre 50 et 120 cm et permet le dialogue. Elle évolue au cours de la séance pour diminuer et prendre une tonalité plus privée.

6.5.2.2 Le silence

- Utilisé pour créer un sentiment de calme et de sécurité chez l'enfant ce qui peut être bénéfique pour la communication et la prise en charge.

6.5.2.3 L'écoute active

- Elle consiste à prêter une attention totale à l'enfant, à comprendre ses besoins et ses inquiétudes, tout en maintenant un contact visuel et une attitude bienveillante.
- Cette approche permet d'instaurer une relation de confiance, de mieux adapter la prise en charge et ainsi de diminuer l'anxiété et la peur chez l'enfant.



Figure : Schématisation de tous les éléments de la communication non verbale

Source : Klingberg, G., & Broberg, A. G. (2007). "Anxiété dentaire et problèmes de gestion du comportement en odontologie pédiatrique." Revue Internationale d'Odontologie Pédiatrique, 17(5), 291-299.

6.5.3 Les techniques d'exposition :

6.5.3.1 Exposition-exposition prolongée

- La technique d'exposition est une méthode utilisée en dentisterie pédiatrique pour réduire l'anxiété et la peur chez l'enfant. Elle consiste à exposer l'enfant à des stimuli dentaires de manière graduelle et contrôlée, afin de l'aider à s'habituer et à se sentir plus à l'aise.
- Les étapes de la technique d'exposition
 - **Étape 1 : l'explication** : expliquer à l'enfant ce qui va se passer et ce qu'il peut attendre de la procédure.
 - **Étape 2 : la visualisation** : montrer à l'enfant les instruments et les équipements dentaires pour lui permettre de se familiariser avec eux.
 - **Étape 3 : l'exposition graduée** : exposer l'enfant à des stimuli dentaires de manière graduelle, en commençant par des stimuli légers tels que le son d'un instrument dentaire, avant de passer à des stimuli plus intenses.
 - **Étape 4 : la répétition** : répéter l'exposition à plusieurs reprises pour aider l'enfant à s'habituer et à se sentir plus à l'aise.

6.5.3.2 Méthode Tell-Show-Do

- Est une approche pédagogique qui vise à faciliter la compréhension et la coopération de l'enfant en dentisterie pédiatrique.
 - **Tell (expliquer)** : Expliquer à l'enfant ce qui va se passer et ce qu'il peut attendre de la procédure. Cela permet à l'enfant de comprendre ce qui se passe et de se sentir plus à l'aise
 - **Show (démontrer)** : Démontrer les différentes étapes de la procédure dentaire en utilisant des modèles ou des simulations. Cela permet à l'enfant de visualiser ce qui va se passer et de se sentir plus à l'aise.
 - **Do (mettre en pratique)** : Mettre en pratique les différentes étapes de la procédure dentaire en présence de l'enfant. Cela permet à l'enfant de s'habituer à la procédure et de se sentir plus à l'aise.
- Efficace chez les enfants qui présentent une anxiété légère à modérée.
- Elle peut être combinée à d'autres méthodes (la technique de préexposition semble potentialiser son efficacité)
- Déconseillée avec les enfants très anxieux.

6.5.4 Les techniques de modifications comportementales

- Ce sont des outils utilisés en dentisterie pédiatrique pour aider les enfants à gérer leur anxiété et leur peur.
- Ces techniques visent à modifier les comportements et les réactions de l'enfant face à la procédure dentaire.

6.5.4.1 Le renforcement positif

- Cette technique consiste à récompenser l'enfant pour son bon comportement pendant la procédure dentaire, ce qui renforce les comportements souhaités et encourage l'enfant à les répéter.
- Permet promouvoir la coopération et la confiance, réduire l'anxiété et la peur et améliore la relation patient-dentiste en créant une atmosphère positive et de confiance.

6.5.4.2 Le façonnement

- Est une technique utilisée en dentisterie pédiatrique pour encourager les comportements souhaités chez l'enfant.
- Cette technique consiste à encourager l'enfant à adopter des comportements souhaités en les renforçant progressivement, en commençant par de petits pas.

6.5.4.3 Le modelage

- Cette technique consiste à montrer à l'enfant comment se comporter de manière appropriée en présence d'un modèle, qui peut être un parent, un frère ou une sœur, ou même un personnage de fiction.
- Les principes du modelage sont
 - **L'observation** : L'enfant observe le modèle se comporter de manière appropriée.
 - **L'imitation** : l'enfant est incité à imiter le comportement du modèle.
 - **La récompense** : le comportement de l'enfant est récompensé pour encourager la continuation du comportement souhaité.

6.5.4.4 La distraction

- Cette technique consiste à détourner l'attention de l'enfant de la procédure dentaire en utilisant des stimuli visuels, auditifs ou tactiles.
 - L'attention de l'enfant est déviée de la procédure dentaire vers un stimulus plus agréable ; réduisant ainsi l'anxiété et la peur chez l'enfant en créant une atmosphère plus détendue.

6.5.4.5 L'hypnose

- L'hypnose consiste à induire un état de conscience modifié chez l'enfant, caractérisé par une relaxation profonde et une concentration accrue. Cette technique permet de traiter efficacement tous les troubles d'ordre psychosomatique, dont : la peur du dentiste.
- L'efficacité de la technique repose sur ces quatre procédés
 - **La relaxation**, qui améliore la communication et élève le seuil de la douleur ;
 - **La dissociation**, qui remplace les expériences négatives par des images agréables ;
 - **La suggestion positive**, qui réduit peur, anxiété et réactions physiques gênantes ;
 - **La distraction**, qui soutient la relaxation et la dissociation.

6.6 Les techniques alternatives médicales

- Lorsque les techniques psycho-comportementales sont dépassées et la coopération de l'enfant insuffisante pour réaliser des soins de qualité en toute sécurité, les sédatrices pharmacologiques permettent de diminuer l'anxiété et sont abordées selon un gradient thérapeutique :



- Chaque enfant opposant est un cas particulier et une analyse individuelle de la situation doit être réalisée afin d'évaluer le rapport bénéfice/risque pour l'enfant et le caractère urgent de la situation.

Âge de l'enfant	Plus l'enfant est jeune, plus il est difficile pour lui d'accepter les soins dentaires au fauteuil.
État général / handicap	<ul style="list-style-type: none">• Risque infectieux et/ou hémorragique• Mise en état buccodentaire urgente (carcinologie, cardiologie, greffe d'organe, etc.)• Autistes• Insuffisant moteur cérébral
Coopération	Hétéroévaluation de la coopération
État bucco-dentaire	Bilan clinique et radiographique : plan de traitement complet
Responsabilité et adhésion des parents	<ul style="list-style-type: none">• Adhésion aux mesures d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire• Signature du consentement éclairé• Compréhension• Niveau économique et/ou distance entre domicile et lieu des soins

Analyse individuelle des critères de choix d'une sédation face à un enfant opposant

6.6.1 Prémédication sédative

- Deux classes pharmacologiques sont prescrites couramment chez l'enfant : **les antihistaminiques** (hydroxyzine) et les **benzodiazépines** (diazépam et bromazépam).

6.6.1.1 Les antihistaminiques

6.6.1.1.1 Hydroxyzine (Atarax®)

- Disponible sous forme de **sirop pédiatrique 2 mg/ml** ou de **comprimés de 25 mg** permet d'obtenir une anxiolyse légère, à la dose de 1 à 2 mg/kg toutes les 24 heures, 2 heures avant les

soins.

- Les effets indésirables sont rares (somnolence, céphalées, fatigue, sécheresse buccale pour les principaux).
- Il doit être utilisé avec prudence chez les jeunes enfants particulièrement sensibles aux effets sur le système nerveux central.
- Le pic plasmatique est obtenu 2 heures après l'absorption orale, et sa demi-vie d'élimination est d'environ 4 heures chez l'enfant, aux cours desquelles les risques de somnolence sont présents et nécessitent une surveillance de l'enfant par ses parents

6.6.1.2 Les benzodiazépines

6.6.1.2.1 Diazépam (Valium®)

- Cette benzodiazépine en solution buvable ou en comprimé de 10 mg est un anxiolytique ayant aussi des propriétés anti-convulsivantes.
- Son effet sédatif est efficace mais il présente de nombreuses interactions médicamenteuses et des effets paradoxaux fréquents (anxiété, agressivité, confusions).
- Sa demi-vie entre 30 et 150 heures (peu indiqué en odontologie pédiatrique).
- Les effets indésirables les plus fréquents sont la somnolence, la fatigue et la faiblesse musculaire.

6.6.1.2.2 Bromazépam (Lexomil®)

- Cette benzodiazépine en comprimé de 6, permet de soulager à court terme les symptômes d'une anxiété excessive s'accompagnant de troubles gênants comme les crises d'angoisse.
- Le bromazépam est hypnotique, anxiolytique, sédatif, myorelaxant et amnésiant.
- Il est utilisé seulement chez l'enfant après 6 ans en raison d'une forme galénique inadaptée (risque de fausse route). Mais son utilisation, aussi brève que possible, à dose réduite (un quart de comprimé 1 heure avant les soins dentaires) bien qu'efficace.
- Les effets cliniques recherchés lors de ces prémédications sédatives, principalement l'anxiolyse, sont inconstants et parfois paradoxaux, entraînant agitation, agressivité ou confusion des enfants.

Il est important de préciser oralement aux parents et de noter sur l'ordonnance le risque de somnolence et les troubles de la vigilance qui risquent de se prolonger après la séance de soins contre-indiquant toute activité du type vélo, trottinette, roller après le retour au domicile.

6.6.2 Sédation consciente

- Le MEOPA, mélange gazeux équimolaire 50 % d'oxygène/50 % de protoxyde d'azote, permet une sédation consciente légère par inhalation en préservant l'état d'éveil du patient.
- Ce médicament permet d'améliorer la coopération des enfants anxieux, grâce à des effets cliniques spécifiques associant **anxiolyse, euphorie** (gaz hilarant), **antalgie** et **amnésie**.
- Les masques naso-buccaux sont utiles car l'enfant respire à la fois par le nez et la bouche lors de l'induction. L'emploi de ces masques amène à alterner les phases d'inhalation avec les phases de soins pendant lesquels le masque est déplacé sur le nez.
- A contrario, il existe également des masques nasaux utilisés si l'enfant est capable de respirer strictement par le nez. Après l'induction, en général 3 minutes mais parfois moins et parfois jusqu'à 10 minutes, l'enfant est calme et détendu, respire normalement, son regard est détaché, répond aux stimulations verbales et conserve ses réflexes de protection (déglutition et respiration normales et spontanées), le pouls reste normal.
- L'effet antalgique du MEOPA augmente le seuil de perception de la douleur, mais l'anesthésie locale reste indispensable car il n'a pas d'effet anesthésiant.
- La rapidité d'action et la réversibilité (en moins de 5 minutes les effets disparaissent) le rendent particulièrement utile pour les soins dentaires chez les enfants. Pour les enfants de moins de 4 ans, le taux de succès est plus faible.
- Les effets indésirables (moins de 10 % des cas), paresthésies, approfondissement de la sédation et perte de contact verbal, modification des perceptions sensorielles, sensations vertigineuses, nausées, vomissements, agitation, euphorie et angoisse disparaissent généralement dans les minutes qui suivent l'arrêt de l'inhalation.
- **Les indications :** les patients anxieux phobiques, les enfants et les patients handicapés et réservées aux

patients ASA I ou II en pratique libérale.

- **Les contre-indications absolues** sont liées à sa grande capacité de diffusion dans les cavités creuses et closes entraînant des surpressions,

6.6.3 Sédation profonde

- La sédation profonde correspond à l'administration du **Midazolam**.
- Il constitue un sédatif plus puissant que le MEOPA et son utilisation est réservée aux milieux hospitaliers en présence d'un anesthésiste réanimateur.
- La sédation consciente permet la réalisation des soins chez les personnes non coopérantes et anxieuses à l'état vigile.
- Une surveillance per- et post-opératoire est indispensable. Les voies rectales et orales sont préférées chez le jeune enfant alors qu'on utilisera les voies nasales et intraveineuses lorsque l'enfant est plus âgé.
- Une anamnèse médicale complète est indispensable avant la réalisation de l'acte.

Tableau : Indication, contre-indication et effets indésirables du midazolam

Source : Nonnott, A.-C. (2022, 13 avril). Techniques de prise en charge d'un enfant non coopérant.

Indications	Contre-indications	Effets indésirables
Prémédication avant une intervention chirurgicale	Enfant < 6 mois	Neurologiques : confusion, hallucination, excitation, agressivité, étourdissements
Enfant très jeune et/ou opposant	Hypersensibilité	
Retard psychomoteur	Insuffisance respiratoire	Cardiovasculaire : bradycardie, trouble du rythme, hypotension
Échec prémédication et/ou MEOPA	Syndrome d'apnée du sommeil	Dépression respiratoire, spasme laryngé, essoufflement, hoquet
Contre-indication au MEOPA ou anesthésie générale	Insuffisance hépatique ou rénale	Autres : céphalées, ataxie, vertiges
Soins de courte durée de 30 minutes maximum (sauf par titration intraveineuse)	Myasthénie, myopathies Patients ASA II ou plus Nombreuses interactions médicamenteuses (macrolides, antifongiques, sédatifs, antiépileptiques, inhibiteurs calciques, jus de pamplemousse)	nausées constipation, éruptions cutanées, troubles de la vision

6.6.4 Anesthésie générale

- Ce type de sédation est réalisé exclusivement en milieu hospitalier et pratiqués par des anesthésistes réanimateurs pédiatriques.
- Certaines contraintes sont à respecter :
 - **Une consultation préanesthésique** réalisée par un anesthésiste réanimateur à moins de 2 mois de la date d'intervention et au minimum 48 heures avant celle-ci
 - **La constitution du dossier anesthésique,**
 - **Un jeûne préopératoire**
 - **Le réveil en SSPI** (Salle de Surveillance Post-Interventionnelle).
 - L'anesthésiste et l'odontologue conjointement ont l'obligation morale déontologique et légale d'informer les parents avant leur signature du consentement éclairé.

Dossier odontologique	Dossier anesthésique
<ul style="list-style-type: none"> - Consentement éclairé signé des deux parents ou du représentant légal - Autorisation de pratiquer tous les soins nécessaires et de réévaluer le plan de traitement en cours d'intervention - Rappel des conseils d'hygiène locale et alimentaire seuls garants du succès des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Autorisation d'opérer signée des deux parents ou du représentant légal - Questionnaire préanesthésique : antécédents médicaux et chirurgicaux, traitements médicamenteux - Fiche de liaison avec l'odontologue permettant de poser l'indication de l'intervention

Tableau : Principaux éléments constituant les dossiers odontologique et anesthésique avant une sédation profonde ou une anesthésie générale

Source : Nonnott, A.-C. (2022, 13 avril). Techniques de prise en charge d'un enfant non coopérant

- En sédation profonde, le patient est endormi et ne réagit qu'à la douleur intense. Sa respiration peut être insuffisante, bien que la fonction cardiovasculaire reste généralement stable. Ce type de sédation nécessite une surveillance continue (saturation, ECG, tension artérielle) assurée par un anesthésiste.
- L'anesthésie locale doit impérativement être réalisée car le niveau d'analgésie est insuffisant.

- Les différentes molécules sont administrées par voie orale ou intraveineuse par l'anesthésiste (**kétamine, propofol**).
- Le réveil de l'enfant se fait en salle de surveillance post-interventionnelle afin de contrôler **l'oxygénation, la ventilation** (risque de dépression respiratoire), **la fréquence cardiaque, la pression artérielle et l'état de conscience**.
- L'anesthésie générale est utilisée en dernier recours lorsque les soins dentaires ne peuvent être réalisés à l'état vigile, ou d'emblée chez les enfants présentant de nombreuses caries ou un handicap. Elle permet une restauration complète de la santé buccale et une amélioration de la qualité de vie.

6.7 Spécificités de la prise en charge d'un patient non-coopérant

- Les situations cliniques auxquelles les praticiens sont confrontés sont multiples, liées **au comportement, induit par le jeune âge** des enfants, **la peur, l'anxiété et/ou la phobie** des soins dentaires, ou en rapport avec **la situation clinique spécifique**, les caries de la petite enfance, certains handicaps comme la trisomie 21, les troubles déficitaires de l'attention et hyperactivité (TDAH), les troubles envahissants du développement (TED), les enfants insuffisants moteurs et cérébraux, ou porteurs de maladies rares et génétiques.
- Face à un enfant non coopérant, le pédodontiste doit évaluer l'anxiété, maîtriser l'analgésie et instaurer une relation de confiance. Les techniques psycho-comportementales et l'hypnose sont privilégiées en première intention. Si elles échouent, des sédations pharmacologiques peuvent être envisagées selon le rapport bénéfice/risque : prémédication, sédation consciente, sédation hospitalière ou anesthésie générale. Chaque méthode exige des connaissances et compétences solides pour garantir des soins sûrs et efficaces.

6.7.1 Points essentiels de la prise en charge d'un patient non coopérant

- La maîtrise des techniques d'analgésie est essentielle car la douleur augmente l'anxiété et diminue la tolérance.
- Une relation de confiance praticien-enfant-parents est fondamentale.
- La première consultation sert à connaître l'enfant, évaluer sa coopération et le familiariser avec le cabinet.
- Le choix de la prise en charge dépend de l'âge, de l'état général, du nombre de caries et du comportement initial.
- Les techniques non pharmacologiques (communication, tell-show-do, modelage, renforcement positif, hypnose) sont utilisées en première intention.
- La communication verbale, non verbale et positive aide à instaurer la confiance et à détourner l'attention de l'enfant.
- L'hypnose facilite la relaxation et la gestion des soins.
- Si les techniques psycho-comportementales échouent, des sédations pharmacologiques peuvent être utilisées : prémédication orale, MEOPA, midazolam.
 - o Le MEOPA permet une sédation consciente légère.
 - o Le midazolam permet une sédation consciente modérée en conservant la communication.
 - o La sédation profonde et l'anesthésie générale sont réservées au milieu hospitalier et nécessitent un dossier anesthésique et le consentement des deux parents.
- Le traitement restaurateur atraumatique (ART) est une approche préventive et peu invasive visant à stopper la carie

7 Approches pluridisciplinaires des pathologies du développement psychologique de l'enfant

7.1.1 Pathologies du développement de l'enfant

7.1.1.1 Pathologies du développement de l'affectivité

- Ce sont des troubles qui affectent la formation et la régulation des émotions chez l'enfant :

7.1.1.1.1 Les névroses

- Ce sont des troubles psychologiques qui affectent la façon dont l'enfant pense, se sent et se comporte.
- Peuvent être causées par des facteurs tels que l'anxiété, la peur, la dépression, les troubles du sommeil, les troubles alimentaires, les troubles de la communication et les troubles du comportement.

7.1.1.1.1 Les névroses hystériques

- Ce sont des troubles psychologiques qui se caractérisent par des symptômes physiques tels que des douleurs, des faiblesses et des paralysies qui ne peuvent pas être expliqués par une cause médicale.

7.1.1.1.2 Les névroses phobiques

- Ce sont des troubles psychologiques qui se caractérisent par des peurs irrationnelles et excessives envers des objets, des situations ou des événements spécifiques.
- Ces peurs peuvent entraîner des réactions de fuite, d'évitement ou d'attaque, et peuvent interférer avec la vie quotidienne de l'enfant.
- Exemples : la phobie sociale, la phobie spécifique envers un objet

7.1.1.1.3 Les névroses obsessionnelles

- Ce sont des troubles psychologiques qui se caractérisent par des pensées, des images ou des impulsions répétées et intrusives qui causent de l'anxiété ou de la détresse.
- Exemples : l'obsession de la propreté, l'obsession de la sécurité

7.1.1.2 Les psychoses

- Ce sont des troubles psychologiques graves qui se caractérisent par une perte de contact avec la réalité, des hallucinations, des délires, et des troubles du comportement et de la pensée.
- Exemple : La schizophréni .

7.1.1.2 Pathologies du développement intellectuel de l'enfant

- Ce sont des troubles qui affectent la croissance et le développement cognitif de l'enfant. Ces troubles peuvent entraîner des difficultés à apprendre, à communiquer et à interagir avec les autres
 - Exemple : le retard mental, Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), le trouble de l'apprentissage : trouble caractérisé par des difficultés à apprendre et à comprendre les informations, malgré une intelligence normale, le syndrome de Down.

8 Conclusion :

L'approche comportementale permet de soigner la plupart des enfants, même ceux considérés comme « difficiles », grâce à une relation de confiance et du temps. Lorsque cette méthode est insuffisante, une prise en charge pharmacologique peut être envisagée. Quelle que soit la méthode, le praticien doit faire preuve d'empathie, d'écoute et de communication pour impliquer l'enfant et ses parents. Cette approche humaniste favorise une relation de qualité et rend les soins dentaires plus acceptables, assurant ainsi un meilleur avenir bucco-dentaire.