

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

2021

N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 24 MARS 2021

Par Pierre-Louis, BRIDOUX

Né le 25 NOVEMBRE 1994 à Dunkerque-France

Influence du style parental sur la prise en charge en odontologie pédiatrique

JURY

Président :	Professeur Caroline Delfosse
Assesseurs :	Docteur Thomas Trentesaux
	Docteur Thomas Marquillier
	Docteur Caroline Leverd
Membre(s) invité(s) :	Docteur Inès Bridoux

Président de l'Université	:	Pr. J-C. CAMART
Directeur Général des Services de l'Université	:	M-D. SAVINA
Doyen	:	E. BOCQUET
Vice-Doyen	:	A. de BROUCKER
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	M. DROPSIT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
C. DELFOSSE	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BECAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d' Orthopédie Dento-Faciale Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
X. COUTEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDEBERT	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable du Département de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Table des matières

1. Introduction	7
1 Style parental	8
1.1 Définition	8
1.2 Les différents styles parentaux.....	9
1.2.1 Style parental autoritaire.....	9
1.2.2 Style parental permissif (ou indulgent).....	9
1.2.3 Style parental démocratique (ou directif)	9
1.2.4 Style parental désengagé (ou négligent)	9
1.3 Répercussions sur l'enfant	10
1.3.1 Alimentation	10
1.3.1.1 Style parental autoritaire.....	10
1.3.1.2 Style parental permissif	10
1.3.1.3 Style parental démocratique.....	10
1.3.1.4 Style parental désengagé	11
2 Anxiété et comportement de l'enfant en odontologie pédiatrique	12
2.1 Définition de la peur, de l'anxiété et de la phobie	12
2.1.1 Peur.....	12
2.1.2 Anxiété	12
2.1.3 Phobie	13
2.2 Les échelles d'évaluation comportementale et de l'anxiété en odontologie pédiatrique.....	14
2.2.1 Hétéro-évaluation	14
2.2.1.1 Child Behavior checklist (CBL).....	14
2.2.1.2 Echelle SEM (Sound Eye Motor).....	14
2.2.1.3 Echelle de Frankl	15
2.2.1.4 Echelle de Venham	16
2.2.1.5 Echelle de Houpt.....	17
2.2.2 Auto-évaluation.....	18
2.2.2.1 Dessin.....	18
2.2.2.2 Echelle Visuelle Analogique (EVA)	18
2.2.2.3 Echelle des visages de Wong-Baker.....	19
2.2.2.4 Questionnaire.....	19
2.2.2.4.1 Echelle d'anxiété dentaire modifiée (MDAS)	19
2.2.2.4.2 Questionnaire Children's fear survey schedule dental subscale (CFSS-DS)	20
2.2.2.4.3 L'échelle d'anxiété dentaire de Corah (Corah's Dental Anxiety Scale : CDAS).....	20
2.2.3 Mesures physiologiques	21
2.3 Répercussion des styles parentaux sur l'enfant	22
2.3.1 Comportements de l'enfant au cabinet dentaire et risque carieux.....	22
2.3.1.1 Style parental autoritaire.....	22
2.3.1.2 Style parental permissif	22
2.3.1.3 Style parental démocratique.....	22
2.3.1.4 Style parental désengagé	23
2.3.2 L'anxiété dentaire.....	23

2.3.2.1	Style parental autoritaire	23
2.3.2.2	Style parental permissif	23
2.3.2.3	Style parental démocratique	24
2.3.2.4	Style parental désengagé	24
3	Les différentes techniques de gestion du comportement ou BMT	
	(Behavior Management Technics) en odontologie pédiatrique	25
3.1	Les techniques de communication	25
3.1.1	La communication non verbale	25
3.1.2	La technique « expliquer, montrer, faire »	25
3.1.3	La distraction	26
3.1.4	Le renforcement positif	26
3.2	Les techniques de contrôle du comportement	26
3.2.1	Le stop signal	27
3.2.2	La « modélisation » (modelling)	27
3.2.3	Le contrôle vocal	27
3.2.4	La technique de « la main sur la bouche »	27
3.2.5	Technique comportementale avancée : la stabilisation protectrice	28
3.3	Thérapie cognitivo-comportementale	28
3.3.1	Relaxation	28
3.3.2	Désensibilisation	29
3.3.3	Exposition prolongée	29
3.3.4	Entraînement à l'affirmation de soi	29
3.4	Sédation	29
3.4.1	Prémédication sédatrice	30
3.4.1.1	L'hydroxyzine	30
3.4.1.2	Les benzodiazépines de type diazépam (Valium)	30
3.4.2	Sédation consciente par inhalation de MEOPA (50)(51)(52)	31
3.4.3	Sédation consciente par administration de midazolam	32
3.5	Anesthésie générale	33
3.6	Présence/absence des parents lors du soin	34
4	En pratique, comment améliorer la gestion des enfants en odontologie	
	pédiatrique	36
4.1	L'importance de la première consultation	36
4.2	Relation triangulaire Enfant-Parent-Dentiste	37
4.2.1	Style parental autoritaire	39
4.2.2	Style parental permissif	40
4.2.3	Style parental démocratique	41
4.2.4	Style parental désengagé	42
4.3	Adapter la prise en charge au style parental	42
4.3.1	Techniques de communication	42
4.3.2	Techniques comportementales avancées	42
4.3.2.1	La stabilisation protectrice	42
4.3.2.2	Autres techniques comportementales	42
4.4	Attitude des parents envers les techniques de prise en charge utilisées en odontologie pédiatrique	43
5	Conclusion	45
	Références bibliographiques	46

1. Introduction

Les parents jouent un rôle de promoteurs de la santé, de modèles dans la vie des enfants et influencent leurs comportements et leurs réflexions. Leurs vécus et leurs expériences personnelles vont orienter les réactions et l'attitude de leur enfant au fauteuil.

Il est commun de penser que la dentisterie ne rime pas avec « plaisir » pour les patients et cette « peur du dentiste » peut être transmise par les adultes à leur enfant alors qu'il n'a pas encore passé la porte du cabinet.

La première consultation en odontologie pédiatrique est donc un rendez-vous extrêmement important aussi bien pour l'enfant, les parents et le dentiste. Cette triade est unique en son genre. En effet, la communication et la confiance entre ces différents acteurs sont essentielles pour garantir une prise en charge optimale. Il faut à tout moment que les axes constituant cette relation triangulaire interagissent entre eux. Le dentiste sera donc amené à analyser le comportement de l'enfant mais également des parents afin d'apporter un traitement adapté, de qualité et en toute sécurité. Pour cela, le dentiste bénéficie de nombreuses techniques de gestion du comportement facilitant son activité.

L'obtention d'un consensus sur la prise en charge des patients pédiatriques guidé par le style parental améliorerait l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste.

Dans une première partie, nous définirons le style parental et ses répercussions alimentaires sur l'enfant. Puis, dans un second temps, nous aborderons l'anxiété et le comportement de l'enfant au fauteuil en définissant ces termes, puis, expliquant les différentes techniques d'évaluation de l'anxiété. Ensuite, dans un troisième temps, nous expliquerons les différentes techniques de gestion de comportement en odontologie pédiatrique. Enfin, dans une dernière partie, nous déterminerons des moyens permettant d'améliorer la gestion des enfants en odontologie pédiatrique.

1 Style parental

1.1 Définition

Le style parental peut être défini comme le climat émotionnel dans lequel les parents élèvent leurs enfants (1).

Les styles parentaux ont été établis par Diana Baumring dans les années 1960, puis complétés par de nombreux travaux notamment ceux de Maccoby et Martin en 1983.

Deux dimensions sont mises en avant : l'écoute des parents face aux besoins de l'enfant et l'exigence qu'ils ont quant au respect des règles. Elles permettent de caractériser 4 styles parentaux :

- Style parental autoritaire
- Style parental permissif
- Style parental démocratique
- Style parental désengagé (fig1)(1).

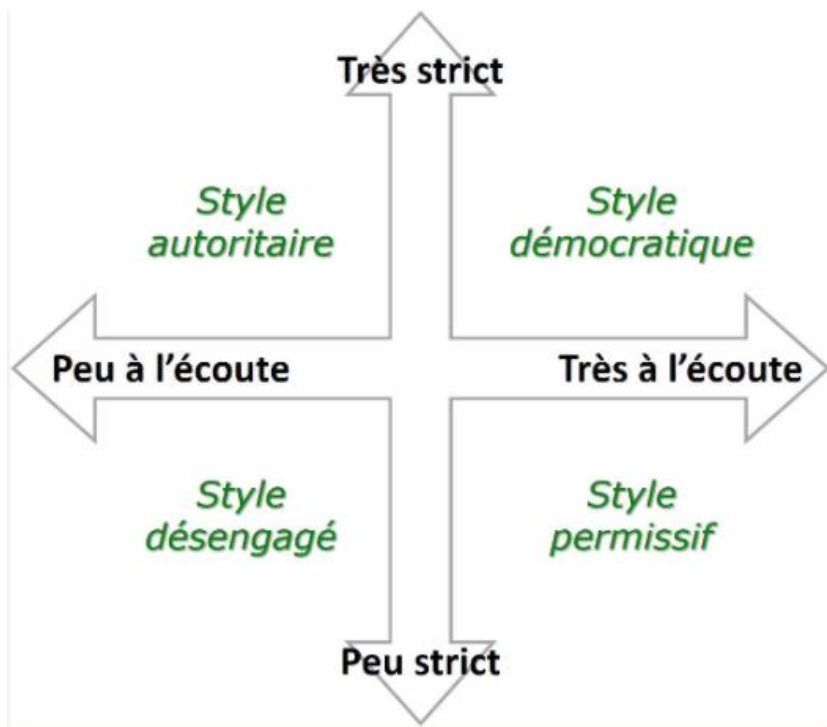


Figure 1: modèle orthogonal bidimensionnel de la socialisation parentale (2)

1.2 Les différents styles parentaux

1.2.1 Style parental autoritaire

Le parent « autoritaire » est peu à l'écoute des besoins de l'enfant mais il est très strict quant au respect des règles. Il privilégie des pratiques parentales dures comprenant l'obéissance absolue, la punition ou la menace pour contrôler l'enfant (3).

Les enfants dans les foyers autoritaires sont souvent introvertis et réservés (4)(5).

1.2.2 Style parental permissif (ou indulgent)

Le parent « permissif » est défini comme très à l'écoute des besoins de l'enfant mais très peu strict voire laxiste. Autrement dit, il est peu enclin à faire respecter les règles et gâte souvent l'enfant (3)(5). Les enfants de parents permissifs sont «copropriétaires» de la maison en ce qui concerne les règles, mais n'ont aucune responsabilité (4).

1.2.3 Style parental démocratique (ou directif)

Le parent « démocratique » est décrit comme très à l'écoute des émotions et des besoins de l'enfant mais il est très strict quant au respect des règles. Il encourage l'enfant à être responsable, à penser par lui-même et à comprendre les raisons des règles existantes (3)(5).

1.2.4 Style parental désengagé (ou négligent)

Le parent « désengagé » décrit par Lamborn n'est ni à l'écoute des besoins de l'enfant, ni strict quant au respect des règles. Il n'offre que peu de soutien émotionnel et ne fixe pas de limites (6).

A noter, le parent « désengagé » n'a pas tendance à se porter volontaire pour être étudié ; il existe donc peu de recherches sur ce style parental (5).

1.3 Répercussions sur l'enfant

Le style parental va influencer les comportements de l'enfant vis-à-vis des aliments, de l'hygiène bucco-dentaire et donc finalement le risque carieux.

1.3.1 Alimentation

1.3.1.1 Style parental autoritaire

Le parent « autoritaire » (très strict, peu à l'écoute) surveille la consommation alimentaire de l'enfant (7). Une diminution de l'obésité est ainsi observée chez leurs enfants (9).

Certaines études ont en revanche décrits une consommation importante d'aliments riches en graisses et plus faibles en légumes chez les enfants de parents autoritaires (8).

1.3.1.2 Style parental permissif

Le parent « permissif » (très à l'écoute, peu strict) ne surveille pas l'alimentation de l'enfant et donc favorise la malnutrition de celui-ci (7).

Les enfants de parents permissifs consomment peu d'aliments riches en nutriments ; mangent peu de fruits, de légumes et de produits laitiers ; grignotent beaucoup et ont un poids élevé (10)(11)(12)(13)(14).

1.3.1.3 Style parental démocratique

Le parent « démocratique » (très strict, très à l'écoute) contribue à un environnement idéal pour le développement de l'enfant : surveillance de la consommation alimentaire sans pression avec une nourriture adaptée aux besoins de l'enfant

Les enfants de parents démocratiques ont une alimentation saine, riche en fruits et légumes, pauvre en aliments à faible densité nutritionnelle et présentent un IMC sain (7)(8)(16).

1.3.1.4 Style parental désengagé

Le parent « désengagé » (peu à l'écoute, peu strict) ne surveille pas l'alimentation de l'enfant qui est inadaptée à ses besoins.

Les enfants de parents désengagés ont un IMC plus élevé avec un risque d'obésité accru par rapport aux autres enfants (10).

2 Anxiété et comportement de l'enfant en odontologie pédiatrique

2.1 Définition de la peur, de l'anxiété et de la phobie

La peur, l'anxiété et la phobie sont des termes souvent confondus alors que chacun correspond à une entité bien spécifique.

2.1.1 Peur

La **peur** est définie selon le dictionnaire Larousse comme « un sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, d'une menace » (17).

C'est une réponse affective normale à la sensation d'une menace ou d'un danger perçu. Cela conduit à une situation de combat ou de fuite.

La peur déclenche des réponses physiques, cognitives, émotionnelles et comportementales chez un individu (18).

Plus le danger est important, plus la peur est grande, permettant ainsi à l'individu de réagir correctement.

La peur physiologique n'est pas immuable, elle évolue. Elle disparaît souvent une fois le danger passé.

Par contre, la peur devient pathologique lorsqu'elle n'est plus contrôlée ni dans son activation, ni dans sa régulation. Elle se crée alors plus rapidement et plus régulièrement pour des seuils de dangerosité trop bas et ne cesse pas malgré la disparition du stimulus (19).

La **peur dentaire** est une réaction émotionnelle normale face à une situation stressante lors d'un soin dentaire (20).

2.1.2 Anxiété

L'**anxiété** correspond à un sentiment de danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation. Les pensées effrayantes et

négatives (désarroi, mort) commandent. Il y a une anticipation des événements désagréables et un sentiment de perte de contrôle. Les capacités d'adaptation de la peur sont complètement dérégulées, inadéquates.

Le **trouble anxieux** correspond à une perturbation importante du comportement de l'enfant par l'anxiété.

L'angoisse correspond aux réactions physiques qui accompagnent l'anxiété, par exemple des crampes abdominales, de la transpiration, une striction pharyngée, une douleur épigastrique, des palpitations, une oppression respiratoire (19)(20).

L'anxiété dentaire est souvent liée à un stimulus douloureux et à une perception accrue de la douleur. Par conséquent, ces patients ressentent plus facilement la douleur et plus longtemps. De plus, ils exagèrent leur mémoire de la douleur (21)(22). Traiter des patients anxieux est stressant pour le dentiste, en raison d'une coopération réduite, nécessitant plus de temps et de ressources de traitement, ce qui se traduit finalement par une expérience désagréable pour le patient et le dentiste (18)(20)(23)(24).

La prévalence moyenne de l'anxiété dentaire varie de **13,1% à 19,8%** de la population (20). Certains patients présentent un risque plus élevé d'anxiété dentaire, tels que ceux qui souffrent de troubles psychologiques tels que l'anxiété ou la dépression ou ceux qui ont des antécédents d'abus sexuels.

L'étiologie de l'anxiété dentaire est multifactorielle. Les deux facteurs les plus cités dans la littérature sont une mauvaise expérience au cabinet et / ou un membre de l'entourage qui a peur du dentiste (20).

2.1.3 Phobie

La **phobie** est une peur persistante, irréaliste et intense d'un stimulus spécifique, conduisant à éviter complètement le danger perçu (18).

Devant le stimulus de la phobie, l'individu souffre énormément. Cela entraîne une forte dégradation de sa qualité de vie (19).

La prévalence de la phobie dentaire varie de **3 % à 7,1%** de la population (20).

2.2 Les échelles d'évaluation comportementale et de l'anxiété en odontologie pédiatrique

L'anxiété est évaluée de différentes manières : l'hétéro-évaluation, l'auto-évaluation, les mesures physiologiques et les mesures de projection.

2.2.1 Hétéro-évaluation

L'hétéro-évaluation correspond à l'évaluation de l'anxiété opérée par quelqu'un d'autre que l'enfant, souvent les professionnels de santé, rarement les parents. Elle se réfère à l'observation minutieuse du jeune patient (25).

2.2.1.1 Child Behavior checklist (CBL)

Il s'agit d'un questionnaire évaluant le tempérament de l'enfant et ses aptitudes sociales (19).

2.2.1.2 Echelle SEM (Sound Eye Motor)

Cette échelle mesure de façon objective la douleur ou l'inconfort de l'enfant par l'intermédiaire de ses réactions.

L'attention de l'observateur est portée sur les yeux, les sons et l'attitude corporelle du patient (26)(Tab1).

Tableau 1: Critères de notation Sem (26)

Observations de la douleur	Niveau de confort ou seuil douloureux			
	1-Confort	2-Léger inconfort	3-Modérément douloureux	4- Douloureux
Son	Pas de son indiquant de la douleur	Sons non spécifiques, indication possible de douleur	Plaintes verbales spécifiques « Aie », élève la voix	Plainte verbale indiquant une douleur intense (cris, sanglots)

Yeux	Aucun signe d'inconfort	Yeux grands ouverts, montrent de l'inquiétude, pas de larmes	Larmolement	Pleurs, les larmes coulent sur le visage
Moteur	Mains détendues, pas de tension corporelle apparente	Mains montrant une certaine détresse ou tension, agrippement de la chaise, tension musculaire	Grimaces, tremblements, mouvement aléatoire des bras et du corps sans agressivité,	Mouvement des mains pour établir un contact physique agressif (pousser, éloigner la tête)

2.2.1.3 Echelle de Frankl

L'échelle de Frankl est facile à utiliser, fiable et fréquemment utilisée. Elle sépare les comportements observés en quatre catégories allant de définitivement négatif à définitivement positif permettant d'obtenir une note de 1 à 4. Elle permet au praticien de voir s'il y a une amélioration ou non du comportement de l'enfant de séances en séances (24)(25)(26)(Tab2).

Tableau 2: Score de l'échelle de Frankl (27)

Score	
1 --	<u>Comportement définitivement négatif</u> : refus de traitement, pleurs violents, cris avec force, s'oppose au soin
2 -	<u>Comportement négatif</u> : réticence à accepter le traitement, peu coopératif. Certains signes d'opposition existent mais ne sont pas forcément déclarés (air maussade, renfrogné).
3 +	<u>Comportement positif</u> : accepte le traitement avec réserve. Il suit les directives du praticien mais reste prudent.

4 ++	<u>Comportement définitivement positif</u> : bons rapports avec le praticien, intéressé par les procédures dentaires, rires et plaisir.
------	--

2.2.1.4 Echelle de Venham

L'échelle de Venham modifiée par Verkamp est hautement fiable. En effet, elle permet une mesure indépendante de l'expérience et de l'investigateur. C'est la plus utilisée et elle est validée par des études cliniques (30)(19)(29)(Tab3).

Tableau 3: échelle de Venham modifiée par Verkamp (31)

Score	Echelle de Venham modifiée par Verkamp
0	<u>Détendu</u> , souriant ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément, ou dès qu'on lui demande.
1	<u>Mal à l'aise, préoccupé</u> . Pendant une manœuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Le patient est disposé à et est capable de dire ce qu'il ressent quand on le lui demande. Expression faciale tendue. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste.
2	<u>Tendu</u> . Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manœuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discret), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Le patient continue d'essayer de maîtriser son anxiété. Les protestations sont plus gênantes. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée.
3	<u>Réticent</u> à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques, pleurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimé bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficulté.
4	<u>Très perturbé</u> par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Importantes contorsions,

	nécessitant parfois une contention. Le patient peut être accessible à la communication verbale et finir, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.
5	<u>Totalement déconnecté</u> de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat, inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

2.2.1.5 Echelle de Houpt

L'échelle de Houpt comportant 6 points évalue rétrospectivement le comportement global du patient à l'aide d'enregistrement vidéo par l'intermédiaire des pleurs, de la coopération, de l'appréhension et de l'évaluation de l'efficacité clinique de la séance (27)(Tab4).

Tableau 4: échelle de Houpt (27)

Score	Evaluation du comportement global
1	Abandonné : aucun traitement n'a été possible
2	Médiocre : traitement interrompu, traitement partiel seulement réalisé
3	Passable : le traitement a été interrompu, mais finalement tout est terminé
4	Bon – difficile, mais tous les traitements ont été terminés
5	Très bien – quelques pleurs ou mouvements limités pendant l'anesthésie par exemple
6	Excellent – pas de pleurs ni de mouvement

2.2.2 Auto-évaluation

Le patient doit être capable d'évaluer son niveau d'anxiété pour utiliser l'auto-évaluation. Ce sont des méthodes simples, rapides à utiliser et largement répandues à partir de 6 ans.

2.2.2.1 Dessin

Le dessin est une méthode de projection. Cette technique consiste à demander au jeune patient de dessiner : les teintes, les nuances et les formes utilisées permettent d'apprécier le niveau d'anxiété du patient. Cette méthode est considérée comme peu fiable (32)(19).

2.2.2.2 Echelle Visuelle Analogique (EVA)

C'est une technique facile à utiliser. Elle permet à l'enfant d'évaluer son niveau d'anxiété grâce à des graduations qui vont de 0 (pas d'anxiété, pas d'opposition, pas de trouble) à 10 (excessivement anxieux, totalement opposant, totalement troublé) (19)(Fig2).

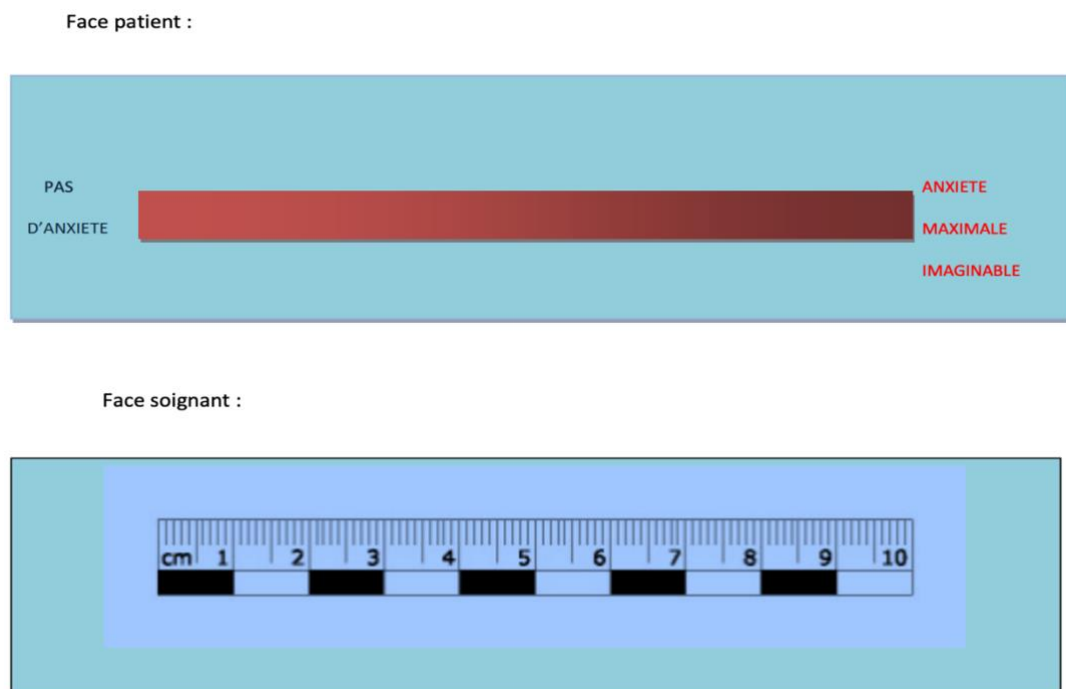


Figure 2: Echelle visuelle analogique (33)

2.2.2.3 Echelle des visages de Wong-Baker

Cette échelle mesure subjectivement la douleur. Chaque visage coïncide à un sentiment douloureux. L'échelle va de « pas douleur » à « douleur insupportable ». L'enfant est amené à choisir le visage lui correspondant (26) (Fig3).



Figure 3: Echelle d'évaluation de la douleur de Wong-Baker (26)

2.2.2.4 Questionnaire

Seuls, les patients sachant lire et comprendre les questions posées peuvent utiliser ce type de test.

2.2.2.4.1 Echelle d'anxiété dentaire modifiée (MDAS)

Il s'agit d'un questionnaire rapide, facile à utiliser, comprenant 5 questions aboutissant à un score allant de 5 à 25. Chaque question possède 5 réponses allant de « pas anxieux » (score 1) à « extrêmement anxieux » (score 5). Un résultat supérieur à 19 identifie une anxiété dentaire importante, probablement une phobie dentaire (19)(Fig4).

POURRIEZ-VOUS NOUS DIRE VOTRE NIVEAU D'ANXIÉTÉ, SI C'EST LE CAS, LORS DE VOTRE VISITE CHEZ LE DENTISTE ?

VEUILLEZ INDIQUER EN NOTANT 'X' DANS LA CASE APPROPRIÉE



1. Si vous devez rendre visite à votre dentiste pour un TRAITEMENT DEMAIN, comment vous sentez-vous ?

<i>Pas</i>	<i>Légèrement</i>	<i>Assez</i>	<i>Très</i>	<i>Extrêmement</i>
<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐

2. Si vous êtes assis dans la SALLE D'ATTENTE (en attente de votre traitement), comment vous sentez-vous ?

<i>Pas</i>	<i>Légèrement</i>	<i>Assez</i>	<i>Très</i>	<i>Extrêmement</i>
<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐

3. Si l'on est sur le point de vous FRAISER UNE DENT, comment vous sentez-vous ?

<i>Pas</i>	<i>Légèrement</i>	<i>Assez</i>	<i>Très</i>	<i>Extrêmement</i>
<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐

4. Si l'on est sur le point de vous DÉTARTRER ET DE VOUS POLIR LES DENTS, comment vous sentez-vous ?

<i>Pas</i>	<i>Légèrement</i>	<i>Assez</i>	<i>Très</i>	<i>Extrêmement</i>
<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐

5. Si vous êtes sur le point de recevoir une INJECTION ANÉSTHÉSIQUE LOCALE dans votre gencive, au dessus d'une dent supérieure à l'arrière, comment vous sentez-vous ?

<i>Pas</i>	<i>Légèrement</i>	<i>Assez</i>	<i>Très</i>	<i>Extrêmement</i>
<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐	<i>anxieux</i> ☐

Instructions pour la notation (supprimer la section ci-dessous avant de copier pour l'utilisation par les patients)

L'échelle d'anxiété dentaire modifiée. Chaque élément est noté de la manière suivante :

Pas anxieux	=	1
Légèrement anxieux	=	2
Assez anxieux	=	3
Très anxieux	=	4
Extrêmement anxieux	=	5

Figure 4: L'échelle d'anxiété dentaire modifiée

2.2.2.4.2 Questionnaire Children's fear survey schedule dental subscale (CFSS-DS)

Ce questionnaire comporte 50 questions. Pour chaque question, cinq réponses sont possibles où l'enfant donne son ressenti selon l'échelle de Lickert de « pas du tout effrayé » (score 1) à « très effrayé » (score 5). L'ensemble des réponses permet d'obtenir un score moyen, évaluant ainsi l'anxiété de l'enfant. En pratique, ce questionnaire est difficile à appliquer (19).

2.2.2.4.3 L'échelle d'anxiété dentaire de Corah (Corah's Dental Anxiety Scale : CDAS)

L'échelle d'anxiété dentaire de Corah, créée en 1969, comprend quatre questions traitant le ressenti du patient lorsqu'il :

- (1) : se rend chez le dentiste,
- (2) : est dans la salle d'attente du cabinet,
- (3) : est sur fauteuil avant le début du soin,
- (4) : est pendant le soin.

Chaque question possède 5 réponses graduelles correspondant à des scores de 1 à 5. Le score total minimum possible est de 5 tandis que le maximum est de 20.

Entre 9 et 12, il s'agit d'une anxiété modérée; un score de 13-14 indique une forte anxiété; et enfin, un score supérieur ou égale à 15 démontre une anxiété sévère (34).

En 1993, l'échelle d'anxiété dentaire de Corah a été mise à jour en ajoutant un questionnaire supplémentaire pour aider les dentistes et les patients à déterminer les causes de l'anxiété. Le patient est amené à évaluer son niveau d'anxiété (élevé, moyen, faible et ne sait pas) pour 26 procédures dentaires.

2.2.3 Mesures physiologiques

L'expérience dentaire s'accompagne chez le patient de modifications physiologiques. Leurs études permettraient une analyse plus objective que les échelles précédemment citées.

Plusieurs paramètres physiologiques ont donc été étudiés : indice de sudation palmaire, la température corporelle, la respiration, la mesure du rythme cardiaque, la tension musculaire, le taux de cortisol salivaire... Néanmoins, ces paramètres ne mesurent pas précisément le niveau d'anxiété (19).

2.3 Répercussion des styles parentaux sur l'enfant

2.3.1 Comportements de l'enfant au cabinet dentaire et risque carieux

2.3.1.1 Style parental autoritaire

Les enfants de parents autoritaires ont montré une attitude au fauteuil **plus négative** que les enfants de parents démocratiques (2 fois plus positif).

Le comportement difficile des enfants de parents autoritaires est dû à leurs caractères craintifs, à leurs difficultés dans les interactions sociales et à leurs manques de confiance envers les gens (4).

Ensuite, l'hygiène bucco-dentaire faisant partie des règles strictes imposées par les parents autoritaires amène un nombre **faible** de caries chez leur enfant (35).

2.3.1.2 Style parental permissif

Les enfants de parents permissifs ont une attitude **quatre fois plus négative** au fauteuil par rapport aux enfants de parents démocratiques et un risque carieux **trois fois plus élevé** par rapport aux enfants de parents autoritaires. Deux raisons ont été mises en évidence.

Tout d'abord, les enfants de parents permissifs peuvent mal se comporter au fauteuil sans que leurs parents les répriment par peur d'aller au conflit. Ils iront même jusqu'à reconforter leur enfant (36)(37).

Ensuite, les parents permissifs contrôlèrent moins les habitudes d'hygiène bucco-dentaire ainsi que les apports cariogènes de leur enfant. L'enfant décide s'il veut ou non se brosser les dents, ce qu'il veut manger. Il est son propre chef (35)(5)(38)(39).

2.3.1.3 Style parental démocratique

En utilisant des règles claires, une communication bidirectionnelle, favorisant l'indépendance, les enfants de parents démocratiques ont des meilleures facultés sociales, gèrent mieux leurs émotions, s'adaptent plus facilement, ont plus de contrôle

entraînant **une attitude favorable au cabinet dentaire et une meilleur hygiène bucco-dentaire** (37)(5)(35).

2.3.1.4 Style parental désengagé

Il n'y a pas de données vis-à-vis de ce style parental.

2.3.2 L'anxiété dentaire

Même si des études n'ont pas présenté d'association (40)(41)(42), d'autres, plus récentes, ont montré une association entre le style parental et l'anxiété dentaire. En effet, les enfants de parents démocratiques ont des **niveaux d'anxiété dentaire plus faible** que les enfants de parents autoritaires et permissifs (43).

2.3.2.1 Style parental autoritaire

Les parents autoritaires, n'étant pas à l'écoute des besoins de l'enfant et ayant des pratiques parentales dures, ne permettent pas à l'enfant d'acquérir les capacités émotionnelles (maîtrise de soi) nécessaires pour faire face à une situation stressante comme les soins dentaires. Leur niveau d'anxiété dentaire est donc **plus élevé** par rapport aux enfants de parents démocratiques (43)(44)(45).

2.3.2.2 Style parental permissif

Les parents permissifs, étant à l'écoute des besoins de leur enfant mais n'ayant aucun contrôle sur lui, ne permettent pas à l'enfant d'acquérir les capacités émotionnelles nécessaires pour faire face à une situation stressante comme les soins dentaires. Leur niveau d'anxiété dentaire est donc **plus élevé** par rapport aux enfants de parents démocratiques (43)(44)(45).

2.3.2.3 Style parental démocratique

Les parents démocratiques, fournissant un soutien émotionnel à l'enfant, l'encourageant à être responsable et à comprendre les règles existantes, permettent à l'enfant d'acquérir les capacités émotionnelles nécessaires pour faire face à une situation stressante comme les soins dentaires. Leur niveau d'anxiété dentaire est donc **plus faible** par rapport aux enfants de parents autoritaires et permissifs (43)(44)(45).

2.3.2.4 Style parental désengagé

Il n'y a pas de données vis-à-vis de ce style parental.

3 Les différentes techniques de gestion du comportement ou BMT (Behavior Management Technics) en odontologie pédiatrique

La prise en charge plus ou moins complexe de l'enfant selon son anxiété passe par des techniques de communication (verbales ou non verbales), des thérapies cognitivo-comportementales parfois associées à des techniques de sédation pharmacologique pouvant aller jusqu'à l'anesthésie générale.

3.1 Les techniques de communication

Ces techniques amènent le jeune patient à acquérir une attitude positive au fauteuil.

3.1.1 La communication non verbale

La communication non verbale consiste à orienter le comportement du patient par des gestes, une posture, des expressions du visage et un langage corporel appropriés du praticien (exemples : être souriant, regarder dans les yeux, se mettre à la hauteur de l'enfant, poser la main sur son épaule, moduler sa voix).

Son but est d'acquérir ou de maintenir l'attention et l'observance de l'enfant ainsi qu'améliorer l'efficacité des autres techniques de communication.

Cette technique humanise les relations entre le patient et le chirurgien-dentiste (28)(19).

3.1.2 La technique « expliquer, montrer, faire »

Cette méthode consiste à **expliquer** les traitements dentaires dans des phrases appropriées au niveau du développement de l'enfant (parler de « l'aspirateur » pour la pompe à salive, de « la robe de la dent » pour la digue, de « stylo magique » pour l'anesthésie...) ; de **montrer** au patient les aspects visuels, auditifs, olfactifs et tactiles

de la procédure dans un cadre minutieusement défini et non menaçant ; puis la réalisation de l'acte en continuant d'expliquer (**faire**).

Elle est utilisée avec des compétences en communication (verbale et non verbale) et de renforcement positif.

Cette technique permet d'habituer le patient à l'environnement du cabinet dentaire et de façonner sa réponse aux soins par une désensibilisation et des attentes bien définies (28)(19).

3.1.3 La distraction

Cette technique consiste à détourner l'attention du patient lors d'un acte pouvant être perçu comme gênant et de focaliser son attention sur quelque chose d'agréable (les jouets, la musique, les vacances...).

Le but est de diminuer la sensation de gêne, de parer les attitudes négatives au fauteuil et les tentatives d'évitements (28)(19).

3.1.4 Le renforcement positif

Le renforcement positif consiste à féliciter les attitudes positives de l'enfant, facilitant ainsi la probabilité de récurrence de ce type de comportement. Les difficultés rencontrées par le patient lors du soin sont alors oubliées. Une récompense peut lui être donnée. Son but est donc de renforcer le comportement souhaité.

Les éloges verbaux, l'expression du visage, la modulation positive de la voix, les démonstrations physiques appropriées d'affection par l'équipe dentaire sont des renforçateurs (28)(19).

3.2 Les techniques de contrôle du comportement

Ce sont des techniques utilisables chez l'ensemble des jeunes patients. Cependant, elles doivent être correctement expliquées aux parents et nécessitent leur accord car certaines méthodes peuvent sembler agressives.

3.2.1 Le stop signal

Cette technique permet au patient d'interrompre le traitement en cours quand celui-ci ressent une gêne importante par le biais d'un signal qui peut tout simplement être une main levée. Le signal doit être décidé en amont de la séance.

Le stop signal donne donc au patient une chance de se sentir comme le maître de la procédure et augmente la relation de confiance entre le patient et le dentiste (19)(28).

3.2.2 La « modélisation » (modelling)

L'enfant observe un jeune patient coopérant en train de se faire soigner.

Le but de la « modélisation » est d'apprendre à l'enfant la façon dont il faut se tenir au fauteuil tout en le familiarisant avec l'environnement du cabinet. Egalement, elle permet de gagner la confiance de l'enfant (19)(28).

3.2.3 Le contrôle vocal

C'est un changement délibéré du volume, de la tonalité ou du rythme de la voix pour influencer et diriger le comportement du patient. Cette technique nécessite l'accord parental car elle peut être mal interprétée par certains parents.

Son but est d'attirer l'attention et l'observance du patient, de prévenir les comportements négatifs au fauteuil ou d'évitement, et d'installer une hiérarchie adulte-enfant appropriée.

Elle est contre-indiquée chez les patients malentendants (19)(28).

3.2.4 La technique de « la main sur la bouche »

L'utilisation de la main sur la bouche (the hand over the mouth HOM) est définie selon l'American Academy of Pediatric Dentistry comme « une technique acceptée pour intercepter et gérer un comportement manifestement inapproprié qui ne peut pas être modifié par les techniques de gestion de base du comportement. Lorsque cela est indiqué, une main est doucement placée sur la bouche de l'enfant et les attentes

comportementales sont calmement expliquées. Le maintien d'une voie aérienne est obligatoire. Lorsque l'enfant montre de la maîtrise de soi et un comportement plus approprié, la main est retirée et l'enfant reçoit un renforcement positif ».

Elle n'est utilisée qu'en dernier recours pour des patients très difficiles ayant la capacité à communiquer. Elle nécessite l'accord des parents et la présence d'une tierce personne en salle. Cette technique reste très controversée (19)(28).

3.2.5 Technique comportementale avancée : la stabilisation protectrice

La stabilisation protectrice permet l'immobilisation d'un patient par une personne ou des équipements pendant une période limitée permettant de fournir en toute sécurité un examen, un diagnostic et / ou un traitement (46).

Cette technique est très controversée en raison du préjudice émotionnel et des préoccupations éthiques qu'elle implique. Elle est notamment interdite au Royaume-Unis alors qu'elle est recommandée aux Etats-Unis pour certaines situations (les pédodontistes américains l'utilisent sur 20% de leur patients) (47).

La décision d'utiliser la stabilisation protectrice dépend :

- Des besoins dentaires du patient
- Du développement émotionnel du patient
- Des considérations médicales et physiques du patient
- Des techniques alternatives de contrôle du comportement

Cette méthode nécessite le consentement éclairé par un parent.

3.3 Thérapie cognitivo-comportementale

3.3.1 Relaxation

La relaxation, selon un usage régulier, permet une meilleure gestion du stress et une diminution de l'anxiété sur le patient. En effet, la fréquence respiratoire, le rythme cardiaque, la pression artérielle diminuent lors de son utilisation. Cela peut être exécuté par une respiration profonde et une relaxation musculaire (19)(28).

3.3.2 Désensibilisation

La désensibilisation systématique nécessite trois éléments. Tout d'abord, l'enfant énumère ses différentes peurs, appréhensions dans le but de construire une échelle des situations dentaires redoutées, du moins au plus anxiogène. Ensuite, les méthodes de relaxation, souvent la respiration et la relaxation musculaire, sont inculquées au patient. Enfin, l'enfant est exposé progressivement à des situations de plus en plus stressantes en association avec la relaxation.

Il s'agit de la technique de Wolpe. C'est une des plus anciennes techniques comportementales de traitement de l'anxiété (19)(28).

3.3.3 Exposition prolongée

Le patient est confronté à une situation stressante pendant une durée limitée et poursuivie jusqu'à ce qu'il éprouve une diminution de son niveau d'anxiété. Une fois l'élimination de cette réponse anxieuse, le même protocole est réalisé pour une situation plus anxiogène. Progressivement, l'atténuation de l'ensemble des situations stressantes est obtenue par un phénomène d'habituation (19)(28).

3.3.4 Entraînement à l'affirmation de soi

Cette technique permet au patient d'opter pour une attitude affirmée (les comportements passifs ou agressifs constituant la réponse de base au stress) dans un nombre important de situations rencontrées par l'intermédiaire de jeu de rôle (19).

3.4 Sédation

La sédation permet la réalisation de soins dentaires en toute sécurité et de qualité chez les patients pour lesquels les techniques comportementales classiques ne suffisent pas à instaurer un climat de confiance adéquat.

3.4.1 Prémédication sédatrice

3.4.1.1 L'hydroxyzine

L'administration d'hydroxyzine est prescrite dans le cadre des manifestations mineures de l'anxiété ainsi que pour la prémédication à l'anesthésie générale, à l'utilisation du MEOPA. C'est la prémédication sédatrice la plus courante.

Elle est également utilisée pour le traitement symptomatique de l'urticaire et les troubles du sommeil chez l'enfant de plus de 3 ans (en 2e intention).

La posologie est de **1mg/kg et jusqu'à 2 mg/kg** en cas d'anxiété sévère, une heure avant le soin, en sirop ou en comprimé, pour un patient pesant jusqu'à 40 kg. Il est prescrit chez l'enfant à partir de 30 mois en sirop, puis sous forme de comprimé à partir de 6 ans.

Elle a une action sédatrice, une action anti-arythmique, anti-H1, vagolytique, antiémétique et antihistaminique. Par contre, elle n'intervient pas sur la nociception.

Elle présente un risque d'allongement du QT.

Elle est donc contre indiquée pour les patients ayant un QT long congénital ou acquis connu, pour les patients à risque d'allongement du QT ainsi que pour les patients hypersensibles à l'hydroxyzine.

Son utilisation entraîne souvent de la somnolence, des tremblements, de l'excitation, des céphalées, de la confusion, des hallucinations.

L'effet d'anxiolyse, de sédation ainsi que d'amnésie sont moins présents par rapport à l'utilisation de benzodiazépine (19)(48)(49).

3.4.1.2 Les benzodiazépines de type diazépam (Valium)

Le diazépam est indiqué pour les troubles anxieux, les manifestations somatiques d'angoisses sévères ou invalidantes. Le diazépam a été la première benzodiazépine prescrite pour la sédation en odontologie. Cependant, son utilisation diminue progressivement.

Sa posologie est de **0,2mg/kg**, à prendre 15 minutes avant le soin par voie rectale ou 45 minutes avant le soin par voie orale. Il est déconseillé chez les enfants de moins de 6 ans.

Il a une action sédatrice, amnésiante, anxiolytique, anticonvulsivant et hypnotique. Par contre, il n'intervient pas sur la nociception.

Ses contre-indications sont l'hypersensibilité aux benzodiazépines, le syndrome d'apnée du sommeil, l'insuffisance hépatique sévère (risque de survenue d'une encéphalopathie) et l'insuffisance respiratoire sévère (19).

3.4.2 Sédation consciente par inhalation de MEOPA (50)(51)(52)

La sédation consciente par inhalation de MEOPA signifie Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote, également nommé « gaz hilarant ».

Pendant longtemps, son utilisation ne fut qu'hospitalière. Maintenant, les praticiens sous réserve de formations peuvent s'en servir dans leur cabinet libéral.

Il permet de diminuer l'anxiété, tout en améliorant la coopération et le confort du patient.

Il est indiqué pour les enfants turbulents, non coopérants, les patients anxieux et certains patients handicapés à partir de 2 ans. Par contre, il est contre-indiqué pour le patient coopératif avec des besoins dentaires minimes et le patient ayant des prédispositions médicales et / ou physiques incompatibles avec la sédation.

Le MEOPA entraîne une légère diminution du niveau de conscience tout en préservant l'état d'éveil du patient qui conserve ses réflexes pharyngolaryngés et répond aux ordres verbaux de l'opérateur. Il augmente le seuil de perception de la douleur mais n'a pas d'effet anesthésiant. Le recours à l'anesthésie locale est nécessaire.

Il a la particularité d'être un gaz de saveur sucrée, non irritant, incolore et non allergisant.

Il présente de nombreux avantages :

- Anxiolytique, euphorisant, relaxant
- Efficacité clinique rapide en 2 à 3 minutes
- Disparition rapide des effets en 3 à 5 minutes
- Légère analgésie
- Maintien des réflexes pharyngolaryngés
- Sédation consciente
- Antiémétique : inhibition du réflexe nauséeux
- Pas de dépendance, non nocif

Néanmoins, il comporte aussi des inconvénients :

- Nausées, vomissements possibles
- Légère amnésie
- Coopération nécessaire du patient
- Echec possible
- Mal de tête consécutif à une séance
- Séance maximum d'1h
- Coût du matériel

L'inhalation du MEOPA entraîne chez l'enfant de nombreuses conséquences. En effet, ses perceptions visuelles, auditives, sensorielles sont modifiées, il est dans un état de pseudo-rêve.

Le gaz est délivré à travers un masque buccal ou naso-buccal. Il faut donc que le patient ne présente aucune infection tel qu'un rhume, une sinusite qui entraînerait le report de la séance (19)(53)(54).

3.4.3 Sédation consciente par administration de midazolam

Le midazolam est considéré comme le benzodiazépine de choix en pédiatrie.

Il se substitue aux techniques comportementales et d'anxiolyse (hydroxyzine, MEOPA seul) lorsque celles-ci n'ont pas fonctionné. Il est indiqué pour les patients très jeunes (à partir de 6 mois), les patients anxieux (sévéres, phobiques) et certains patients handicapés (55)(56). Il ne peut être administré qu'en milieu hospitalier ou par des médecins spécialisés dans l'urgence dans un cadre médical permettant la surveillance peropératoire et postopératoire. C'est une sédation consciente, le patient reste donc en état d'éveil tout en diminuant son seuil de conscience et en conservant ses réflexes pharyngolaryngés.

Il présente des caractéristiques intéressantes (57)(58) :

- Sédatif intense (plus important que le MEOPA)
- Hypnotique
- Anxiolytique
- Anti convulsivant
- Myorelaxant
- Efficacité clinique
- Disparition rapide des effets

- Amnésie antérograde
- Compatibilité avec le MEOPA/Anesthésie locale
- Plusieurs voies d'administration : intraveineuse, intra rectale ou orale
- Faible coût

Par contre, il n'a pas d'action analgésique et nécessite donc la réalisation d'anesthésie locale.

Le midazolam possède un antagoniste : **le flumazénil** qui peut être utilisé pour inverser rapidement les effets sédatifs et autres conséquences du midazolam sur le système nerveux central (59).

Sa posologie est de **0,3 à 0,5 mg/kg** dépendant de l'âge du patient et de la voie d'administration choisie.

Il possède une contre-indication absolue qui est l'hypersensibilité aux benzodiazépines et des contre-indications relatives qui correspondent aux patients présentant une insuffisance cardiaque ou pulmonaire, une myasthénie grave et une maladie pulmonaire aiguë ou chronique (19)(56)(60).

3.5 Anesthésie générale

L'anesthésie générale est la dernière solution s'offrant aux praticiens pour s'occuper des enfants dont les différentes techniques de sédation se sont révélées infructueuses. Elle se définit comme un état contrôlé d'inconscience, accompagné d'une perte des réflexes de protection incluant l'incapacité à maintenir spontanément la liberté des voies aériennes supérieures et à répondre correctement à des stimuli physiques ou à des commandes verbales (19).

L'évaluation du rapport bénéfice/risque de l'intervention est indispensable. L'anesthésie générale n'est pas un acte anodin.

Elle comporte différents objectifs :

- Fournir des soins dentaires de qualité, sûrs et efficaces
- Éliminer la réponse douloureuse, les mouvements indésirables et l'anxiété du patient
- Faciliter la prise en charge des personnes handicapées

L'anesthésie générale est indiquée chez les patients :

- Ne pouvant coopérer en raison d'un manque de maturité psychologique ou émotionnelle et / ou d'un handicap mental, physique ou médical ;

- Pour lesquels l'anesthésie locale est inefficace en raison d'une infection aiguë, de variations anatomiques ou d'une allergie ;
- Extrêmement peu coopératifs, craintifs, anxieux ou peu communicatifs ;
- Nécessitant des interventions chirurgicales importantes ;
- Pour lesquels l'utilisation de l'anesthésie générale peut protéger le psychisme en développement et / ou réduire le risque médical ;
- Nécessitant des soins bucco-dentaires immédiats et complets.

L'utilisation de l'anesthésie générale est contre-indiquée :

- Chez un patient sain et coopératif avec des besoins dentaires minimes ;
- En cas de refus du patient et/ou de ses parents ;
- En cas de conditions médicales pré-disposantes qui rendraient l'anesthésie générale déconseillée (28).

L'anesthésie générale fait partie d'une prise en charge globale. C'est un acte exceptionnel, qui ne doit pas être réitéré. La suite des soins doit être réalisée à l'état vigile ou sous sédation (19).

3.6 Présence/absence des parents lors du soin

Pour faciliter la coopération de l'enfant se discute la présence ou l'absence parentale. Excepté pour le nourrisson et l'enfant de bas âge où la présence de la mère est nécessaire afin d'éviter le stress de la séparation ajouté au stress de la séance, la question de la présence ou de l'absence parentale se pose. Il est essentiel de comprendre les besoins émotionnels changeants des parents qui sont de plus en plus protecteurs vis à vis de leur enfant. Ils veulent donc assister au traitement de leur enfant, non pas pour juger le dentiste mais pour s'assurer de la sécurité de leur progéniture.

Les arguments en faveur de la présence parentale sont :

- pour les parents : de participer aux soins tout en offrant un soutien physique et psychologique à leur enfant.
- pour le praticien : de faciliter l'observance, d'éviter les comportements négatifs ou d'évitement, d'établir une communication efficace Enfant-Parent-Dentiste, de diminuer

l'anxiété et améliorer le consentement éclairé rapide pour les changements de traitement ou d'orientation comportementale.

Les arguments en faveur de l'absence parentale sont que :

- les parents interfèrent sur la relation enfant/dentiste et entravent le bon déroulement du soin ; ils peuvent être autoritaires, agressifs auprès de l'enfant qui se sent alors terrorisé.
- le praticien peut se sentir examiné, mal à l'aise et doit partager son attention entre son patient et ses parents
- l'enfant partage son attention entre le praticien et ses parents
- la présence parentale est contre indiquée chez les parents ne pouvant offrir un soutien efficace à leur enfant.

La décision finale reviendra au praticien en fonction de son expérience personnelle et du contexte familial (19)(28).

4 En pratique, comment améliorer la gestion des enfants en odontologie pédiatrique

4.1 L'importance de la première consultation

Cette première consultation est un événement important qui déterminera l'avenir des relations entre l'enfant et le praticien.

L'enfant qui consulte pour la première fois a déjà une certaine « idée » du dentiste et de ce qu'il s'y passe. Cette « idée » souvent erronée est délivrée par son entourage (famille, amis, cours de récréation). De plus, il peut y avoir eu des précédentes expériences dentaires négatives perturbant ce nouveau contact (19).

Cette première consultation est un moment fondamental, déterminant aussi bien pour le patient et ses parents que pour le dentiste.

La date de la première consultation est recommandée selon l'AAPD dès l'éruption des premières dents lactéales au plus tard au 1 an de l'enfant (61).

En effet, la rapide progression des lésions carieuses à partir de 2 ans indique la nécessité d'une intervention précoce visant à prévenir ou soigner ces lésions (62).

Son objectif est multiple :

- permettre de familiariser le jeune patient avec l'environnement dentaire
- établir un bon rapport avec les parents
- établir un examen clinique complet du patient

Cet examen clinique portera son attention sur :

- L'état de santé générale et la croissance
- L'environnement et les conditions de vie (63)
- Le motif de consultation
- Le comportement de l'enfant : ses capacités émotionnelles et cognitives, sa maturité, sa personnalité, son tempérament, son rapport avec la mère ainsi que l'anxiété des parents (60)
- La présence ou l'absence de douleur
- Les tissus mous extra-oraux
- L'articulation temporo-mandibulaire

- Les muqueuses
- Le parodonte et l'hygiène bucco-dentaire
- Le développement de l'occlusion
- Le risque carieux (61)

A la fin de cet examen, le praticien donnera des conseils personnalisés en matière d'alimentation, de diététique. L'hygiène bucco-dentaire sera expliquée, et une supplémentation en fluorure peut être prescrite. Il faut donner des objectifs à atteindre simples, réalisables par l'enfant, l'encourager et vérifier que tout ce qui a été expliqué lors de la séance a été compris aussi bien par l'enfant que les parents. Un plan de traitement peut être établi.

Lors de cette première consultation, aucun soin n'est réalisé, sauf si il y a nécessité d'intervenir en urgence.

Le praticien, les parents et l'enfant établissent un contrat moral. Tous, sont acteurs de la santé bucco-dentaire de l'enfant.

Pendant cette première consultation centrée sur l'enfant, il faut :

- Favoriser la reformulation et les questions ouvertes aux parents tel que « si je vous ai bien compris votre enfant... ».
- Communiquer avec l'enfant dans un langage adapté à son âge sur ce qu'il l'intéresse, sa vie quotidienne pour évaluer ses capacités émotionnelles et cognitives.
- Respecter la distance intime et avoir une approche progressive avec le jeune : ne pas aller directement en bouche, faire des tests sur la joue, le nez et observer ses réactions.
- Ne pas aller au-delà des capacités de l'enfant : s'il refuse d'aller au fauteuil, d'ouvrir la bouche, ne pas forcer et tenter lors du prochain rendez-vous (63).
- L'initier aux enjeux des soins : présenter les portes instruments rotatifs et l'aspiration, tester les réactions aux bruits et aux vibrations.

4.2 Relation triangulaire Enfant-Parent-Dentiste

L'odontologie pédiatrique s'articule autour des trois éléments : patient, parent et dentiste.

Les parents affectent le traitement dentaire de 2 façons soit :

- Directement par interaction avec le dentiste et / ou l'enfant ;
- Indirectement en influençant l'attitude et l'état psychologique de l'enfant.

L'efficacité de l'interaction parents-enfant est un indicateur important des réactions de l'enfant dans des situations difficiles et peut expliquer pourquoi le comportement parental est depuis longtemps une question d'intérêt comme mécanisme possible du trouble anxieux (43)(Fig5).

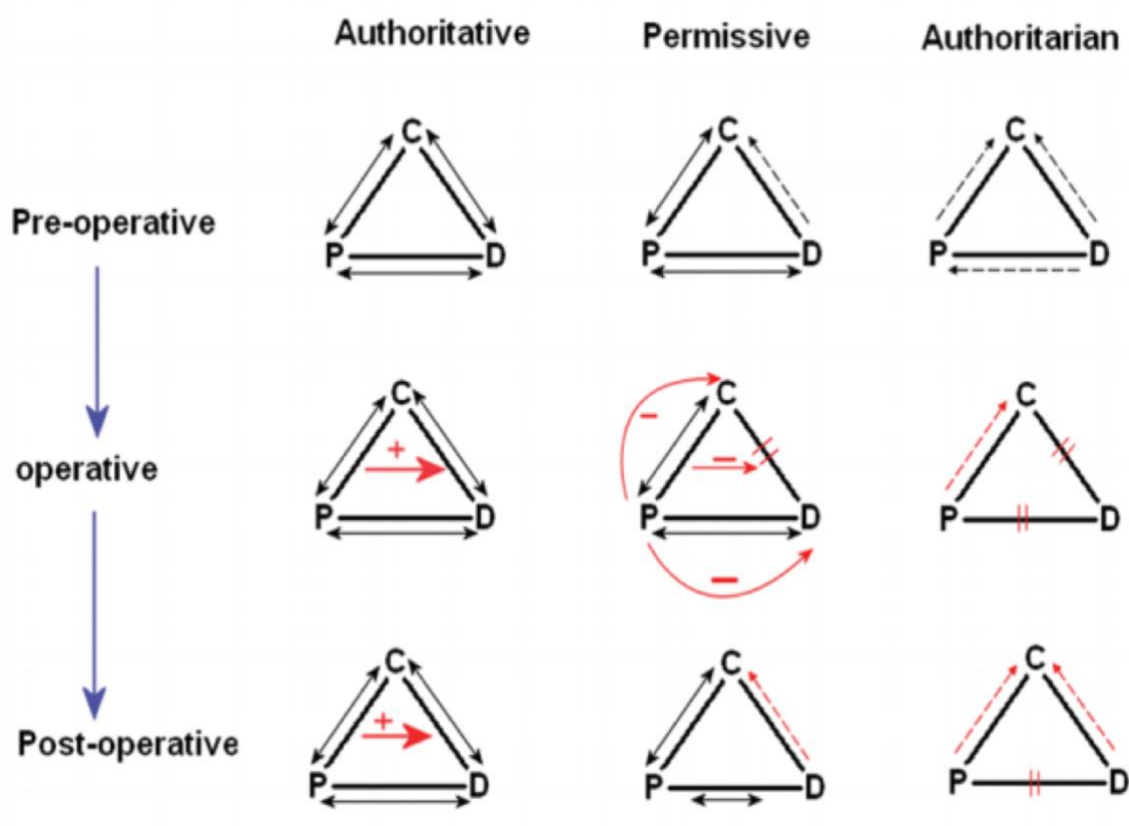


Figure 5: L'influence des styles parentaux sur la relation triangulaire enfant-parents-dentistes (43)

Explication des abréviations :

- **Pre-operative** : avant le soin
- **Operative** : pendant le soin
- **Post-operative** : après le soin
- **Authoritative** : démocratique
- **Permissive** : permissif
- **Authoritarian** : autoritaire
- **C** : Child : Enfant

- **P** : Parents : Parents
- **D** : Dentist : Chirurgien-Dentiste

4.2.1 Style parental autoritaire

En ce qui concerne le style parental autoritaire, la relation triangulaire enfant-parents-dentiste n'existe que sous forme de relations **unilatérales**. En effet, le dentiste a tenté de communiquer avec l'enfant et les parents mais il reçoit très peu de réponse de leurs parts rendant leurs interactions minimales voir nulles. Egalement, le comportement agressif des parents envers leur enfant perturbe la relation du dentiste avec l'enfant.

Pendant le traitement, il n'existe qu'une interaction entre les parents et l'enfant ; le dentiste est alors exclu du triangle thérapeutique compromettant fortement la prise en charge de l'enfant.

A la fin du soin, l'anxiété de l'enfant diminuant, l'interaction entre l'enfant et le dentiste est de nouveau présente. Cependant, la communication entre les parents et le dentiste n'a jamais existé durant l'ensemble de la prise en charge (43)(Fig6).

Authoritarian



Figure 6: Relation triangulaire en fonction du style parental autoritaire (43).

4.2.2 Style parental permissif

Avant le soin dentaire, les interactions entre les parents et l'enfant et entre les parents et le dentiste sont nombreuses. Cependant, la communication entre l'enfant et le dentiste est à sens unique et faible. En effet, le dentiste essaie de communiquer avec l'enfant mais aucune réponse n'a été observée de la part de l'enfant. Au lieu de cela, l'enfant a relayé ses réactions aux parents surprotecteurs.

Pendant le traitement, les parents sont intervenus directement en arrêtant le soin et indirectement en agissant comme une barrière entre l'enfant et le dentiste. Cela brise la relation entre l'enfant et le dentiste. Par conséquent, le parent est le seul lien entre l'enfant et le dentiste ; le triangle thérapeutique devient linéaire alors qu'il devrait être triangulaire.

A la fin du soin, les interactions entre l'enfant, les parents et le dentiste sont de nouveau présentes. Cependant, les relations entre les parents et le dentiste pourraient être affaiblies, en raison de l'attitude négative des parents pendant le soin (43)(Fig7).

Permissive

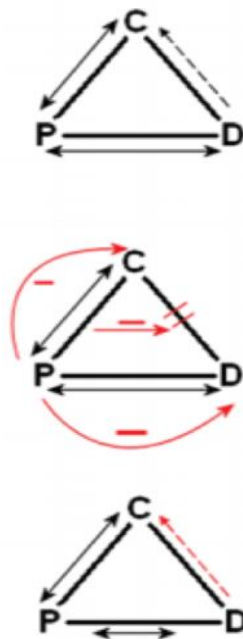


Figure 7: Relation triangulaire en fonction du style parental permissif (43).

4.2.3 Style parental démocratique

Avant le soin dentaire, les interactions entre l'enfant, les parents et le dentiste sont nombreuses. Cela indique des bonnes relations entre l'enfant, le dentiste et les parents.

Pendant le traitement, la communication entre les parents et l'enfant renforce positivement l'interaction entre l'enfant et le dentiste. En effet, le soutien apporté par les encouragements verbaux des parents pendant le soin à l'enfant facilite la relation entre l'enfant et le dentiste.

A la fin du soin, la communication entre les parents et l'enfant renforce également positivement l'interaction entre l'enfant et le dentiste. En effet, la récompense postopératoire de l'enfant en réponse à une attitude positive durant le traitement amène l'enfant à réitérer ce comportement coopératif lors des prochaines séances et par conséquent, améliore la relation entre l'enfant et le dentiste (43)(Fig8).

Authoritative

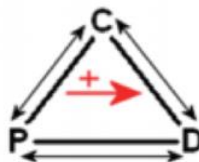
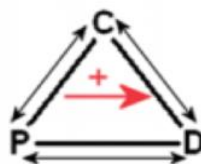
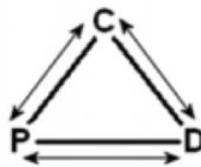


Figure 8 : Relation triangulaire en fonction du style parental démocratique (43).

4.2.4 Style parental désengagé

Il n'y a pas de données vis-à-vis de ce style parental.

4.3 Adapter la prise en charge au style parental

Plusieurs techniques peuvent être mises en œuvre pour obtenir l'adhésion de l'enfant au soin.

4.3.1 Techniques de communication

Qu'importe le style parental, les techniques de communications (tell-show-do, la distraction, le contrôle vocal, le renforcement positif) peuvent être employées par le praticien pour soigner l'enfant (64).

Cependant, bien qu'elles soient suffisantes pour contrôler la majeure partie des enfants de parents démocratiques, d'autres techniques comportementales sont nécessaires pour les enfants de parents autoritaires et permissifs.

4.3.2 Techniques comportementales avancées

4.3.2.1 La stabilisation protectrice

Cette méthode est appliquée couramment pour les enfants de parents permissifs et autoritaires (64).

4.3.2.2 Autres techniques comportementales

D'autres techniques comportementales avancées sont utilisées dans la catégorie permissive comme la séparation avec les parents, la sédation et le traitement différé (64). Le seul bémol concédé par la séparation des parents est la possibilité de conflit avec les parents, entraînant une disparation de la relation parents-dentiste (43).

Pour les enfants de parents autoritaires, la séparation parentale n'est nécessaire que si les parents ont des comportements agressifs compromettant la santé de l'enfant ou perturbant la relation enfant-dentiste (43).

4.4 Attitude des parents envers les techniques de prise en charge utilisées en odontologie pédiatrique

La société étant en mutation permanente, l'acceptabilité des parents envers les techniques de prise en charge en odontologie pédiatrique évolue au cours du **temps** (65)(Tab5).

Tableau 5: Classement des techniques de prise en charge par acceptabilité parentale selon 3 études (65).

Murphy et al ¹ 1984	Lawrence et al ³ 1991	Present study 2003
1. Tell-show-do	1. Tell-show-do	1. Tell-show-do
2. Positive reinforcement	2. N ₂ O	2. N ₂ O
3. Mouth prop	3. Voice control	3. General anesthesia
4. Voice control	4. Active restraint	4. Active restraint
5. Physical restraint, dentist	5. Hand-over-mouth	5. Oral premedication
6. Physical restraint, assistant	6. Papoose Board	6. Voice control
7. Hand-over-mouth	7. Oral premedication	7. Passive restraint
8. Sedation	8. General anesthesia	8. Hand-over-mouth
9. General anesthesia		
10. Papoose Board		

Les traits noirs verticaux (I) signifient qu'il n'y a pas de différences significatives entre les différentes techniques.

Les techniques non invasives tel qu'« expliquer-montrer-faire », le renforcement positif, la « modélisation » et la distraction sont les plus acceptées par les parents tandis que les techniques invasives tel que le contrôle vocal, la stabilisation protectrice, la « main sur la bouche » sont les moins acceptées (65)(66).

La sédation consciente et l'anesthésie générale sont de plus en plus acceptées au fil du temps (65).

Les préférences parentales diffèrent également selon les **ethnies** et le **statut social**. En effet, les parents asiatiques acceptent moins la sédation par rapport aux parents caucasiens et hispaniques.

La prise en compte par le praticien des différences ethniques et culturelles de l'enfant et de ses parents est donc essentielle pour la réalisation de soins de qualité (66).

5 Conclusion

Le style parental a un impact majeur sur le développement de l'enfant. Il joue notamment sur le tempérament, l'anxiété et le comportement en milieu dentaire de l'enfant.

En observant le jeune patient et ses parents, en essayant de les caractériser par un style parental, il s'agit d'anticiper leurs réactions en choisissant les bonnes techniques de gestion de comportement pour avoir une prise en charge optimale.

Evidemment, chaque être vivant est unique, une entité à part entière, qui peut réagir de manière différente de ce que l'on pouvait prévoir. Toutefois, il faut mettre en place les moyens nécessaires afin de faciliter au mieux son passage au fauteuil. En effet, le panel thérapeutique qui s'offre à nous est de nos jours assez large et entraîne des possibilités de prises en charge multiples de l'enfant par le chirurgien-dentiste.

Les enfants d'aujourd'hui seront les parents de demain, d'où l'importance de les éduquer sur les habitudes alimentaires et l'hygiène bucco-dentaire dès leur plus jeune âge afin qu'ils inculquent naturellement ces notions à leurs enfants.

De nos jours, l'influence grandissante des réseaux sociaux et des blogs, la population étant de plus en plus méfiante sur des sujets tels que la vaccination ou le fluor dans les dentifrices ; la sensibilisation et l'information de la population sur les problèmes de santé sont essentielles.

Références bibliographiques

1. Suárez-Relinque C, del Moral Arroyo G, León-Moreno C, Callejas Jerónimo JE. Child-To-Parent Violence: Which Parenting Style Is More Protective? A Study with Spanish Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. janv 2019;16(8):1320.
2. Les styles parentaux [Internet]. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.sciencepourparents.fr/pages/petite-enfance/education/discipline.html>
3. Querido JG, Warner TD, Eyberg SM. Parenting styles and child behavior in African American families of preschool children. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. juin 2002;31(2):272-7.
4. Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Dev Psychol*. 1971;4(1, Pt.2):1-103.
5. Howenstein J, Kumar A, Casamassimo PS, McTigue D, Coury D, Yin H. Correlating Parenting Styles with Child Behavior and Caries. *Pediatr Dent*. 2015;37(1):59-64.
6. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Dev*. oct 1991;62(5):1049-65.
7. Collins C, Duncanson K, Burrows T. A systematic review investigating associations between parenting style and child feeding behaviours. *J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc*. déc 2014;27(6):557-68.
8. De Bourdeaudhuij I, Te Velde SJ, Maes L, Pérez-Rodrigo C, de Almeida MDV, Brug J. General parenting styles are not strongly associated with fruit and vegetable intake and social-environmental correlates among 11-year-old children in four countries in Europe. *Public Health Nutr*. févr 2009;12(2):259-66.
9. Nembhwani HV, Winnier J. Impact of problematic eating behaviour and parental feeding styles on early childhood caries. *Int J Paediatr Dent*. 2020;30(5):619-25.
10. Shloim N, Edelson LR, Martin N, Hetherington MM. Parenting Styles, Feeding Styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4-12 Year-Old Children: A Systematic Review of the Literature. *Front Psychol*. 2015;6:1849.
11. Hennessy E, Hughes SO, Goldberg JP, Hyatt RR, Economos CD. Permissive Parental Feeding Behavior Is Associated with an Increase in Intake of Low-Nutrient-Dense Foods among American Children Living in Rural Communities. *J Acad Nutr Diet*. 1 janv 2012;112(1):142-8.
12. Hughes SO, Shewchuk RM, Baskin ML, Nicklas TA, Qu H. Indulgent feeding style and children's weight status in preschool. *J Dev Behav Pediatr JDBP*. oct 2008;29(5):403-10.
13. Hoerr SL, Hughes SO, Fisher JO, Nicklas TA, Liu Y, Shewchuk RM. Associations among parental feeding styles and children's food intake in families with limited incomes. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 13 août 2009;6:55.
14. Yee AZH, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 11 avr 2017;14(1):47.
15. Papaioannou MA, Cross MB, Power TG, Liu Y, Qu H, Shewchuk RM, et al. Feeding style differences in food parenting practices associated with fruit and vegetable intake in children from low-income families. *J Nutr Educ Behav*. déc 2013;45(6):643-51.
16. Ray C, Kalland M, Lehto R, Roos E. Does parental warmth and responsiveness moderate the associations between parenting practices and children's health-related behaviors? *J Nutr Educ Behav*. déc 2013;45(6):602-10.
17. Larousse É. Définitions : peur - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peur/60046>
18. Appukuttan DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clin Cosmet Investig Dent*. 10 mars 2016;8:35-50.
19. Naulin-Ifi C. Odontologie pédiatrique clinique. Reuil-Malmaison: Éd. CdP : Wolters

Kluwer France; 2011.

20. Vanhee T, Mourali S, Bottenberg P, Jacquet W, Abbeele AV. Stimuli involved in dental anxiety: What are patients afraid of?: A descriptive study. *Int J Paediatr Dent*. 2020;30(3):276-85.
21. Weisenberg M, Aviram O, Wolf Y, Raphaeli N. Relevant and irrelevant anxiety in the reaction to pain. *Pain*. déc 1984;20(4):371-83.
22. al Absi M, Rokke PD. Can anxiety help us tolerate pain? *Pain*. juill 1991;46(1):43-51.
23. Moore R, Brødsgaard I. Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community Dent Oral Epidemiol*. févr 2001;29(1):73-80.
24. Brahm C-O, Lundgren J, Carlsson SG, Nilsson P, Corbeil J, Hägglin C. Dentists' views on fearful patients. Problems and promises. *Swed Dent J*. 2012;36(2):79-89.
25. Evaluation – Pediadol [Internet]. [cité 16 déc 2020]. Disponible sur: <https://pediadol.org/evaluation/>
26. M.M A, Khatri A, Kalra N, Tyagi R, Khandelwal D. Pain perception and efficacy of local analgesia using 2% lignocaine, buffered lignocaine, and 4% articaine in pediatric dental procedures. *J Dent Anesth Pain Med*. avr 2019;19(2):101-9.
27. Zhang G, Hou R, Zhou H, Kong L, Ding Y, Qin R, et al. Improved sedation for dental extraction by using video eyewear in conjunction with nitrous oxide: a randomized, controlled, cross-over clinical trial. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 1 févr 2012;113(2):188-92.
28. Behaviour guidance for the pediatric dental patient [Internet]. aapd.org. 2015 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/behavior-guidance-for-the-pediatric-dental-patient/>
29. Malingrèy R. Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant. Paris; Berlin; Chicago: Quintessence international; 2006.
30. Hennequin M, faulks denise, Collado valerie, thellier emilie, Nicolas E. French versions of two indices of dental anxiety and patient cooperation. *Eur Cell Mater*. 1 avr 2007;13:38.
31. valorisation_situations_complexes_et_sedation_soss_janvier_2017.pdf [Internet]. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: https://www.apf-francehandicap.org/sites/default/files/valorisation_situations_complexes_et_sedation_soss_janvier_2017.pdf
32. Winer GA. A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings. *Child Dev*. oct 1982;53(5):1111-33.
33. Robert B. Mesure de l'anxiété préopératoire par l'échelle visuelle analogique. :42.
34. Peretz B, Katz J, Zilburg I, Shemer J. Response to nitrous-oxide and oxygen among dental phobic patients. *Int Dent J*. févr 1998;48(1):17-23.
35. Viswanath S, Asokan S, Geethapriya PR, Eswara K. Parenting Styles and their Influence on Child's Dental Behavior and Caries Status: An Analytical Cross-Sectional Study. *J Clin Pediatr Dent*. 2020;44(1):8-14.
36. Aminabadi NA, Farahani RMZ. Correlation of parenting style and pediatric behavior guidance strategies in the dental setting: preliminary findings. *Acta Odontol Scand*. avr 2008;66(2):99-104.
37. Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Dev Psychol*. 1971;4(1, Pt.2):1-103.
38. Law CS. The impact of changing parenting styles on the advancement of pediatric oral health. *J Calif Dent Assoc*. mars 2007;35(3):192-7.
39. Sheller B. Challenges of managing child behavior in the 21st century dental setting. *Pediatr Dent*. avr 2004;26(2):111-3.
40. Krikken JB, van Wijk AJ, ten Cate JM, Veerkamp JSJ. Child dental anxiety, parental rearing style and referral status of children. *Community Dent Health*. déc 2012;29(4):289-92.
41. Krikken JB, Vanwijk AJ, Tencate JM, Veerkamp JS. Child dental anxiety, parental

- rearing style and dental history reported by parents. *Eur J Paediatr Dent.* déc 2013;14(4):258-62.
42. Krikken JB, Veerkamp JSJ. Child rearing styles, dental anxiety and disruptive behaviour; an exploratory study. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent.* févr 2008;9 Suppl 1:23-8.
 43. Aminabadi NA, Deljavan AS, Jamali Z, Azar FP, Oskouei SG. The Influence of Parenting Style and Child Temperament on Child-Parent-Dentist Interactions. *Pediatr Dent.* août 2015;37(4):342-7.
 44. Alagla M, Al-Hussyeen A, Alhowaish L. Parenting styles and preschool children's behaviour in a Saudi Arabian postgraduate dental setting. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent.* 8 juin 2020;
 45. Lee D-W, Kim J-G, Yang Y-M. The Influence of Parenting Style on Child Behavior and Dental Anxiety. *Pediatr Dent.* 15 sept 2018;40(5):327-33.
 46. American Academy of Pediatric Dentistry. Use of Protective Stabilization for Pediatric Dental Patients [Internet]. 2020 [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/protective-stabilization-for-the-pediatric-dental-patients/>
 47. Costa LR, Bendo CB, Daher A, Heidari E, Rocha RS, Moreira AP de SC, et al. A curriculum for behaviour and oral healthcare management for dentally anxious children—Recommendations from the Children Experiencing Dental Anxiety: Collaboration on Research and Education (CEDACORE). *Int J Paediatr Dent.* 2020;30(5):556-69.
 48. Dureuil B. La prémédication en 2015 chez l'adulte. :20.
 49. Réévaluation des médicaments à base d'hydroxyzine et des médicaments à base de codéine utilisés chez l'enfant, retour d'information sur le PRAC de février 2015 - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Travaux-de-l-Agence-Europeenne-des-Medicaments-EMA-Comite-pour-l-evaluation-des-risques-en-matiere-de-pharmacovigilance-PRAC/Reevaluation-des-medicaments-a-base-d-hydroxyzine-et-des-medicaments-a-base-de-codeine-utilises-chez-l-enfant-retour-d-information-sur-le-PRAC-de-fevrier-2015-Point-d-information>
 50. meopaenfant.pdf [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: <https://cdn-www.chu-nice.fr/assets/site/meopaenfant.pdf>
 51. Victorri-Vigneau C, Paille C, Joyau C, Veyrac G, Cosset C, Le Pelletier A, et al. [MEOPA use practices in a university hospital: Which conformity?]. *Thérapie.* déc 2017;72(6):659-63.
 52. Fiorillo L. Conscious Sedation in Dentistry. *Medicina (Mex)* [Internet]. 7 déc 2019 [cité 29 sept 2020];55(12). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6956248/>
 53. Association dentaire française, Commission des dispositifs médicaux. Sédation consciente au cabinet dentaire. Paris: ADF; 2010.
 54. Philippart F, Roche Y. Sédation par inhalation de MEOPA en chirurgie dentaire. Paris; Berlin; Chicago: Quintessence international; 2013.
 55. Pisalchaiyong T, Trairatvorakul C, Jirakijja J, Yuktarnonda W. Comparison of the effectiveness of oral diazepam and midazolam for the sedation of autistic patients during dental treatment. *Pediatr Dent.* juin 2005;27(3):198-206.
 56. Jain SA, Rathi N, Thosar N, Baliga S. Midazolam use in pediatric dentistry: a review. *J Dent Anesth Pain Med.* févr 2020;20(1):1-8.
 57. Fallahinejad Ghajari M, Ansari G, Soleymani AA, Shayeghi S, Fotuhi Ardakani F. Comparison of Oral and Intranasal Midazolam/Ketamine Sedation in 3-6-year-old Uncooperative Dental Patients. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2015;9(2):61-5.
 58. Ghajari MF, Golpayegani MV, Bargrizan M, Ansari G, Shayeghi S. Sedative Effect of

Oral Midazolam/Hydroxyzine versus Chloral Hydrate/Hydroxyzine on 2–6 Year-Old Uncooperative Dental Patients: A Randomized Clinical Trial. *J Dent Tehran Iran*. janv 2014;11(1):93-9.

59. Conway A, Rolley J, Sutherland JR. Midazolam for sedation before procedures. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 20 mai 2016 [cité 30 sept 2020];2016(5). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6517181/>
60. Hosey MT, Fayle S. Pharmaceutical prescribing for children. Part 5. Conscious sedation for dentistry in children. *Prim Dent Care J Fac Gen Dent Pract UK*. juill 2006;13(3):93-6.
61. Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents [Internet]. *aapd.org*. 2018 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/periodicity-of-examination-preventive-dental-services-anticipatory-guidance-counseling-and-oral-treatment-for-infants-children-and-adolescents/>
62. Poulsen S. The child's first dental visit. *Int J Paediatr Dent*. 2003;13(4):264-5.
63. Coordination M.Muller-Bolla. Guide d'odontologie pédiatrique : la clinique par la preuve. 2e édition.
64. Aminabadi NA, Farahani RMZ. Correlation of parenting style and pediatric behavior guidance strategies in the dental setting: preliminary findings. *Acta Odontol Scand*. avr 2008;66(2):99-104.
65. Eaton JJ, McTigue DJ, Fields HW, Beck FM. Attitudes of Contemporary Parents Toward Behavior Management Techniques Used in Pediatric Dentistry [Internet]. 2005 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://www-ingentaconnect-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/content/aapd/pd/2005/00000027/00000002/art00004>
66. Chang CT, Badger GR, Acharya B, Gaw AF, Barratt MS, Chiquet BT. Influence of Ethnicity on Parental Preference for Pediatric Dental Behavioral Management Techniques. *Pediatr Dent*. 15 juill 2018;40(4):265-72.

**L'influence du style parental sur la prise en charge en odontologie pédiatrique /
BRIDOUX Pierre-Louis.- p.59 : réf.66.**

Domaines : Pédodontie

Mots clés Rameau: Pédodontie; Style parental ; Anxiété dentaire ; Evaluation du niveau d'anxiété ; Technique de gestion du comportement ; Thérapies cognitives et comportementales ; Sédation ; Soins dentaires pour enfants.

Mots clés FMeSH: Pediatric dentistry; Parenting style ; Dental anxiety ; Anxiety scale ; Behavior management technics ; Cognitive behavior therapies ; Sedation ; Dental care for children.

Résumé de la thèse :

La prise en charge des enfants en odontologie n'est pas un acte anodin. En effet, sa particularité réside du fait qu'il ne s'agit pas d'une relation patient-chirurgien-dentiste classique mais d'une relation triangulaire Enfant-Parents-Dentiste. Tout au long de la consultation, le professionnel de santé devra analyser aussi bien le comportement du jeune patient mais également ceux des parents.

Le style parental (autoritaire, permissif, démocratique ou négligent) des parents joue un rôle majeur sur l'évolution de leur enfant. Il entraîne notamment des répercussions sur l'alimentation, les caries, le comportement au fauteuil et l'anxiété dentaire de leur enfant.

De nombreuses techniques de gestion du comportement de l'enfant existent, offrant au professionnel de santé, un panel large de solutions thérapeutiques.

En adaptant la prise en charge de l'enfant au style parental des parents, le chirurgien-dentiste améliorerait ses chances de succès de traitements, de coopération avec l'enfant mais également ses relations avec les parents.

JURY :

Président : Professeur Caroline Delfosse

Assesseurs : Dr Thomas Trenteseaux, Dr Thomas Marquillier, Dr Caroline Leverd

Membre invité : Dr Inès Bridoux

Adresse de l'auteur : 59800 Lille