

Approche psychologique de l'enfant au cabinet dentaire

Introduction

La consultation et les soins en odontologie pédiatrique peuvent poser des problèmes particuliers dans la mesure où l'enfant, qu'il exprime ou non de la douleur physique, est, dans la plupart des cas, accompagné dans sa démarche par un ou ces parents, à la fois porteurs de sa demande et de ces leurs.

La démarche vers le médecin-dentiste, voire la conduite du traitement peuvent rencontrer des aléas mettant en cause l'efficacité même des soins. L'enfant anxieux, angoissé ou phobique, l'enfant dépressif ou inhibé, l'enfant agressif ou réactif peut présenter des comportements complexes à déchiffrer, difficiles à gérer.

On s'oriente généralement vers des approches plus empathiques associant l'écoute et la participation de l'enfant aux soins.

Au redoutable « c'est pour ton bien ! », on préfère une communication centrée sur des relations du type « demande-promesse » ou « contrat-engagement » qui présentent l'intérêt d'associer le jeune patient à son propre traitement et lui confèrent un statut et une responsabilité.

La capacité du praticien à reconnaître le jeune patient dans sa dimension de sujet contribue à la qualité de la prise en charge en y associant une dimension éthique.

RAPPORTS : Praticien, enfant et parents

Il est difficile de traiter de façon univoque la question des rapports de l'enfant aux soins dentaires. Tout d'abord, de quel enfant parlons-nous ? De l'enfant obéissant(docile), soumis au désir parental et à sa souffrance ; de l'enfant confiant en l'adulte ou au contraire rebelle ou encore angoissé ; du jeune enfant ; du préadolescent ?

Dans la plupart de ces cas de figure, trois partenaires sont à considérer : le praticien, l'enfant et ses parents.

Praticien

Du praticien, on attend son authenticité. Quelle que soit sa personnalité, et chacun sait à quel point elle peut être différente d'un praticien à l'autre, il devra se mettre à l'écoute de son jeune patient, déceler, voire les problématiques qui sont susceptibles de se cristalliser autour de la demande de soins. Un certain nombre de techniques peuvent venir appuyer la participation de l'enfant à ses propres soins. Des techniques comportementales basées sur les théories de l'apprentissage existent. Ici, le médecin-dentiste décide des limites du comportement de l'enfant admises pendant les soins. Ces techniques sont supposées modifier le comportement difficile,

non coopérant de l'enfant et l'amener, ainsi, à une attitude rendant possibles les traitements dentaires.

Une autre catégorie de techniques, des stratégies non invasives, font clairement appel à la communication : la désensibilisation et le renforcement.

Là, l'enfant commence à être reconnu.

Les deux méthodes de base de la désensibilisation sont l'expérience de la pré-exposition, où l'enfant se familiarise avec l'inconnu (découverte du médecin-dentiste, inspection du cabinet dentaire et du matériel)

Ces approches aident l'enfant à vaincre ou à réduire ses peurs du médecin-dentiste, celles des soins, celles d'avoir mal et/ou celles de l'inconnu.

Avec le renforcement, l'enfant est soutenu, encouragé au cours du soin et récompensé pour son comportement coopérant par des louanges ou des petits cadeaux. La difficulté du soin et le temps de travail sont augmentés graduellement. Le médecin-dentiste ne doit initier que ce que le jeune patient est capable d'accepter

Désensibilisation et renforcement se rejoignent dans la communication verbale ou non verbale.

Sans authenticité, sans parler et gestes vrais, sans regard franc, sans sourire et voix encourageants, si la technique ne portera pas ses fruits

Des techniques non intrusives comme le modèle (filmé ou in vivo), la distraction (divertissement audio ou vidéo)

le contrôle du soin donné à l'enfant (échappement grâce à une communication non verbale comme le lever de la main ou temps de repos offert en récompense d'un comportement coopérant) ne nécessitent pas de formation particulière.

Ce n'est pas le cas des techniques non traditionnelles de relaxation, de musicothérapie ou d'hypnose. Elles doivent être apprises avant d'être applicables.

Ne doivent pas faire oublier que l'élément principal de la relation

Entre l'enfant et le praticien est lié au transfert qui peut s'instaurer entre eux deux et à la reconnaissance de l'enfant comme sujet et non comme objet de soins.

Écouter au-delà de la demande de soins, portée par d'autres la plupart du temps (les parents), suppose qu'on accorde à l'enfant un droit de choisir, d'être informé, voire de dire « non ». On se rend compte qu'une telle attitude peut très souvent vaincre des appréhensions apparemment insurmontables.

En s'adresse pas de la même façon à un très jeune enfant et à un préadolescent.

Enfant

Les approches comportementales et les théories du développement ne doivent pas faire oublier que dès son arrivée dans le monde, le « petit homme » est amené à se constituer comme sujet dans son rapport à l'Autre, dont la représentation primordiale consiste en un Autre maternel, il devra se séparer pour devenir sujet

Sa participation et sa responsabilité dans ce qui lui arrive sont donc à prendre en compte chaque fois que cela est possible, et ce, quel que soit son âge.

Dans tous les cas, il s'agit de sa bouche, de ses dents. Sa collaboration est requise. Un contrat de soins pourra par conséquent lui être proposé. Contrat dans lequel il sera partenaire à part entière et auquel ses parents pourront être associés. Ce contrat, qui prend en compte sa responsabilité, peut prendre la forme d'une « demande-promesse » dans laquelle il s'agit pour les parties en cause de tenir leurs engagements.

On ne s'adresse pas de la même façon à un très jeune enfant et à un préadolescent. On peut néanmoins considérer, qu'en termes appropriés, un tel contrat puisse être proposé à l'enfant dès l'âge de 3 ans et être adapté jusqu'à l'adolescence.

La situation est la suivante : l'enfant a besoin de soins dentaires. Il s'agit pour le praticien de réaliser un soin acceptable tant sur le plan odontologique (accomplir un traitement efficace) qu'humain. Le plan odontologique relève de sa maîtrise et de son savoir. Le plan humain relève de son éthique et de la place qu'il laisse à la parole dans son acte. Les promesses devront être tenues. Elles engagent le praticien qui doit pouvoir aller au bout du traitement entrepris, ainsi que l'enfant qui doit être reconnu jusque dans la responsabilité de sa parole. Un « oui » formulé les yeux dans les yeux scelle le contrat. Chaque étape doit permettre d'avancer dans le traitement et, s'il est important de dire ce qui doit être fait, il est aussi important de faire ce qui a été dit au début de la séance, le praticien rappelle le contrat mis au point à la fin du rendez-vous précédent. Après le soin, praticien et enfant font un bilan et établissent le contrat valable pour la prochaine fois. Dans certains cas, en fonction des circonstances, les parents peuvent être informés de l'évolution du contrat. Dans d'autres cas, il est préférable que l'engagement garde une certaine confidentialité entre le praticien et l'enfant. Demande et promesse concernent de façon réciproque le praticien et l'enfant.

L'anxiété maternelle face aux soins dentaires influence négativement l'enfant dans sa capacité à réagir face à l'expérience dentaire.

Des facteurs individuels comme la personnalité même de l'enfant, ses peurs générales, sa peur de la douleur, sa tolérance à la douleur ; des facteurs médicodontaires antérieurs traumatisants ; des facteurs environnementaux tels l'entourage familial ou social] et également la qualité de la relation enfant-praticien-parents, les capacités d'empathie du médecin-dentiste sont autant d'éléments qui

peuvent avoir des répercussions sur le développement de la peur-anxiété chez un enfant, sans oublier la composante de la peur sur laquelle nous reviendrons dans les aperçus psychanalytiques.

Les comportements particuliers, voire difficiles, de l'enfant ne sont donc pas uniquement liés à la peur ou à l'anxiété face aux soins dentaires, mais peuvent relever de rapports éducatifs spécifiques mettant en cause la structure même de la famille et la nature des échanges intrafamiliaux

Parents

Il n'existe pas d'enfants seuls ! Porteurs de la demande de soins, les parents sont à considérer comme des associés inévitables de la relation qui va se mettre en place. Il est important de tenter de repérer, dans la mesure du possible et ce, dès la première visite, la place que l'enfant est amené à occuper dans la constellation familiale, dans le complexe réseau des liens de parenté. Certes, nous l'avons dit, l'enfant est à considérer dans sa dimension de sujet responsable de son histoire, mais nous ne pouvons ignorer le fait qu'il soit pris dans un discours parental et une dépendance familiale, voire dans des rapports de force inconscients. Si la souffrance de l'enfant lui appartient en propre, il paraît essentiel de prendre en compte la position des parents tant vis-à-vis du soin, du praticien que de l'enfant lui-même. Méfiants, ils auront besoin d'être mis en confiance ; anxieux, ils voudront être rassurés ; impatientes, ils auront besoin d'explications ; laxistes, ils auront besoin d'un soutien ferme et bienveillant ; contrôleurs, il conviendra de les amener à prendre une certaine distance ; protecteurs, il faudra ménager la place de l'enfant lui-même ; devant leur possible agressivité, il faudra engager le dialogue. Dans tous les cas, il est bien évidemment préférable de s'assurer de l'alliance ou du consentement parental, sauf dans les cas où cette alliance s'effectuerait contre l'enfant.

Les parents doivent-ils être présents dans la salle de soins ?

La présence du parent est importante lors de la première visite pour compléter l'histoire médicale au sens large, l'histoire dentaire de l'enfant, décider de l'avenir dentaire du jeune patient. Au cours de cette rencontre, le praticien informe les parents, répond à leurs questions.

Cette même présence au cours des séances suivantes peut être discutée ; il n'y a pas de règle absolue, tout dépend du parent, de l'enfant, du praticien. C'est au nom d'une relation directe de qualité praticien-jeune patient, que la présence des parents est traditionnellement rejetée. L'anxiété des parents peut également influencer négativement le comportement de l'enfant. Les parents qui souhaitent être présents ont, en général, de jeunes enfants (3-5 ans) ou des enfants venant pour la première fois. Selon eux, leur présence est une aide à la coopération et au bien-être de leur enfant.

5

Ceci est d'autant plus vrai que l'enfant est jeune. Plus il est jeune, plus l'absence des parents, notamment de la mère, a des répercussions néfastes sur son comportement. Parfois les parents apprécient d'être présents pour calmer leur propre anxiété.

Une demande de présence des parents peut venir d'un ou de plusieurs intervenants. Le praticien, par son écoute attentive, ses explications simples, tentera de trouver la meilleure solution. Il gardera à l'esprit la nécessité d'établir avec l'enfant responsable un dialogue constructif.

La société évolue, les parents changent. Ils veulent protéger leur enfant, souhaitent contrôler ce qui lui est fait. La montée de la violence envers les enfants y est pour beaucoup, ils peuvent donc être plus inquiets. Le médecin-dentiste doit comprendre ce sentiment et parfois accepter les parents dans la salle de soins si les explications fournies ne suffisent pas à les rassurer. On peut alors s'interroger sur la qualité de la relation de confiance avec le praticien.

APERÇUS PSYCHANALYTIQUES

PEUR DU DENTISTE : MYTHE ET RÉALITÉ

Psychiatres, psychologues ou psychanalystes sont témoins de la persistance de telles angoisses chez leurs patients adultes.

De là peut se poser la question de la place de l'approche psychologique en odontologie et particulièrement l'approche psychologique de l'enfant. Au-delà de la restitution de l'organe lésé, se pose la question de la souffrance humaine à travers la douleur éprouvée. Il ne s'agit plus uniquement d'un organe qui dysfonctionne mais d'une personne qui souffre physiquement mais également dans une dimension psychique. L'angoisse face au personnage mythique, que peut être amené à incarner le médecin-dentiste, les phénomènes dépressifs parfois éprouvés par rapport à une atteinte narcissique de l'image de soi rendent souhaitable une approche psychologique dans la perspective même de la continuité des soins.

Ouvrir la bouche, en livrer l'intimité profonde et sensible à un Autre en position de maîtrise, animé d'un désir énigmatique et d'intentions secrètes, relève d'un abandon et d'une confiance absolue. L'angoisse qui peut saisir le sujet contraint à recourir aux soins dentaires paraît relever d'affects archaïques liés aux profondeurs de sa propre histoire.

ORALITÉ

Pour la psychanalyse, l'oralité représente le premier investissement libidinal. Dès l'aube de son existence, le petit d'homme, sujet à part entière, associe le besoin de s'alimenter au plaisir qu'il retire de cette situation. La bouche est alors instaurée comme zone érogène et trouvera des prolongements dans des plaisirs ultérieurs (manger, boire, etc)

La perte des dents dites de « lait » au moins dans nos sociétés occidentales va faire l'objet de ritualisations destinées à compenser la perte et à valoriser le pas franchi par l'enfant dans son évolution.

BOUCHE

Comme réceptacle et lieu vital de la sphère oro-respiratoire (respirer, incorporer) mais également comme lieu de la parole ou du cri, elle vient également s'intégrer au processus d'érotisation et participe de cette angoisse archaïque.

Zone fortement investie aux plans sensoriel et émotionnel, la bouche se présente en premier comme un lieu de sensations agréables ou désagréables,

CONCLUSION

L'expérience dentaire constitue, pour l'enfant, une épreuve plus ou moins difficile à surmonter. Pour y faire face, il adopte des comportements variables en fonction de son évolution psychique, de sa personnalité, de son environnement et de son histoire.

Parfois, ses attitudes rendent impossibles les soins dentaires, ou limitent leur qualité, donc leur pérennité. Ces comportements non coopérants peuvent avoir pour origine les peurs anxieuses, mais aussi révéler des rapports éducatifs, fruits des transformations de la société.

Une approche psychologique adaptée est alors nécessaire. Un certain nombre de techniques comportementales peuvent venir appuyer la participation de l'enfant aux soins.

Cependant, pour conserver la reconnaissance de l'enfant comme sujet et non comme objet de soins, une approche plus humaniste que technique semble préférable. Ainsi, le praticien faisant preuve d'empathie, d'authenticité, usant de ses capacités de communication et d'écoute peut proposer à l'enfant et à ses parents un contrat de soins. Celui-ci prend en compte la responsabilité du jeune patient dans laquelle chacune des parties en cause doit tenir ses engagements. Les termes du contrat s'adaptent aux étapes de l'évolution de l'enfant devenu partenaire. Les parents sont associés. Une approche empathique contribue à l'établissement d'une relation praticien-enfant-parents de qualité. Elle rend les soins dentaires plus acceptables pour l'enfant et lui assure un avenir dentaire favorable.