

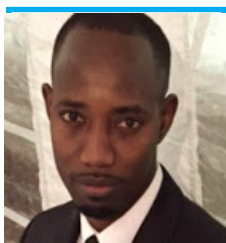
ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ LIÉE À L'ANESTHÉSIE EN CLINIQUE D'ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE : À PROPOS DE 110 CAS.

ASSESSMENT OF ANESTHESIA ANXIETY IN PEDIATRIC DENTISTRY: ABOUT 110 CASES

DIALLO MT¹, TAMBA FALL A¹, THIAM SN¹, DIOUF A¹, DIOUF NN¹, DEME DANKOCO M², FAYE M¹.

1-Service Odontologie Pédiatrique, Université Cheikh Anta Diop, Dakar_Sénégal.

2-Chirurgien-dentiste_ Dakar_Sénégal, Université Cheikh Anta Diop, Dakar_Sénégal.



Correspondance: Mamadou Tidiane DIALLO

Service Odontologie Pédiatrique_ Université Cheikh Anta Diop, Dakar_Sénégal.

Email: mamadoutidian@yahoo.fr

Email: mamadoutidiane1.diallo@ucad.edu.sn

RESUME

Introduction : L'anesthésie locale, acte couramment utilisé lors des soins bucco-dentaires, représente un sujet d'angoisse pour l'enfant du fait de la peur de l'injection. L'association douleur et anxiété constitue le contexte le moins propice à la réalisation du soin dentaire. Ainsi, la prise en charge adéquate de l'enfant implique de comprendre et d'évaluer cette anxiété. Cette étude se propose, d'évaluer l'anxiété et la douleur liée à l'anesthésie chez l'enfant.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive sur 110 enfants âgés de 3 à 15 ans. Elle a eu pour cadre la clinique d'Odontologie Pédiatrique du Département d'Odontologie et la clinique dentaire Albert Royer de l'hôpital Fann. Pour l'évaluation de l'anxiété et du comportement de l'enfant : l'échelle de VENHAM a été utilisée et pour l'évaluation de la douleur du patient : E.V.S. (Echelle Verbale Simple) pour les enfants à partir de 4ans, E.V.A. (Echelle Visuelle Analogique) pour les enfants à partir de 6ans et E.N.S. (Echelle Numérique Simple) pour les enfants à partir de 8ans).

Résultats : Nos résultats indiquent que 40% des enfants étaient anxieux avec un pourcentage de près de 11% incompatible avec des soins et que tous ont dit avoir eu mal pendant l'injection. Environ 92,3% des enfants de l'échantillon ayant vu la seringue avant injection ont été réticents et 66,7% des enfants ayant été accompagnés ont accepté l'acte contre 33,3% qui l'ont refusé. Dans cette étude, 68% des enfants ont subi une préparation psychologique et ils étaient deux fois moins anxieux que les autres enfants (63% vs 37%) et que 79,2% des patients détendus avaient un vécu dentaire mais parmi ces enfants il y'avait 8 cas de refus total de soins.

Conclusion : Cette étude montre que, près de la moitié de nos patients sont anxieux et que cette anxiété doit être pris en charge par une approche comportemental psychologique.

MOTS-CLES : ANESTHÉSIE, DOULEUR, ANXIÉTÉ, ENFANT, DAKAR.

ABSTRACT

Introduction: Local anesthesia, an act commonly used in oral care, is a source of anxiety for the child because of fear of injection. The combination of pain and anxiety is the least favorable context for performing dental care. Thus, the proper care of the child involves understanding and assessing this anxiety. This study proposes to evaluate anxiety and pain related to anesthesia in children.

Material and methods: It was a prospective and descriptive study of 110 children aged 3 to 15 years. It was managed by the Pediatric Odontology Clinic of the Department of Odontology and the Albert Royer Dental Clinic of Fann Hospital. For the evaluation of the child's anxiety and behavior: the VENHAM scale was used and for the evaluation of the patient's pain: E.V.S. (Simple Verbal Scale) for children from 4 years old, E.V.A. (Visual Analogue Scale) for children from 6 years old and E.N.S. (Simple Digital Scale) for children from 8 years old).

Results: Our results indicate that 40% of children were anxious with a percentage of almost 11% inconsistent with care and all said they had pain during the injection. Approximately 92.3% of the children in the sample who saw the syringe before injection were reluctant and 66.7% of the children who were accompanied accepted the act against 33.3% who refused. In this study, 68% of children had psychological preparation and were half as anxious as other children (63% vs 37%) and 79.2% of relaxed patients had a dental experience, but among these children there was had 8 cases of total refusal of care.

Conclusion: This study shows that almost half of our patients are anxious and that this anxiety must be supported by a psychological behavioral approach.

KEYWORDS: ANESTHESIA, PAIN; ANXIETY, CHILD, DAKAR

INTRODUCTION

L'anesthésie locale est un acte couramment utilisé lors des soins bucco-dentaires. Cet acte représente un sujet d'angoisse pour l'enfant du fait de la peur de l'injection. L'anesthésie locale reste un des temps opératoire clé des soins aussi bien restaurateur que chirurgicaux. Les enfants ont peur de différentes situations de soins mais l'injection d'anesthésie demeure la plus fréquentes des peurs, jusqu'à 74% encore dans une étude récente [1]. La peur est une émotion normale qui peut être assimilée à un système d'alarme : sa fonction est d'attirer notre attention sur un danger pour nous permettre d'y faire face au mieux. Quant à l'anxiété, c'est un sentiment d'inquiétude, né de l'incertitude d'une situation, de l'appréhension d'un évènement, d'une menace imminente, accompagné de symptômes neurovégétatifs. Elle correspond à une peur qui est anticipée [2]. Peur et douleur sont étroitement liées : la douleur entraîne la peur et l'anxiété rend la douleur moins supportable. Un enfant qui a peur aura un seuil de douleur abaissé et un enfant qui a eu mal aura peur d'avoir mal [3].

L'association douleur et anxiété constitue le contexte le moins propice à la réalisation du soin dentaire. Ainsi, la prise en charge adéquate de l'enfant implique de comprendre et d'évaluer cette anxiété [4].

Cette étude se propose, d'évaluer l'anxiété liée à l'anesthésie locale et locorégionale chez l'enfant, et de dégager des recommandations pour réaliser des soins avec un minimum d'angoisse et de douleur.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive qui s'est déroulée de janvier 2017 à juin 2017 sur 110 enfants âgés de 3 à 15 ans. Elle a eu pour cadre la clinique d'Odontologie Pédiatrique du Département d'Odontologie et la clinique dentaire Albert Royer de l'hôpital Fann.

Les différentes techniques d'anesthésie locales ou loco régionales étaient réalisées lors de soins bucco-dentaires par les étudiants de 5^{ème} année des études dentaires sous la supervision des enseignants, au cours des séances de clinique organisées 3 demi-journées par semaine. Les praticiens de la clinique d'Albert Royer de l'hôpital FANN y participent également.

Etaient inclus dans l'étude, tous les enfants ayant un bon état général et devant subir des

soins bucco-dentaires. Tous les enfants dont l'acte thérapeutique ne nécessitait pas une anesthésie locale ou locorégionale étaient exclus de même que les enfants venus dans un contexte d'urgence (traumatisme, cellulite).

Les variables étudiées ont été collectées à partir d'une fiche qui comprend différentes rubriques classées en 3 parties :

- les données socio démographiques : Le statut socio-économique réfère ici à la profession de la mère. L'âge des patients réparti en trois classes d'âge, correspondant à différents états psychologiques de l'enfant : les tranches 2-6 ; 6-11 et 12-15 ans. Le lieu de résidence classé en zone urbain ; péri-urbain et banlieue

- l'évaluation de l'anxiété et du comportement de l'enfant : l'échelle de VENHAM (tableau 1) a été utilisée ; même si plusieurs échelles ont été mises en place pour permettre d'évaluer le niveau d'anxiété et le comportement de l'enfant. Pour l'évaluation, le praticien observe son patient pendant toute la séance et note son comportement et son anxiété selon différents scores.

- l'évaluation de la douleur du patient (EVS pour les enfants à partir de 4ans, EVA pour les enfants à partir de 6ans et ENS pour les enfants à partir de 8ans).

L'EVA est une échelle d'auto-évaluation sensible, reproductible, et fiable qui se présente sous la forme d'une règle en plastique de 10 cm graduée en millimètres (mm), qui peut être présentée au patient horizontalement ou verticalement. Sur la face présentée au patient, se trouve un curseur qu'il mobilise le long d'une ligne droite dont l'une des extrémités correspond à « Absence de douleur » et l'autre à « Douleur maximale imaginable ».

Le patient doit, le long de cette ligne, positionner le curseur à l'endroit qui situe le mieux sa douleur. Sur l'autre face, se trouvent des graduations millimétrées vues seulement par le soignant. La position du curseur mobilisé par le patient permet de lire l'intensité de la douleur, qui est mesurée en millimètre. (Figure 1)

Il en existe d'autres variétés mises au point pour les plus petits sous forme de jouets, de barreaux, d'échelles, de jetons ou de cubes.

L'échelle numérique simple (ENS) peut être utilisée à partir de 8-10ans. Bien que moins sensible que l'EVA, l'échelle numérique lui est très proche par ses modalités d'utilisation et ses limites.

Tableau I : Echelle de Venham modifiée par Veerkamp [4]

Score 0 :	Détendu, souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément ou dès qu'on le lui demande. Bras et pieds en position de repos. <i>Attentif.</i>
Score 1	Mal à l'aise, préoccupé Pendant une manœuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Elles sont parfois crispées. L'expression faciale est tendue. Pâleurs, sueurs. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste. <i>Regards furtifs sur l'environnement.</i>
Score 2	Tendu Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manœuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Pâleurs, sueurs. Inquiet de tout nouvel événement. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée. <i>Cherche un contact corporel rassurant (main, épaule).</i>
Score 3	Réticent à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques mais sans commune mesure avec le danger ou exprimées bien avant le danger, pleurs. Pâleurs, sueurs. Utilise ses mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Mouvements d'évitement. Parvient à faire face à la situation mais avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficulté. <i>Accepte le maintien des mains.</i>
Score 4	Très perturbé par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement, cris. Importantes contorsions nécessitant parfois une contention. Peut encore être accessible à la communication verbale mais après beaucoup d'efforts et de réticence pour une maîtrise relative. <i>La séance est régulièrement interrompue par des protestations.</i>
Score 5	Totalement déconnecté de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat avec énergie. Le praticien et l'entourage ne contrôlent plus l'enfant. Inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite : tente activement de s'échapper. <i>Contention indispensable.</i>

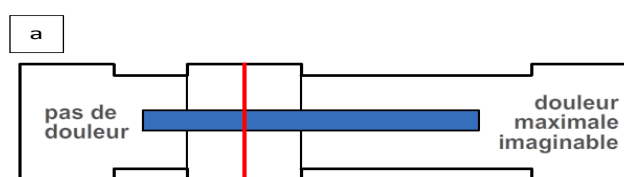


Figure 1a : EVA face patient [4]

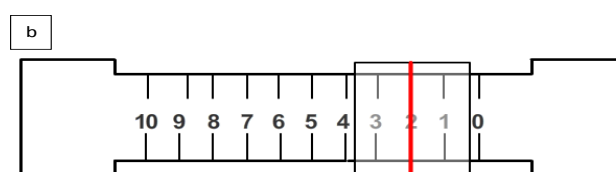


Figure 1b : EVA face de mesure [12]

L'ENS peut être présentée sous forme écrite ou orale. Dans sa forme orale, le soignant demande au patient de quantifier sa douleur sur une échelle virtuelle allant de 0 (« douleur absente ») à 10 (« douleur maximale imaginable »). Dans sa forme écrite, l'ENS comprend 11 chiffres alignés verticalement ou horizontalement, compris également entre 0 et 10. Elle est présentée au patient, qui entoure ou désigne le chiffre correspondant à l'intensité de sa douleur. (Figure 2) [2].

Alors que l'échelle des visages (figure 3) proposé par les Anglo-Saxons est utilisée à partir de 2 ans. On demande à l'enfant de choisir le visage qu'il éprouve au fond de lui-même [3].



Figure 2 : Echelle numérique simple [4]

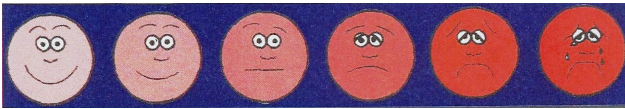


Figure 3 : Echelle des visages [4]

L'échelle verbale simple (EVS) peut être présentée sous forme écrite ou orale.

Dans sa forme orale, le soignant demande au patient de choisir, parmi une liste de mots qui lui sont proposés, celui qui qualifie le mieux l'intensité de sa douleur.

Dans sa forme écrite, le soignant présente au patient des qualificatifs, et celui-ci entoure ou désigne celui qui correspond à l'intensité de la douleur.

Cette échelle utilise des mots simples pour évaluer la douleur :

- Pour le tout petit : un peu, moyen, beaucoup, en joignant le geste à la parole ;
- Pour l'enfant d'âge scolaire : pas de douleur, un peu, moyen, beaucoup, très fort ;
- Pour le grand enfant et l'adolescent : pas de douleur, petite douleur, douleur moyenne, grosse douleur, douleur la pire possible.

Il n'y a pas de consensus sur le nombre de qualificatifs proposés (4 ou 5) ni sur les mots proposés, ce qui rend difficile les comparaisons.

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé le logiciel Sphinx V5 pour le masque et la saisie des données. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS 20.0. Les graphiques ont été réalisés avec Excel 2016.

Les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et pourcentage. Les variables quantitatives ont été transformées en variables qualitatives à l'aide d'intervalles. Le test de khi-2 est utilisé pour vérifier l'existence d'une liaison significative entre les variables.

RÉSULTATS

Dans cette étude sont représentées trois classes d'âge, correspondant à différents états psychologiques de l'enfant : la tranche 2-6 ans représente 8,2% ; la tranche 6-11 ans 71,8% et la tranche 12-15 ans 20,0%. (Figure 4).

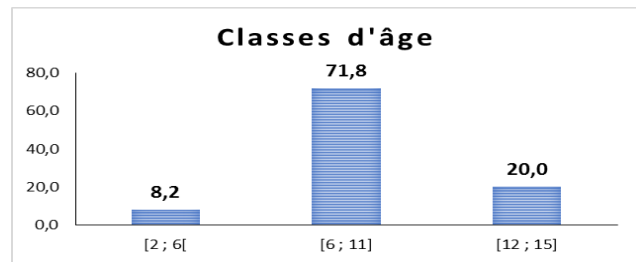


Figure 4 : Répartition selon l'âge

Parmi les 110 patients, 48 étaient de sexe masculin soit 44% et 62 de sexe féminin, soit 56%. Le sexe ratio est de 0,77. La grande majorité des patients vient du centre-ville (plus précisément un quartier modeste du centre-ville : Médina) soit 46% ; 45% du milieu péri-urbain et 9% de la banlieue. Le statut socio-économique réfère ici à la profession de la mère ; 61% des mères sont dans une situation précaire, 35% dans une situation intermédiaire et 9% dans une bonne situation.

L'évaluation de l'anxiété a montré que 21,8% des patients étaient détendus, 38,2% mal à l'aise, 15,5% tendus, 11,8% réticents, 1,8% très perturbés et 10,9% déconnectés. Soit un taux total de 40% d'enfants anxieux. (Score ≥ 2) (figure 5).

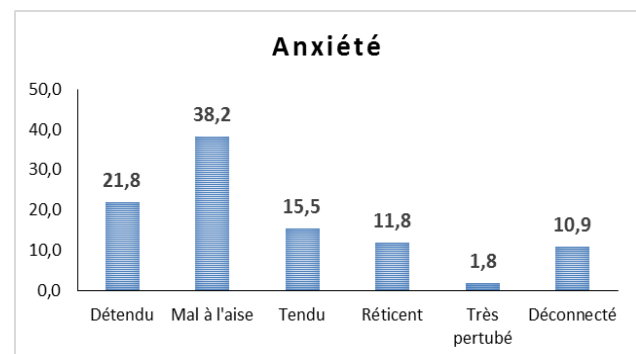


Figure 5 : Répartition selon le degré d'anxiété des enfants

Lorsque nous évaluons la douleur ressentie au cours de l'anesthésie, l'ensemble des 78,2% des enfants anxieux et mal à l'aise disent avoir eu mal lors de l'injection. Et, nous notons une corrélation du score de l'anxiété à celui de la douleur (tableau II).

Tableau II : Degré d'anxiété et douleur

		Evaluation de la douleur pendant injection											Total
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Anxiété	Détendu		75,0%	35,7%	33,3%								21,8%
	Mal à l'aise	100,0%	18,8%	50,0%	52,4%	66,7%	33,3%	40,0%	40,0%	25,0%	100,0%	21,4%	38,2%
	Tendu		6,3%	7,1%	14,3%	33,3%	26,7%		40,0%	16,7%		14,3%	15,5%
	Réticent			7,1%			40,0%	60,0%		8,3%		14,3%	11,8%
	Très perturbé								20,0%			7,1%	1,8%
	Déconnecté									50,0%		42,9%	10,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Les résultats montrent que 76,4% des patients ont accepté directement l'acte anesthésique alors que 23,6% l'ont refusé soit 26 patients dont les 22

avaient un score d'anxiété élevé allant de réticent à déconnecté (Tableau III).

Tableau III : Degré d'anxiété et acceptation de l'acte

		Anxiété						Total
		Détendu	Mal à l'aise	Tendu	Réticent	Très perturbé	Déconnecté	
Acceptation de l'acte	Oui	24 (100%)	40 (95,2%)	15 (88,2%)	4 (30,8%)	1 (50%)	0 (0%)	84 (76,4%)
	Non	0 (0%)	2 (4,8%)	2 (11,8%)	9 (69,2%)	1 (50%)	12 (100%)	26 (23,6%)
Total		24 (100%)	42 (100%)	17 (100%)	13 (100%)	2 (100%)	12 (100%)	110 (100%)

Khi-deux = 71,56 ; ddl = 5 ; P-value = 0,00001

Quant à la vue de la seringue et de l'aiguille avant l'injection, 92,3% des enfants ont été réticents (Tableau IV). Tous les patients perturbés ont également vu la seringue avant

l'injection ; et parmi les enfants totalement déconnectés 91,7% ont vu la seringue avant l'injection. A noter que 94,5% des enfants de l'échantillon ont vu la seringue avant injection.

Tableau IV : Degré d'anxiété et vue de la seringue

		Anxiété						Total
		Détendu	Mal à l'aise	Tendu	Réticent	Très perturbé	Déconnecté	
Seringue avant injection	Oui	24 (100%)	41 (97,6%)	14 (82,4%)	12 (92,3%)	2 (100%)	11 (91,7%)	104 (94,5%)
	Non	0 (0%)	1 (2,4%)	3 (17,6%)	1 (7,7%)	0 (0%)	1 (8,3%)	6 (5,5%)
Total		24 (100%)	42 (100%)	17 (100%)	13 (100%)	2 (100%)	12 (100%)	110 (100%)

Khi-deux = 7,50 ; ddl = 5 ; P-value = 0,187

A propos de l'antécédent dentaire, 66,4% des patients avaient bénéficié d'un traitement dans la même structure et 33,6% sont de nouveaux patients (Tableau V). Et, nos résultats montrent que 79,2%

des patients détendus étaient d'anciens patients. Nous avons noté aussi beaucoup d'angoisse parmi ces anciens patients (au nombre de 15) ; avec des cas de réticence et de refus total des soins.

Tableau V : Degré d'anxiété et ancienneté

		Anxiété						Total
		Détendu	Mal à l'aise	Tendu	Réticent	Très perturbé	Déconnecté	
Ancien patient	Oui	19 (79,2%)	27 (64,3%)	12 (70,6%)	7 (53,8%)	0 (0%)	8 (66,7%)	73(66,4%)
	Non	5 (20,8)	15 (35,7%)	5 (29,4%)	6 (46,2%)	2 (100%)	4 (33,3%)	37(33,6%)
Total		24 (100%)	42 (100%)	17 (100%)	13 (100%)	2 (100%)	12 (100%)	110(100%)

Khi-deux = 6,84 ; ddl = 5 ; P-value = 0,233

Les enfants ayant été accompagnés au cours des soins représentent 32, 7% de l'échantillon (Tableau VI). Les 67,3% restant ont été soignés sans la présence d'un accompagnant dans le box.

Les résultats ne montrent pas de différence significative du niveau d'anxiété des enfants en fonction de la présence d'un parent. Cependant, les enfants accompagnés étaient légèrement plus anxieux.

Tableau VI : Degré d'anxiété et présence d'accompagnant

		Présence d'accompagnant pendant les soins		Total
		Oui (32,7 %)	Non (67,3%)	
Anxiété	Mal à l'aise	14 (38,9%)	28 (37,8%)	42 (38,2%)
	Tendu	7 (19,4%)	10 (13,5%)	17 (15,5%)
	Réticent	6 (16,7%)	7 (9,5%)	13 (11,8%)
	Très perturbé	2 (5,6%)	0 (0%)	2 (1,8%)
	Déconnecté	4 (11,1%)	8 (10,8%)	12 (10,9%)
Total		36 (100%)	74 (100%)	110 (100%)
Khi-deux = 10,19 ; ddl = 5 ; P-value = 0,070				

DISCUSSION

L'expérience dentaire constitue, pour l'enfant, une épreuve assez difficile à surmonter. Il a du mal à y faire face, et adopte ainsi des comportements inadéquats lors des soins, en fonction de son évolution psychique. Cela compromet le déroulement des soins, voire l'impossibilité de les poursuivre. Les soins au cabinet dentaire sont fréquemment générateurs d'anxiété, en particulier chez l'enfant. Il est fondamental de savoir gérer cette appréhension afin qu'elle ne perturbe pas le bon déroulement des soins et ne devienne un handicap ni pour le patient, ni pour le praticien [2, 4].

L'analyse des résultats a montré une prédominance des filles, 56% sur les garçons, 44% avec un sex ratio de 0,77. Cette différence entre filles et garçons correspond à la répartition habituelle des enfants dans la population sénégalaise.

L'âge des enfants variait entre 3 et 15 ans, reparti en trois classes correspondantes à différents états psychologiques de l'enfant : 2-6 ans : 8,2% : période préscolaire ; 6-11 ans : 71,8% : période scolaire ; 12-15 ans : 20,0% : adolescence. Dans notre étude, nous n'avons pas la tranche d'âge 0-2 ans qui correspond à la petite enfance avec aussi ses spécificités du point de vue psychologique. Bien que l'*American Academy of Pediatric Dentistry* (2008a, 2009) cité par Naulin I [3] recommande une visite dès l'âge de un an, il est rare de voir de si jeunes patients au cabinet dentaire. Ce qui est regrettable car selon la plupart des auteurs [2, 3], il est capital de promouvoir la consultation du tout petit à partir de 12 mois : c'est une étape essentielle pour le praticien d'informer les parents sur les règles élémentaires d'hygiène alimentaire et bucco-dentaires et habituer le petit enfant à l'environnement du cabinet dentaire ce qui pourrait contribuer à la baisse de l'anxiété.

La tranche d'âge 6 - 11 ans est la plus représentative avec un taux de 71,8%. En effet, cette tranche

d'âge correspond à une période où les enfants sont scolarisés et les problèmes dentaires, lorsqu'ils existent, sont mieux suivis à la fois par les parents et par les enseignants à cause de leur impact sur la scolarité. Cette période correspond aussi à une phase active de la dentition qui se traduit souvent par de nombreuses perturbations au niveau de la sphère buccale, sources de consultation. Quant à la tranche 12-15 ans, une meilleure maîtrise des moyens d'hygiène bucco-dentaire avec comme corollaire une bonne hygiène orale pourrait expliquer la faible fréquentation des structures de soins [3].

Nos résultats indiquent que 40 % des enfants étaient anxieux avec un pourcentage de près de 11% incompatible avec des soins et que tous ont dit avoir eu mal pendant l'injection, tous scores confondus. La prévalence de l'anxiété face aux soins dentaires a fait l'objet de nombreuses études. En Europe, le pourcentage varie entre 5,7 et 19,5%. Elle toucherait en moyenne 9% des enfants exempts de toute pathologie [5,6].

La douleur et l'anxiété sont intimement liées lors de l'anesthésie dentaire, difficiles voire parfois impossibles à dissocier ; un grand nombre d'enfants redoute d'avoir mal lors de l'anesthésie. C'est l'aiguille qui constitue le facteur anxiogène incontestable lors de la piqûre. Et nos résultats vont dans ce sens. A noter que 94,5% des enfants de l'échantillon ont vu la seringue avant injection et les 92,3% de ces enfants ont été réticents. Des études épidémiologiques ont rapporté que la peur de l'aiguille chez l'enfant apparaîtrait vers un âge moyen de 5.5 ans et qu'elle demeure un problème commun chez l'adulte. Cette peur de l'aiguille peut constituer une phobie pour 2,2% de la population [7]. La plupart des praticiens [8,9] ont eu l'occasion de constater au cours des soins réalisés sur des enfants, que la vue de l'aiguille provoquait souvent une appréhension voire une peur doublée d'une anxiété chez le jeune patient. Figeant le patient ou au contraire suscitant de l'agitation, l'anxiété est toujours présente chez l'enfant devant être soigné au cabinet dentaire [10,11].

L'accompagnement de l'enfant a aussi son importance. 66,7% des enfants ayant été accompagnés ont accepté l'acte contre 33,3% qui l'ont refusé. Ce pendant les enfants accompagnés étaient légèrement plus anxieux même si nos résultats ne montrent pas de différence significative du niveau d'anxiété des enfants en fonction de la présence d'un parent. Dans cette étude, 68% des enfants ont subi une préparation psychologique et ils étaient presque deux fois moins anxieux que les enfants n'ont préparés psychologiquement (63% vs 37%).

Quant à l'influence de l'ancienneté dans la coopération des enfants, nos résultats montrent que 79,2% des patients détendus avaient un vécu dentaire. Nous avons noté également beaucoup d'angoisse parmi les anciens patients, avec des cas de réticence et de refus total des soins (8 patients déconnectés). Ces enfants ont dû garder un mauvais souvenir des soins dentaires qu'ils ont eu dans le passé. La plupart des auteurs [4,13, 14, 15] trouvent que l'enfant peut avoir été soumis à une expérience qui lui a laissé un mauvais souvenir (comme une consultation en urgence pour un traumatisme ou une violente douleur, ou une extraction dentaire) sans que l'enfant ait pu s'adapter à l'environnement du cabinet dentaire. Cette expérience peut être vécue comme un traumatisme notamment à cause de l'attitude du praticien : par manque d'explications, par un comportement trop brutal et non empathique, par des réprimandes. D'autres travaux [2, 14, 15, 16], ont révélé que la « peur du dentiste » et en particulier celle de la « piqûre » est très répandue ; elle est multifactorielle et résulte entre autres, des expériences antérieures (vaccins, hospitalisations...), des expériences vécues par les proches, ainsi que des images ancrées dans l'inconscient collectif.

Pour beaucoup d'auteurs [17,18,19], chez l'enfant, les difficultés de compréhension et d'appréciation de la douleur représentent une limite à sa prise en charge ; l'impression d'être « à la merci » du praticien peut provoquer des angoisses chez les enfants d'autant plus que, lors des soins dentaires, ils sont privés de la parole qui est le premier outil de communication.

CONCLUSION

La prise en charge d'un enfant au cabinet dentaire passe obligatoirement par une gestion de son comportement, que l'enfant soit anxieux ou non. Même si l'enfant est dit « facile », il a besoin d'être soutenu, accompagné dans son apprentissage des soins dentaires. Lorsque l'anxiété de l'enfant est trop forte et qu'il refuse catégoriquement l'anesthésie, la prémédication anxiolytique ou la sédation consciente par administration de MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote) peuvent être indiquées.

RÉFÉRENCES

- 1- ALSARHEED M. Children's Perception of Their Dentists. *Eur J Dent.* 2011; 5(2):186-90.
- 2- BERTHET A, DROZ D, MANNIERE MC. Traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant. Paris : *Quintessence Internationale*, 2007.
- 3- NAULIN-IC. *Odontologie pédiatrique clinique.* 327p. 2011.
- 4- BERTHET A, DROZ D, MANIERE M-C, NAULEN-IFI C, TARDIEU C. Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant Paris ; *Quintessence Internationale*, 2006, 125p.
- 5- MEECHAN J. Pain control in local analgesia. *Eur Arch Paediatr Dent*, 2009, 10(2): 71-76.
- 6- MORTIER E, DROZ D, GERDOLLE D. L'anesthésie locale et régionale. *Real Clin*, 2001, 12(1) : 35-46.
- 7- ARMFIELD JM. The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. *Austr Dent J*, 2010, 55(4): 368-377.
- 8- LUOTO A, TOLVANEN M, RANTAVUORI K. Can parents and children evaluate each other's fear. *Eur J Oral Sci*, 2010, 118(3): 254-258.
- 9- MARAGAKIS GM, MUSSELMAN RJ, HO CC. Reaction of 5 and 6 year olds to dental injection after viewing the needle: pilot study. *J Clin Pediatr Dent*, 2006, 31(1): 28-31.
- 10- KAIN ZN, MAYES LN, CICCHETTI DV, CARAMICO LA, SPIEKER M, NYGRENN MM, RIMARS S. Measurement tool for pre-operative anxiety in children: The Yale pre-operative anxiety scale. *Child Neuropsychol.* 1995;1:203-210.
- 11- SPIELBERGER CD. Manual for the State-trait Anxiety Inventory for Children. *Palo Alto. CA. Consulting Psychologists Press* 1973.
- 12- KLINGBERG G, BERGGREN A, NOREN JG. Dental fear in an urban Swedish child population: prevalence and concomitant factors. *Community Dent Health.* 1994;11:208-21.
- 13- RANTAVUORI K, LAHTI S, HAUSEN H, SEPPA L, KARKKAINEN S. Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontol Scand.* 2004;62:207-13.
- 14- ARTAUD C, NAULIN-IFI C. L'anesthésie locale en dentisterie pédiatrique. Approches cliniques. *Real Clin* 2006; 17:201-214.
- 15- KLAPISZ-WOLIKOW M, LAISON F, RIBES D. L'anesthésie locale et loco-régionale chez l'enfant. *Real Clin*, 1991,2(1) : 99-115.
- 16- SIXOU JL, HUET A, ROBERT JC. L'anesthésie locale chez l'enfant. *Le Fil Dentaire*, 2009,45 :24-26.
- 17- PEDIADOL. Modalités d'administration du MEOPA. juillet 2013. www.pediadol.fr
- 18- DERBANNE M, LANDRU MM. Le protoxyde d'azote en odontologie pédiatrique. *Bull Acad Natle Chir Dent.*2006;49
- 19- VEERKAMP JS, GRUYTHUYSEN RJ, VAN-AMERONGEN WE, HOOGSTRATEN J. Dental treatment of fearful children using nitrous oxide, Part 3: Anxiety during sequential visits. *ASDC Journal of Dentistry for Children.*1993; 60(3):175-82