▪ MARSEILLE ▪ STRASBOURG ▪
▪ GRENOBLE ▪ TOULOUSE ▪
▪ MONTPELLIER ▪ NICE ▪
▪ NANCY ▪ LYON ▪
▪ PARIS ▪

news

Le magazine dentaire qui nous rassemble

FRANCE
OCTOBRE 2018
#021

SMARTbase
Beauty Done Better

DISPONIBLE DÈS MAINTENANT
www.implantdirect.fr

IMPLANT DIRECT™

UNE PERSPECTIVE À EXPLOITER

Saviez-vous que 99 % de zones **édentées** ne sont pas traitées ? Ces cas **non traités** représentent une opportunité à exploiter.

Implant Direct s'engage à augmenter l'**accès** aux procédures de pose d'implants en proposant des systèmes de grande **qualité** à **prix raisonnable**. Nous nous engageons à développer des **protocoles** de formation pour **étendre** l'implantologie. Nous nous engageons aussi à créer des plateformes pédagogiques et de recherche pour continuer à **améliorer** les résultats.

Bref, nous nous engageons à **tenir** les promesses d'implant pour les 99 % des cas qui le nécessitent encore.

Appelez notre service client **aujourd'hui !**

www.implantdirect.fr | 00800 4030 4030

MARSEILLE • STRASBOURG
GRENOBLE • TOULOUSE
MONTPELLIER • NICE
NANCY • LYON
PARIS

news

Le magazine dentaire qui nous rassemble

FRANCE
OCTOBRE 2018
#021

L'hypnose, un jeu d'enfant !

Coordination :
Violaine Smail-Faugeron,
Hôpital Bretonneau

© fotolia.com

GRAND SHABBAT FAMILIAL ET CONVIVIAL
LE 30 NOVEMBRE (ADF)
RÉSERVEZ VITE VOTRE PLACE

ALPHA OMEGA NEWS

Le mag dentaire qui nous rassemble

Directeur de la publication :
Jacques Bessade - dr.j@bessade.fr

Directeur de la rédaction :
André Sebbag - ellemcom2@gmail.com

Rédacteurs en chefs adjoints
Michèle Albou
Sydney Boublil
Joel Itic
Claude Bernard Wierzba

La rédac
Michel Ache, David Bensoussan, Jacques Bessade, Marc Danan, Xavier Bensaid, Bernard Picard, Thierry Roos, Eric Serfaty

Chargés de rubriques
André Amiach, Alain Amzalag, Cyril Licha et Patrick Chelala, Nathalie Cot, Claude Fain, Marie Christine Laurent, Philippe Pirnay

Correspondants locaux
Grenoble : Richard Grigri
Lyon : Marie Hélène Azoulay
Marseille : Jean Luc Guetta
Montpellier : Gilles Zitoun
Nancy : Eric Fiszon
Nice : Franck Hagege
Paris : André Sebbag
Strasbourg : Thierry Roos
Toulouse : Michel Knafo
AO international :
www.alpha-omega.org
www.aonews-lemag.fr

Membres honoraires : René Arav, Maurice Huneman, Daniel Rozencweig

Société éditrice et régie exclusive de la publicité : Ellem'com

Pour contacter le journal :
01 47 39 59 54
Directrice de la publicité et chargée de rédaction
Mylène Popiolek Sebbag
ellemcom1@gmail.com

Mise en page par
1,2,3 ! Simone
www.123simone.com
Impression par
Imprimerie Planchenault
Cet imprimé est certifié PEFC™ 10-31-1240.

Ont contribué à ce numéro

- MICHÈLE ALBOU
- NATHALIE ATTALI
- RENÉ ARAV
- PATRICK CHELALA
- MARTIN GLORIFET
- MAXIME GRIMBERT
- JEAN-LUC GUETTA
- JOËL ITIC
- MARIE-CHRISTINE LAURENT
- CYRIL LICHA
- AMANDINE MERLE DES ISLES
- CONSTANCE PELLERIN
- DIANE PEREIRA
- ANNE-SOPHIE POROT
- TOM SAJA
- VIOLAINE SMAIL-FAUGERON
- CLARA UZAN
- CLAUDE-BERNARD WIERZBA

Vous avez une question, un commentaire ? Envoyez vos remarques à dr.j@bessade.fr ou écrivez nous directement sur le site aonews ! www.aonews-lemag.fr

ÉDITO

La période estivale passée, dès le 26 août la nouvelle Convention a vu le jour au Journal Officiel. Et puis le 18 septembre, le Président de la République nous a dévoilé son « plan santé »… Un projet, un programme, un vrai chantier !! Entre-temps, les premiers pas de notre « nouvelle donne » se feront dès avril 2019. Le prochain semestre nous permettra de nous familiariser avec la baisse annoncée de nos honoraires et la mise en place dans nos logiciels de nouveaux tarifs. Il s'en suivra une chasse au gaspi : mieux négocier ses achats de matériels et de prothèses, limiter les augmentations de salaires, voire licencier. Le moment venu, une étude d'impact sera la bienvenue par le biais de nos AGA de 2019 et 2020. Il apparaît déjà qu'il n'y aura sans doute pas de rattrapage entre tarifs CMU et le RAC zéro. L'Union Dentaire fulmine ! Deux poids, deux mesures.

En prolongement de ces nouvelles dispositions, nous devrions voir nos impositions diminuer et nos cotisations mutuelles en faire autant. Rêvons : il faut se faire du bien puisqu'on va nous faire du mal. Nos syndicats signataires laissent penser que nos actes non opposables seront une soupape propice à rééquilibrer notre exercice. Quand le tapage médiatique se mettra en marche pour promouvoir le RAC zéro, nos patients se réjouiront de cette évolution. Après tout le médicament est gratuit à la pharmacie, comme d'ailleurs internet. Nous reviendrons plus tard sur le plan présidentiel tant il investit de nouveaux territoires, de nouveaux espoirs, de nouveaux paradigmes !

Sans se décourager, Corinne Taddéi Gross – doyenne de la Faculté odontologique de Strasbourg –, a innové dans les nouveaux locaux de ses services cliniques. Elle est la première en France à introduire la simulation dans l'enseignement dès la 2e et 3e année des études sur des mannequins. En formant au plus près dans des conditions qui s'apparentent à la réalité, elle rejoint le peloton des pays d'Asie, des États Unis et d'Israël qui utilisent déjà ces mannequins recouvrant toutes les fonctions physiologiques d'un être humain. Pour l'étudiant dentaire en préclinique, il pourra prendre des empreintes des radios, etc. sur un « patient » qui va pouvoir réagir. Observés derrière un miroir sans tain, ces trois mannequins seront soignés par des étudiants débutants, sous le regard attentif et bienveillant d'un enseignant. À la tête de la Conférence des Doyens, Corinne Taddéi encourage le développement de ces installations de simulation précliniques. Reste à trouver les 260 000 € pour ce projet formateur.

Quant à Violaine Smail-Faugeron, dans son service de pédodontie de l'hôpital Bretonneau, elle propose une méthode éprouvée pour soigner les jeunes patients handicapés ou phobiques en faisant appel à l'imaginaire sans limite des enfants, en utilisant l'hypnose.

De Strasbourg à Paris, nos enseignements contribuent à renforcer l'excellence de la formation pré clinique à l'hôpital.

André Sebbag

L'hypnose en odontologie pédiatrique : exemples et applications

FRANCE
OCTOBRE 2018
#021

Scientifique 6

Prix AO J. Breillat 31
Couronnes fraisées zircones réalisées par CFAO en prothèse combinée, une étude pilote – Alexandre Karcenty

AONow
Grégory Camaléonte à Marseille 35
Disparition de Walter Cohen 35
La rentrée du chapitre parisien 36
Endo vs Implanto, save the date 38

Les nouveautés de nos industriels 41
Cerec Guide 3, DentsplySirona
Partners'days by Biotech Dental
Dentalinov ouvre son site marchant
Naissance de Henry Schein One
La combinaison gagnante de EMS

Le Mag 42
Descartes Israël… en Israël ! 42
Modern Dental Care Foundation à Madagascar 43
Le pivot et la dent dure 44
Selfie AO avec N. Attali, C. ifi Naulin, V. Smail Faugeron 47
Les brèves de Claude 47
Le billet d'humeur étudiant 47
Homo Archeologus 48
Le monde tel qu'il est 49
Chocolatez-vous ! 49
Le blog d'un certain regard honore Mandela 50

Pour joindre nos partenaires

ADF ..... page 50
www.adfcongres.com
Airel ..... pages 29, 37
Tél. 01 48 82 22 22 – www.airel.com – office@airel.com
Bien air ..... dossier spécial
Tél. 01 41 83 60 70 – www.bienair.com
Biotech Dental ..... page 11
Tél. 04 90 44 60 60 – www.biotech-dental.com
Dentsply Sirona ..... pages centrales
www.corporate.dentsplysirona.com
Durr Dental ..... page 24
Tél. 01 55 69 11 50 – info@durr.fr
EMS ..... page 25
www.ems-dental.com
Eurotec ..... page 22
Tél. 01 48 13 37 38 – www.eurotec-dental.fr
GC France ..... 4e de couverture
Tél. 01 49 80 37 91 – www.gcinitial.gceurope.com
HDX WILL ..... page 43
Tél. 07 68 73 04 05 – ischoi@iwillmed.co.kr
IDI ..... page 30
Implants direct ..... duo couverture/2e de couv
www.implantdirect.fr
Ivoclar Vivadent ..... page 8
Tél. 04 50 88 64 00 – www.ivoclarvivadent.fr
Julie Software ..... 3e de couv
Tél. 01 60 93 73 70 – www.julie.fr
Kavo ..... page 13
www.kavo.fr
Kulzer ..... page 23
Tél. 01 69 18 48 85 – www.kulzer.fr
Kuraray ..... page 40
Tél. 01 56 45 12 51 – dental-fr@kuraray.eu
Labocast ..... face éditorial
N° Azur 0811 115 000 – labocast@labocast.fr
LMP Paris ..... page 17
Tél. 01 39 86 31 19 – laboratoire@lmp-paris.fr
Lyra ..... page 46
Tél. 04 50 91 49 20 – info@lyra.dental
Melag France ..... page 14
Tél. 01 30 76 03 00 – info@melagfrance.fr
MSD ..... page 45
Île de France 3D : 01 30 67 61 60 – GSM Dentaire : 01 30 67 61 50
Rhones Alpes : 04 78 78 98 98 – Nord Champagne : 03 20 07 44 44
Owandy ..... page 33
Tél. 01 64 11 18 18 – info@owandy.com
Pierre Fabre Oral Care ..... page 48
Tél. 05 63 51 68 00
Philips ..... page 44
Tél. 0 800 710 580 – www.dentiste.philips.fr
Septodont ..... page 39
Tél. 01 49 76 70 02 – www.septodont.fr
TBR ..... page 34
Tél. 05 62 16 71 00 – www.dental.tbr-implants.com
Voco Les Dentalistes ..... page 49
Tél. 06 07 14 39 01 – www.voco.com
W&H ..... page 19
Tél. 03 88 77 36 00 – commercial.fr@wh.com
Zimmer Biomet ..... page 36
Tél. 01 41 05 43 48 – www.zimmerbiomet.fr

www.aonews-lemag.fr Ellemcom Aonews

SOMMAIRE SCIENTIFIQUE

7 L'hypnose en médecine bucco-dentaire

9 Les fondements de la relation thérapeutique

15 Démythification

18 Hypnose conversationnelle et hypnose formelle

22 Sortie de l'état hypnotique

28 L'hypnose médicale : une constante improvisation organisée

Violaine SMAIL-FAUGERON
Coordinatrice du numéro
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Université Paris Descartes - Sorbonne Paris Cité,
Faculté de Chirurgie Dentaire, Unité de Recherches
Biomatériaux Innovants et Interface EA4462,
Montrouge
Docteur en chirurgie dentaire,
Docteur en Sciences, MCU-PH
Unité de Recherches Biomatériaux Innovants
et Interface EA4462,
1 rue Maurice Arnoux, 92120 Montrouge

Sara BELAROUSSI
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Docteur en chirurgie dentaire,
Attachée des Hôpitaux de Paris

Sofiane BENMAGHNIA
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Docteur en chirurgie dentaire, AHU

Isabelle FERERES
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Docteur en chirurgie dentaire,
Attachée des Hôpitaux de Paris

Justine FLATOT
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Docteur en chirurgie dentaire,
Attachée des Hôpitaux de Paris

Martin GLORIFET
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Docteur en chirurgie dentaire,
Attachédes Hôpitaux de Paris

Maxime GRIMBERT
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Docteur en chirurgie dentaire,
Attaché des Hôpitaux de Paris

Sandrella HAMDAN
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Docteur en chirurgie dentaire,
Attachée des Hôpitaux de Paris

Laura JAUSEAU
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Docteur en chirurgie dentaire,
Attachée des Hôpitaux de Paris

Amandine MERLE DES ISLES
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Docteur en chirurgie dentaire,
Attachée des Hôpitaux de Paris

Alice MODOLO
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Docteur en chirurgie dentaire,
Attachée des Hôpitaux de Paris

Andréi MITU
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Docteur en chirurgie dentaire, Attaché(e) des Hôpitaux
de Paris

Diane PEREIRA
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital
Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Docteur en chirurgie dentaire,
Attachée des Hôpitaux de Paris

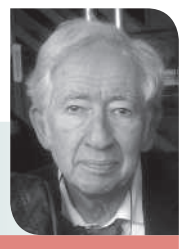
Julie PICOU ROLLIN
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Docteur en chirurgie dentaire,
Attachée des Hôpitaux de Paris

Anne-Sophie POROT
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Docteur en chirurgie dentaire, AHU

Tom SAJA
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Docteur en chirurgie dentaire,
Attachédes Hôpitaux de Paris

Guillaume VAUTREY
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris
Docteur en chirurgie dentaire,
Attaché des Hôpitaux de Paris

L'hypnose en odontologie pédiatrique



Claude Bernard Wierzba

C'est en 2007 que le service d'odontologie de la Tour d'Auvergne a connu sa transhumance vers l'hôpital Bretonneau. Je faisais partie de ce déménagement de ce nouveau département ultra moderne, dont Madame le Professeur Buch restait chef de service.

Le service d'odontologie est aujourd'hui un centre d'excellence avec des consultations spécialisées : consultation de dermatologie buccale, consultation douleur, consultation pour les maladies rares, consultation d'implantologie, consultation d'odontologie pédiatrique avec mise en place d'une plateforme destinée à prendre en charge tous les enfants par l'utilisation de l'hypnose et à améliorer les soins chez les enfants handicapés.

Je me réjouis du devenir des étudiants formés à l'hôpital Bretonneau et de leur réussite : ainsi Benjamin Salmon est aujourd'hui professeur des universités et chef de service, Nathan Moreau est maître de conférences dans le département de chirurgie et de médecine orale, Violaine Smail-Faugeron est maître de conférences en odontologie pédiatrique, et nombreux sont nos anciens étudiants qui occupent aujourd'hui des postes à responsabilité dont nous sommes très fiers.

Lorsque j'ai proposé à Benjamin Salmon de faire un numéro spécial Bretonneau, plutôt que de réaliser un numéro pluridisciplinaire, il a préféré confier à Violaine Smail -Faugeron la réalisation d'un numéro centré sur une nouvelle manière de soigner et de prendre en charge les enfants : l'hypnose.

Violaine et son équipe ont ainsi réalisé un numéro remarquable qui rendra certainement de nombreux services aux praticiens démunis devant certains enfants.

Je remercie Violaine pour son engouement et la façon dont elle a géré les nombreux articles de ce numéro.

Violaine Smail-Faugeron, Tom Saja, Sara Belaroussi, Diane Pereira

L'hypnose en médecine bucco-dentaire

Violaine Smail-Faugeron
Tom Saja
Sara Belaroussi
Diane Pereira
Paris

Le contexte de l'utilisation de l'hypnose médicale : la difficulté de prise en charge, ou une anxiété partagée

Chirurgiens-dentistes de formation, nous avons choisi de consacrer notre exercice clinique à la prise en charge des enfants et adolescents. Et il n'est pas rare – voire même ordinaire – que nous rencontrions des patients à besoins spécifiques : le tout-petit (moins de trois ans), les patients non coopérants (jugés non soignables en ambulatoire classique), les patients atteints de maladies rares, et les patients atteints de handicap (notamment des enfants atteints de troubles envahissants du développement, de handicap mental ou de polyhandicap). La particularité de ces patients est représentée par un comportement anxieux, pouvant aller d'un regard fuyant ou d'une légère tension à des hurlements voire à une agitation extrême, et qui rendent la séance de soins difficile, tant pour le soigné que pour le soignant. Certaines études ont par exemple montré que 50 à 72 % des enfants atteints d'autisme présentaient un comportement non coopérant pendant les soins dentaires, induit notamment par le changement de routine et d'environnement *(Eigsti and Shapiro 2003 ; Marshall et al. 2007).*

Cette spécificité peut engendrer plusieurs conséquences sur la prise en charge thérapeutique.

- L'absence ou le retard de soins, et leurs retentissements d'une part sur la santé générale, pouvant aller de l'impossibilité de se nourrir à la septicémie, et d'autre part sur les coûts, avec une augmentation certaine de ces derniers. Cette absence ou ce retard de prise en charge peuvent s'expliquer non seulement par le refus de soins de la part du chirurgien-dentiste, mais aussi par un phénomène d'auto-exclusion de la part du patient ou sa famille *(Brickhouse et al. 2009).* Ce dernier point peut être lié à de multiples refus de soins préalablement rencontrés, un parcours de soins méconnu concernant l'orientation vers des praticiens formés à la prise en charge des patients à besoins spécifiques, ou encore la présence d'autres priorités (comme chez un patient atteint de handicap qui nécessite une prise en charge médicale multiple lourde). Ainsi, selon certains auteurs, plus de la moitié des patients handicapés ne demanderaient habituellement pas de soins dentaires, et parmi ceux qui le font, 76 % auraient des difficultés à recevoir des soins, et près de 85 % ne demanderaient des soins qu'en cas d'urgence *(Leal Rocha et al. 2015).* En outre, d'autres auteurs mettent en avant une autre explication probable, qui est l'incapacité des parents ou des aidants à reconnaître une douleur ou une gêne exprimée de manière différente chez certains enfants atteints de handicap *(Allison et al. 2000 ; Hennequin et al. 2000).*
- L'anxiété de certains patients peut être telle qu'elle peut également induire des séances de soins sous contention physique, avec, d'une part, leurs conséquences psychologiques inévitables (de l'enfant, des accompagnants, et du praticien), et d'autre part, un possible abaissement des normes de prise en charge.
- Et enfin la dernière conséquence liée à un comportement non coopérant est la dispense des soins sous anesthésie générale, qui nécessitent souvent des mois d'attente, sans parler du risque de morbi-mortalité inhérent à ce type de prise en charge *(Farsi et al. 2009 ; Ramazani 2016).*

Mais pourquoi est-il jugé si « difficile » de soigner ces patients à besoins spécifiques ? S'il est relativement aisé d'expliquer l'origine de cette difficulté voire de ce refus de soins (de la part des patients ET des praticiens), mettre en œuvre des stratégies pour arriver à soigner au fauteuil est d'un tout autre défi. Lors de la première visite chez le dentiste, certains enfants ressentent une légère appréhension, quand d'autres expriment une réelle angoisse, voire même de la peur. C'est cette anxiété qui est au cœur des difficultés ; c'est elle que le praticien doit être en mesure d'identifier. Cette anxiété peut se traduire de plusieurs manières chez un enfant. Différents comportements sont possibles : il peut être anxieux mais coopérant (avec un flot de paroles ou des questions incessantes, des mains crispées ou triturant un vêtement, des jambes pliées, ou encore un visage figé), ou anxieux et non coopérant, comme lorsque l'enfant se débat, attrape les mains du dentiste, refuse de monter sur le fauteuil ou d'ouvrir la bouche, crie ou pleure *(Shinohara et al. 2005).* Ce sera le rôle du praticien de déconstruire cette vision qu'a l'enfant du dentiste, d'enrayer ce processus anxiogène, d'éviter qu'une crainte débutante ne devienne une peur incontrôlable. Mais pour pouvoir le faire, encore faut-il qu'il dépasse lui-même sa propre vision de la prise en charge des enfants… et sa propre anxiété.

Voici trois phrases tirées d'une enquête nationale d'évaluation des pratiques que nous avons réalisée en 2016, dans laquelle nous avons interrogé un échantillon de 145 praticiens sur leur comportement face à diverses situations cliniques *(Saja 2016) :*

1. *« À chaque anesthésie, les enfants pleurent. Je n'arrive pas à faire autrement. »*
2. *« L'enfant pleure ? Une bonne paire de claques et je vais chercher un café. »*
3. *« Si l'enfant pleure, c'est du caprice : je l'envoie chez le pédodontiste exclusif. »*

Des constats frappants sont à tirer de cette enquête, et qui témoignent plus d'une grande détresse que d'un réel désintérêt de la part des chirurgiens-dentistes. Ce sont, de plus, des phrases que l'on entend régulièrement dans les couloirs d'un hôpital ou d'un cabinet dentaire, et qui peuvent expliquer en partie les difficultés d'accès aux soins rencontrées par ces patients. Analysons ces trois commentaires qui, à eux seuls, pourraient résumer les étapes par lesquelles peut passer un praticien, de l'appréhension à recevoir un enfant jusqu'au refus catégorique de les prendre en charge.

Dans la première situation, le praticien « sait » (craint ?) qu'il va faire mal à l'enfant lors de l'anesthésie : dans le cas présent, le praticien prend en charge les enfants, tente de mettre en œuvre des stratégies pour que la séance se passe bien, mais il ressent de l'inquiétude avant même le début de la séance de soins ; il n'est pas serein. Soigner les enfants devient une source d'appréhension pour le praticien qui redoute le moment où il aura à prendre en charge un enfant.

Dans la seconde situation, le praticien est découragé en pensant que les soins se terminent systématiquement dans les larmes : à ce stade, le praticien prend encore en charge les enfants, mais plus aucune stratégie n'est mise en place pour permettre la réalisation de soins dans de bonnes conditions. Soigner les enfants devient une fatalité, une épreuve, le praticien commence à refuser de prendre en charge certains patients jugés non coopérants.

Enfin dans la dernière situation, le praticien pense que la prise en charge des enfants n'est réservée qu'à un spécialiste : c'est la troisième (la dernière) étape du processus, dans laquelle le praticien refuse d'office de prendre en charge les enfants dans sa pratique clinique, quels que soient le comportement et l'âge. C'est le début de l'engrenage expliquant en partie les problématiques d'accès aux soins pour ces patients.

Et lorsque le patient est atteint d'un handicap, l'appréhension transparaît parfois encore plus dans les interrogations : que faire lorsqu'un enfant atteint d'autisme ne communique pas ? Comment faire pour arriver à ce qu'un enfant atteint de handicap mental accepte sans contrainte l'introduction d'un élément étranger dans sa bouche ? Quelles sont les possibilités pour ne pas abaisser ses normes de prise en charge *(Belaroussi 2018) ?*

L'HYPNOSE EN ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE : EXEMPLES ET APPLICATIONS

Violaine Smail-Faugeron, Tom Saja, Sara Belaroussi, Diane Pereira

© fotolia.com

L'anxiété est donc au cœur du problème, et se situe autant du côté de l'enfant que de celui du praticien.

C'est cette anxiété partagée qui doit être la cible de l'hypnose médicale dans le domaine bucco-dentaire.

Objectifs de l'hypnose en médecine bucco-dentaire

Il est désormais aisé de définir les objectifs de l'hypnose médicale, qui sont de deux ordres : **le premier, aider le praticien dans sa prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.** En enrichissant son arsenal thérapeutique de stratégies hypnotiques, le chirurgien-dentiste augmentera sa maîtrise de la situation, et sera donc en mesure de dépasser cette anxiété qui est un frein à la prise en charge de ces patients. **Le second objectif découle du premier :** en aidant les praticiens, l'hypnose aidera les patients, qui comprendront l'univers du dentiste en reprenant le contrôle de la situation, et qui pourront ainsi retrouver des soins confortables. L'hypnose va permettre de vivre, de faire une expérience, à la fois du côté du patient et du praticien, en améliorant le vécu d'une situation potentiellement anxiogène.

Guy de Maupassant disait : *« On n'a vraiment peur que de ce qu'on ne comprend pas »*. L'hypnose doit permettre une dédramatisation des situations, tant pour le soigné que pour le soignant : du côté du patient, cela doit être facile d'aller chez le dentiste (et cela peut même être amusant !), tout comme du point de vue du praticien, cela doit être agréable (et tellement gratifiant !) de soigner un enfant.

Et, outre l'important problème d'accès aux soins que cette anxiété partagée est capable d'engendrer, n'oublions pas non plus qu'un enfant anxieux va devenir un adulte : la peur peut, certes, disparaître, mais elle peut aussi perdurer, ou même s'intensifier, entraînant des conséquences parfois importantes sur la santé générale… N'est-il pas alors préférable de tout mettre en œuvre pour y remédier le plus tôt possible ?

Dans les articles qui suivront, nous tenterons de montrer que la pratique de l'hypnose est un art autant qu'une science, menant le bon sens, l'intuition et la spontanéité, à une utilisation plus créative et plus efficace *(Smaïl-Faugeron 2017)*.

Références

1. *Allison PJ, Hennequin M, Faulks D. 2000. Dental care access among individuals with down syndrome in France. Special care in Dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry. 20 (1) : 28-34.*
2. *Belaroussi S. 2018. La pratique de l'hypnose orientée sur la prise en charge bucco-dentaire des enfants et adolescents à besoins spécifiques : Revue systématique et application au sein d'un service hospitalier [Thèse d'exercice]. Université Paris Descartes.*

Toute la bibliographie est à retrouver sur **www.aonews-lemag.fr**

Photopolymériser les matériaux de manière fiable et performante – telle est la promesse Bluephase.
La Bluephase Style, testée et éprouvée depuis plus de 5 ans, est désormais disponible en édition limitée sur l'Europe à 999 exemplaires dans une finition prestigieuse noire mat.
Saisissez l'opportunité de figurer parmi les 999 utilisateurs en commandant votre exemplaire dès maintenant sur **bluephaseallblack.com**

MEGA DENTAL
Le spécialiste du hard discount en 24 h chez vous
www.megadental.fr | Tél. 01.69.83.90.91

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

Violaine Smail-Faugeron, Anne Sophie Porot,
Isabelle Fereres, Julie Picou Rollin, Constance Pellerin

Les fondements de la relation thérapeutique

Violaine Smail-Faugeron
Anne Sophie Porot
Isabelle Fereres
Julie Picou Rollin
Constance Pellerin
Paris

L'identification des sensibilités de chaque enfant et l'observation attentive vont permettre une meilleure prise en charge par l'originalité et le caractère unique de la relation praticien-patient, en jouant sur la création d'une **alliance thérapeutique** et sur la diminution de l'anxiété du patient. Cette notion d'accordage du praticien avec son patient fait écho au lien empathique dans lequel doit être le praticien, et définit par là même l'hypnose médicale (Olness and Kohen 2006). Toute notion de domination du praticien sur le patient doit ainsi être exclue de la relation thérapeutique : le praticien ne se confronte pas au patient, il ne s'oppose pas à lui, mais, au contraire, il prend en compte toutes ses réactions pour pouvoir l'accompagner tout au long de la séance. Néanmoins, se préserver d'une familiarité trop importante entre les deux protagonistes est nécessaire afin d'éviter tout débordement.

Des techniques linguistiques et relationnelles spécifiques seront les outils de la communication hypnotique nous permettant l'obtention de cette alliance thérapeutique.

Établir une relation de confiance

Établir une relation de confiance avec l'enfant est l'un des fondements de la relation thérapeutique. Ainsi, **se mettre à sa hauteur** lorsque nous nous adressons à lui permet d'éviter toute symbolique non verbale dominante **(Fig. 1)**, et **le nommer par son prénom** permet de l'impliquer directement dans la relation que l'on commence à construire avec lui. D'une manière générale, il peut être intéressant de précéder la plupart des phrases à l'intention de l'enfant par son prénom, de façon à personnaliser ce que nous voulons lui dire. Il saura que nous nous adressons bien à lui, surtout dans les situations où nous souhaitons le rappeler à l'ordre. En outre, **le prévenir de ce que nous voulons faire puis faire exactement ce que nous venons de dire** – pas plus, pas moins – permet de lui faire comprendre qu'il peut – et qu'il doit – nous croire, et ce, en toutes circonstances.

Le praticien doit chercher à obtenir cette relation de confiance dès la salle d'attente, et c'est **l'observation** de son patient qui l'autorisera à « rentrer en contact ». L'observation permettra d'adapter ses techniques en fonction du type de comportements : faire en sorte qu'un enfant coopérant le reste, gérer les réflexes nauséeux, être en alerte des signes suggérant l'angoisse naissante et enrayer le processus anxiogène (en d'autres termes éviter qu'une crainte débutante ne devienne une peur incontrôlable), ou encore gérer une crise installée. Ainsi, savoir observer son patient doit constituer notre point de départ, quelle que soit la situation. Par exemple, lorsque nous remarquons que l'enfant panique à l'égard de quelque chose (instrument, masque), et encore plus lorsque nous venons d'arrêter une crise de larmes et de hurlements et que nous constatons que l'inquiétude le gagne à nouveau (yeux qui s'écarquillent ou s'imbibent de larmes, début d'agitation), lui donner immédiatement cette chose peut être une telle surprise pour l'enfant qu'il fait machine arrière sans s'en rendre compte et inspecte ce nouvel objet que le dentiste lui a offert sans y prêter une quelconque attention (attitude voulue nonchalante du dentiste).

Se mettre dans la réalité de son patient permet de rentrer en communication avec lui. Un procédé peut être utilisé de manière à optimiser l'empathie grâce à l'activation des neurones miroirs : la reprise des mots du patient suivie de leurs reformulations. Par exemple, lorsque l'enfant nous dit « j'ai mal » dès le début de la séance, qu'il emploie ce terme et l'exprime clairement, il serait maladroit de l'ignorer, ou pire de lui répondre « mais non ! », voire d'ajouter « ça ne fait pas mal » ; il se sentirait incompris, penserait que nous le prenons pour un menteur, et un fossé commencerait à se creuser entre lui et nous. Lorsque le praticien reconnaît la réalité de l'enfant, ce dernier est plus prêt à croire et à suivre d'autres suggestions proposées par la suite.

Ainsi, il est préférable de rentrer dans son monde, même si son « j'ai mal » signifie en réalité « j'ai peur » (l'enfant « teste » souvent le praticien pour voir s'il l'écoute et s'il prend en considération ce qu'il dit), et de lui rétorquer : « d'accord, j'ai compris que tu avais mal [*reprise du même mot que le patient : mise à son niveau*], je te crois ; tu vas maintenant me dire si comme ça [*changer de position, d'instrument*], ça va un peu mieux » [*reformulation : maintenant qu'il a vu que nous le croyons, nous recommençons cette fois-ci à employer à nouveau des termes positifs* – « tu vas me dire si ça va mieux » – *plutôt que de dire* « tu vas me dire si ça te fait moins mal » ; *de plus, le fait de moduler un peu ses propos* – « ça va un peu mieux » – *plutôt que* « ça va bien ou très bien », *permet de laisser une ouverture à l'enfant qui, par opposition, pourrait répondre non au dentiste. Formuler* « un peu mieux » *ou même* « un petit peu mieux » *permet de garder l'alliance, l'enfant est plus susceptible de répondre* « oui », *car il sent que le praticien n'exagère pas, et qu'il prend en compte le fait qu'il avait eu* « mal » *avant*]. De cette façon, cela permet au praticien d'approcher l'enfant sur un mode hypnotique, lui offrant en même temps reconnaissance de sa réalité et suggestions d'attente positive et d'amélioration.

Souvent, le simple fait de « faire comme si » nous changions quelque chose suffit à ce que l'enfant nous fasse confiance.

Nous lui montrons que, si réellement il avait mal par la suite, nous chercherions un moyen de l'aider. Pour les cas où l'enfant persiste à dire « j'ai mal », une suggestion avec lien peut être employée : « je change ça [*position, instrument*], et toi tu me dis dès que ça va mieux » [*ici, l'enfant n'a « plus le choix », il est obligé d'aller mieux, il faut juste qu'il prévienne son dentiste du moment où il va se sentir mieux, ce qui permet aussi de l'impliquer dans la séance*] ; « dès que ça va mieux » est préférable à « quand ça ira mieux », [*le présent suggérant la notion d'immédiateté, alors que le futur suggère plutôt la notion d'incertitude*].

Une autre approche peut être utilisée dans la reconnaissance de la réalité de l'enfant, c'est de lui dire que ses larmes sont très belles, ou que ses hurlements révèlent des poumons en excellente santé. De même, lorsque l'enfant saigne (dû à un traumatisme par exemple), et que cela déclenche de la peur : « quel beau sang bien rouge ! C'est la preuve que tu es en excellente santé ça. Tu vas pouvoir le dire à maman… Quand est-ce que ça va s'arrêter de saigner ? Tu sais ? Est-ce que ça va être dans 10 secondes, dans 20 secondes ou dans 30 secondes ? » Cette construction de phrase suggère non seulement une amélioration certaine, mais aussi la curiosité, qui vont toutes deux progressivement remplacer l'anxiété.

Par ailleurs, face à certaines situations, le praticien devra travailler son imagination, savoir rebondir en toutes circonstances et ne jamais se laisser décontenancer.

Ainsi, si l'on s'attache à l'une des particularités liées à certains types d'autisme et retards mentaux, représentée par la difficulté de langage, nous nous trouvons face à des patients dont le développement de leur communication est incomplet ou la parole inexistante, mais qui n'est pour autant pas nécessairement corrélée au niveau de compréhension. Certains peuvent utiliser des mots sans en comprendre la signification exacte, d'autres peuvent avoir tendance à avoir un trouble du langage consistant à répéter de manière systématique les derniers mots entendus (écholalie) *(Waldman et al. 2008)*. Ce sera donc au praticien de s'adapter et de développer des outils de communication alternative, verbale et non verbale, sans jamais infantiliser son patient ni tourner en ridicule la situation.

L'une des techniques permettant de créer puis de maintenir un rapport de confiance avec son patient est la **synchronisation**, qui sera le fil conducteur du cheminement hypnotique. Elle allie **trois phases**.

Tout d'abord le ***mirroring***, au cours de laquelle le praticien sera « le miroir » de son patient, c'est-à-dire reproduira ses attitudes verbales et non verbales (c'est une action très différente de celle de « singer » son patient, dans laquelle la notion de moquerie est omniprésente). Dans le *mirroring*, le praticien peut tenter de « rentrer dans l'univers du patient » en reprenant ses mots, les répétant avec lui, en respirant à toute allure sur le rythme du patient, en mimant un mouvement reproduit de façon cyclique ou ininterrompue, comme frapper le mur, taper dans la main des parents, toucher ou jeter un objet particulier.

La seconde phase est le ***pacing***, qui est le fait de synchroniser sa respiration, notamment en parlant sur l'expiration de l'enfant. Cette phase permet en quelque sorte d'asseoir le processus enclenché, et est le moment où des changements notoires commencent à se manifester : le rythme verbal ou respiratoire se ralentit, l'agressivité corporelle diminue, l'attention détournée se centre sur le praticien. Le *pacing* représente la transition vers la dernière phase, le *leading*.

Le ***leading*** permet au praticien de s'assurer que la synchronisation est établie et effective, autrement dit que le lien de confiance est bien constitué : par exemple, il pourra se mettre à côté de lui et frapper le mur de la même façon que lui, puis entraîner l'enfant à frapper plutôt dans sa main ; *in fine*, les frappes se feront plus douces, plus tranquilles, pour aboutir à des caresses, puis à une absence de mouvement. C'est le praticien qui va inviter le patient à suivre son rythme, son calme ; grâce aux neurones miroirs, l'enfant est incité à entrer dans le même état que lui. Le praticien pourra adapter ce mécanisme à de multiples situations.

FIG. 1

Mise à la hauteur du patient

Donner le contrôle

Donner le contrôle à l'enfant, autre principe fondateur d'une relation thérapeutique optimale, permet de diminuer son anxiété et d'augmenter sa maîtrise de la situation *(Wright et al. 1991)*.

Nous pouvons alors lui donner un rôle, comme tenir un miroir de courtoisie placé en face de lui **(Fig. 2)**. Ou encore, si, lors de la pose du champ opératoire, l'enfant a peur d'avaler le crampon, nous pouvons lui proposer de tenir le fil dentaire (permettant de sécuriser le crampon en évitant que l'enfant ne l'ingère en cas de perturbations lors des soins) avec la main, permettant d'accentuer le contrôle qu'il a sur la situation **(Fig. 3)**.

Nous pouvons également impliquer l'enfant **en lui demandant de l'aide** (les enfants aiment nous aider) : « Tu vérifies si je fais bien/compte bien les dents… ». Nous pouvons aussi lui tendre certains instruments afin de le valoriser dans son rôle au cabinet comme s'il était l'assistant et lui faire comprendre qu'il a un rôle indispensable : **« attention, sans toi je ne peux pas y arriver »**. Ce peut être également bénéfique de déguiser l'enfant : le praticien lui fournit des gants, un masque : « je compte tes dents, et ensuite tu fais pareil à maman/à ton doudou » [*ils demandent ensuite fréquemment d'emporter avec eux les gants et le masque à la maison*] **(Fig. 4)**.

Si l'enfant refuse de monter sur le fauteuil, se cache derrière le parent, reste assis en ayant une attitude de « bouderie », ou manifeste des signes d'anxiété débutante avant de commencer un soin, le praticien peut utiliser des suggestions avec choix illusoire, par exemple : « Tu montes sur le fauteuil tout seul ou je t'aide ? », « Tu veux qu'on soigne une petite ou une grosse carie ? Une carie en haut ou en bas ? À gauche ou à droite ? [*implication de l'enfant : c'est lui qui choisit*] », ou encore des suggestions avec lien : « Quand tu auras mis tes lunettes de soleil, tu auras le droit de monter sur le fauteuil *[il est souvent utile de proposer à l'enfant de mettre des lunettes de soleil afin*

que, d'une part, il s'immisce dans un rôle et soit acteur, et d'autre part, que le soin soit rendu plus confortable en évitant l'éblouissement par le scialytique et la pénétration dans ses yeux d'une éclaboussure ou d'un corps étranger] » **(Fig. 5)**.

En outre, **montrer d'abord les instruments au patient debout dans la pièce** et les lui faire accepter en bouche peuvent être une solution pour l'amener progressivement au fauteuil voire qu'il y aille de lui-même **(Fig. 6)**. Il est préférable également de passer par une étape où les instruments sont montrés une première fois lorsque l'enfant est assis (et non allongé), permettant ainsi d'augmenter son contrôle de la situation ; en effet, d'une manière générale, toute personne se sent plus vulnérable lorsqu'elle n'est pas à la même hauteur que son interlocuteur. Lorsque le praticien voudra allonger le fauteuil, il préviendra l'enfant : « On s'allonge comme dans un lit ». Dans certaines situations, nous pouvons choisir de mettre le fauteuil en position allongée directement avant que le patient ne rentre dans la salle de soins, permettant d'éliminer cette sensation de partir en arrière ; à noter qu'il existe également des fauteuils fabriqués directement en position allongée, ne pouvant pas se mettre en position assise **(Fig. 7)**.

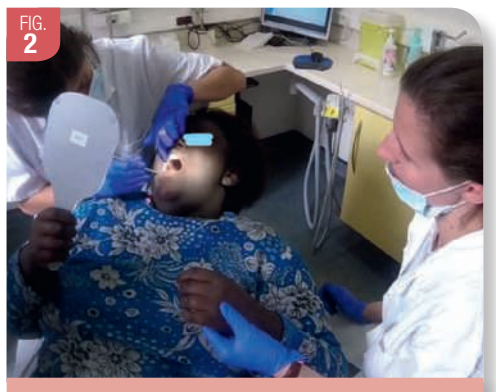
Parfois aussi, **permettre au patient de repousser notre main** qui tient un instrument, sans opposition de notre part, peut être un moyen d'arriver à faire accepter l'objet en question sans contrainte : le praticien laisse l'enfant le repousser, puis le remet en place sans force, et souvent en comptant (lui faisant comprendre que nous acceptons qu'il rejette l'instrument, mais seulement pour un temps, quelques secondes, pour faire une pause, uniquement). Le scénario est réitéré plusieurs fois si nécessaire, jusqu'à l'acceptation totale.

Laisser à l'enfant la possibilité de nous dire quand il est prêt pour commencer permet aussi de lui donner le contrôle de la situation ; ce peut être par un mot ou une action (***signaling***) : « Une fois que tu auras vu ton ballon/tu auras bien gonflé ton ventre/tu auras vu tes papillons…, on commencera à soigner la dent ; dès que tu es prêt, tu me dis/tu lèves la main gauche ». Un autre exemple, l'enfant qui se crispe lorsque l'on attrape le miroir doit être rassuré tout de suite en lui offrant la permission de le tenir quelques instants dans sa main, puis de nous le tendre dès qu'il est prêt.

Permettre également d'arrêter le soin à la demande de l'enfant augmente le contrôle qu'il a sur la situation : il s'implique, participe activement. Souvent, les enfants testent une fois, voient que cela marche, et ne le refont plus ensuite car ils font confiance (le dentiste fait ce qu'il a dit).

Enfin, **donner le temps, le contrôle du temps** à l'enfant est une autre technique permettant de lui donner le contrôle sur la séance de soins. Ainsi, le fait de compter jusqu'à un certain nombre, puis de faire une pause accompagnée d'un renforcement positif (comme un câlin, ou la possibilité de visionner quelques secondes un dessin animé), permet de séquencer la séance en unités de temps rassurantes. Le contrôle du temps peut également être donné à l'enfant à l'aide d'une montre, d'une horloge, de jetons, ou d'un *Time Timer*, qui sont autant d'outils très visuels permettant de matérialiser le temps qui passe en indiquant le temps restant au soin ; ces accessoires sont notamment très utilisés dans le cas de handicap **(Fig. 8)**. Lorsque l'enfant demande sans cesse « quand est-ce que c'est fini ? », nous pouvons lui indiquer une durée qu'il connaît : le temps d'un dessin animé, d'une récréation… ; nous pouvons aussi débuter par un processus de renforcement positif en lui disant que s'il continue à être bien sage, cela se terminera vite, et s'il n'arrête pas, nous pouvons créer un renforcement négatif, toujours autour de la notion de temps, en lui disant que plus il demandera, plus nous rajouterons des secondes. Le praticien peut aussi faire des suggestions avec lien par exemple : « qu'est-ce que tu vas faire quand tu vas rentrer chez toi dès qu'on aura fini de soigner la dent ? [*notion d'immédiateté*] ».

FIG. 2



Exemple de contrôle donné à une patiente atteinte d'autisme sévère (miroir de courtoisie)

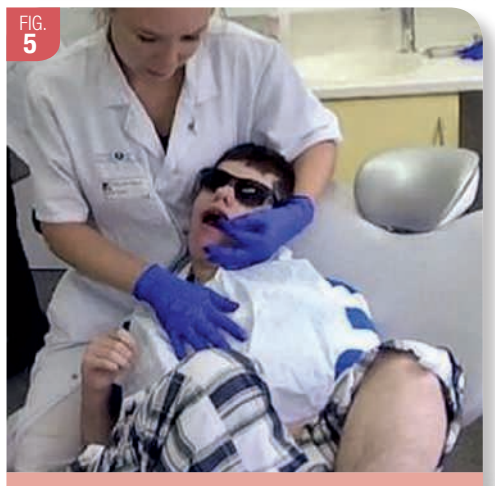
FIG. 3

Fil dentaire relié au crampon tenu par l'enfant effrayée de l'avaler

FIG. 4

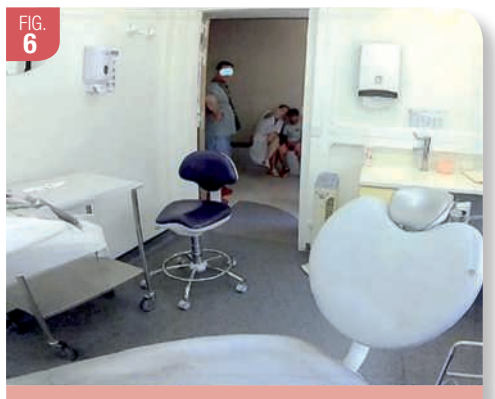
Imitation du dentiste sur une peluche

FIG. 5



Lunettes de soleil chez un patient atteint d'anomalies hypophysaires, hypoglycémies, épilepsie, microcéphalie

FIG. 6

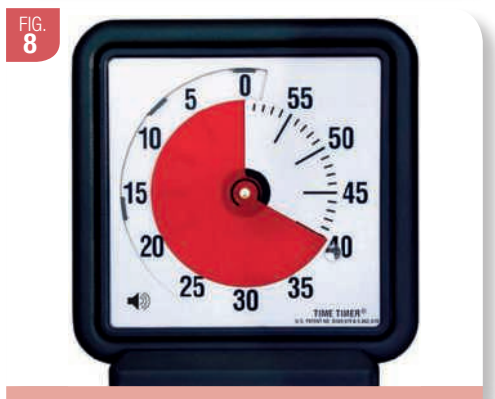


Ne pas se ruer sur le fauteuil

FIG. 7

Fauteuil dentaire en position strictement allongée

FIG. 8



Time timer

Habituation

La **répétition** des cycles de soins (par exemple le fait de compter jusqu'à un certain nombre, puis de faire une pause), et la **ritualisation** de la séance de soin (comme installer l'enfant et l'accompagnant toujours de la même manière sur le fauteuil dentaire, ou initier/terminer tout soin par une même action, que ce soit une phrase à dire ou un objet à prendre), sont deux notions dont l'objectif final est l'habituation de l'enfant à l'environnement dentaire. Faire en sorte que ce monde lui devienne familier, rassurant, permet d'aboutir à une diminution de l'anxiété et à une augmentation de la maîtrise de la situation par l'enfant *(Lyons 2009)*.

À noter qu'au fur et à mesure, l'enfant lui-même réclamera à chaque séance ce cycle ou ces rituels mis en place, d'autant plus s'ils sont oubliés par son dentiste : par exemple, dans le cas d'enfants atteints d'autisme ou de handicap mental, ils peuvent se mettre à crier le premier nombre pour que le praticien commence à compter, ou le nombre suivant si le praticien s'est arrêté de compter ; dans d'autres cas, ils peuvent attraper leur mère et l'entraîner dans la position dans laquelle elle a l'habitude d'être, ou attraper la main du praticien, l'entraîner vers le masque du MEOPA, puis coller le masque sur leur visage, nous faisant comprendre qu'il est temps qu'on commence dans les conditions habituelles **(Fig. 9)**.

Le patient peut aussi manifester son mécontentement si nous nous obstinons à changer ses habitudes : par exemple, si nous refusons de faire une pause routinière, un mouvement de tête brusque peut apparaître et un refus de continuer le soin peut être observé tant que nous ne nous exécutons pas (il est de rigueur de respecter les pauses annoncées… même si nous avons envie de continuer) ; ou encore un patient réclamant le masque de MEOPA peut refuser d'ouvrir la bouche tant qu'il ne l'a pas sur le nez. L'habituation de l'enfant est encouragée par des rendez-vous assez rapprochés, tous les trois mois, afin que le lien entre l'enfant et l'univers dentaire soit maintenu, de sorte que cela devienne une routine, un quotidien.

FIG. 9

Patiente attrapant la main du praticien pour l'entraîner vers le masque

La place de l'accompagnant

Un troisième acteur est également concerné dans la relation thérapeutique : le parent (ou autre membre de la famille), ou encore l'éducateur ou l'infirmier dans le cas d'un enfant atteint de handicap. L'accompagnant a une place essentielle au sein de la consultation, et cette réalité est encore plus constatée lorsque l'enfant est atteint de handicap, comme l'encourage notamment la charte Romain Jacob (qui regroupe l'ensemble des acteurs nationaux du soin et de l'accompagnement, et qui a pour but d''améliorer l'accès aux soins et à la santé des personnes atteintes de handicap, www.handidactique.org) *(Lyons 2009 ; Nathan 2001)*. Ce sera alors au praticien de savoir impliquer l'accompagnant dans la relation thérapeutique à établir.

Tout d'abord, il s'agit de **préparer l'accompagnant** sur le rôle qu'il a à jouer, tant dans le déroulement de la séance à proprement parler, que dans la santé bucco-dentaire de son enfant en général. En premier lieu, le choix des mots est très important. Ainsi, par exemple, les mots comme « arracher » ou « piqûre » sont sources d'anxiété et sont donc à proscrire. L'emploi de mots simples et positifs est primordial. En effet, il est déconseillé de faire des suggestions négatives comme « n'aie pas peur » ou « tu vas voir la piqûre ça ne fait pas mal ». Le cerveau n'entendant pas la négation, dès lors que l'on suggère à l'enfant les mots comme « peur » ou « mal », cela ne fera que produire de l'anxiété. Il semble plus intéressant de suggérer directement : « tout va très bien se passer ; c'est très facile, tu vas voir ».

En second lieu, responsabiliser les accompagnants permet de leur faire comprendre leur rôle indispensable dans la santé bucco-dentaire de leur enfant : « sans vous, tout ce qu'on fera ne servira à rien, vous faites 90 % du travail à la maison, nous ne faisons que soigner, et si vous ne faites pas ce travail, les caries reviendront ». Néanmoins, lorsque les habitudes de la famille sur le brossage et l'alimentation demandent à être changées, il semble judicieux d'aider les parents (ce qui est valable encore plus quand ils sont dépassés par la situation), de leur apporter des solutions, plutôt que de leur dire « il ne faut pas manger et boire de choses sucrées et il faut se brosser les dents », ou pire, de les accabler. Ainsi, « c'est votre faute s'il a autant de caries… » doit être plutôt remplacé par :

Violaine Smail-Faugeron, Anne Sophie Porot, Isabelle Fereres, Julie Picou Rollin, Constance Pellerin

« si vous êtes venus nous voir, c'est que vous voulez la santé de votre enfant, que vous voulez que ça change. On va tout voir ensemble et tout faire pour que ça change. On va y arriver. Vous ne saviez pas, maintenant vous savez, et donc ça va aller. Je suis là pour vous aider. Tout va bien se passer à présent. ».

De plus, personnaliser l'entretien en ciblant précisément ce qui doit être modifié chez cet enfant en particulier (sucreries, boissons, lait, biberon, allaitement, temps du brossage, moment du brossage, accompagnement du brossage…), et surtout en leur apportant des solutions (comme faciliter le brossage avec une chanson, sablier, horloge, dessin animé, ou permettre de prendre une sucrerie aux anniversaires, une fois le week-end…), sera plus favorable à un changement pérenne. À la phrase parfois prononcée par les parents « mais il va chercher du coca tout seul dans le frigidaire… ce n'est pas moi qui lui en donne », le praticien pourra répliquer, avec une pointe d'humour permettant d'éviter l'affrontement : « d'accord, mais est-ce qu'il va acheter tout seul du coca dans le magasin ? ». Le praticien peut également utiliser la technique du yes-set avec les parents afin de montrer l'importance de la prise de conscience : « vous voulez la santé de votre enfant ?… [*oui*]… Vous voulez qu'il aille mieux ?… [*oui*]… Donc que ses dents aillent mieux ?… [*oui*]… Qu'il puisse manger correctement ?… [*oui*]… Qu'il retrouve son beau sourire ?… [*oui*]… Donc il faut nous aider ». Il faut à tout prix leur montrer que, sans eux, c'est impossible. En outre, en fin de séance, et ce d'autant plus dans le cas où la séance ne s'est pas bien passée, c'est le moment d'insister auprès de parents sur la nécessité de faire attention à la maison : « vous voyez comme c'est difficile de soigner votre enfant. Vous comprenez maintenant l'importance de ce que je vous ai dit [*rappel des conseils de brossage et d'alimentation*]. Moins il y a de caries, moins on aura à le soigner, moins il se mettra dans ces états. Et vous aussi ».

Nous pouvons aussi leur faire comprendre que, sans leur aide, les séances seront plus difficiles, voire impossibles. Nous pouvons aussi leur dire que, pour faciliter le brossage d'enfants non coopérants ou atteints de handicap, ils peuvent compter, brosser pendant qu'ils comptent, puis faire des pauses de quelques secondes, puis recommencer, comme nous faisons durant le soin ; ils ont vu que cela avait marché, donc ils peuvent le faire aussi. Il faut insister sur le fait de ne pas baisser les bras, qu'avec du temps, nous allons tous y arriver. Une aide précieuse, en termes de matériel spécifique, peut être fournie par le cale-bouche qui peut être prescrit aux parents/éducateurs. Son utilisation progressive et quotidienne va permettre au patient de s'habituer non seulement à sa présence (ce qui nous servira lors de nos séances de soins si nous sommes amenés à l'utiliser également), mais aussi à ouvrir la bouche et à avoir une présence étrangère à l'intérieur de celle-ci (notamment le contact avec la langue, les muqueuses, les dents, ce qui aura des conséquences bénéfiques pour la séance de soins en elle-même). D'autres praticiens refusent cependant d'utiliser le cale-bouche en dehors du cabinet dentaire, invoquant le fait que si une séance de soins se passe mal et que l'enfant associe le cale-bouche à cette « agression », il risquerait ensuite de l'associer également au brossage, et finirait donc également par refuser ce dernier. L'utilisation d'une brosse à dents électrique peut aussi être préférable pour certains patients, sensibles aux vibrations, et qui prennent cet acte comme un jeu ; à l'inverse, d'autres ne le supporteront pas. Si l'on a recours au MEOPA, le masque peut être donné pour la maison, en particulier pour les enfants atteints de handicap : d'une part pour que les enfants s'en servent comme jeu dans un endroit qu'ils connaissent bien (et donc que le côté effrayant d'un objet inconnu s'estompe), et d'autre part pour que le masque soit mis sur le nez de l'enfant lorsque le brossage a lieu, permettant ainsi que l'enfant associe le masque aux dents (ainsi lorsque le praticien posera le masque sur le visage, cela signifiera que l'on s'occupera des dents).

La place de l'accompagnant

Au cours d'une séance de soins, l'implication de l'accompagnant peut varier, mais elle est souvent **précieuse** ; cela peut aller de la simple présence à une interaction plus nette avec l'enfant, qui se traduit la plupart du temps par l'utilisation de techniques relationnelles, qui priment parfois sur les techniques linguistiques, en particulier pour les enfants atteints de handicap. Les sensations tactiles (caresses) ou visuelles (regards encourageants, pouce levé, applaudissements), délivrées par le parent sous forme de renforcement positif, accompagnent souvent les séances **(Fig. 10)**. De plus, ce peut être un atout de montrer sur le parent ou de faire mimer l'action à réaliser au parent dans un premier temps, faisant souvent appel au procédé de synchronisation (respirer, ouvrir la bouche, accepter un instrument), et pouvant être renforcé par des phrases du type : « On met le masque sur maman, regarde… Alors maman, comment c'est le masque magique ? Ça donne de la force ? Ça sent bon ? ». Des techniques linguistiques peuvent ainsi venir agrémenter les soins : saturation de phrases ou de séries de chiffres répétées en boucle parfois chuchotées, renforcement positif (« Bravo ! Tu vas pouvoir dire à maman comme tu as été sage… », ratification d'un comportement souhaité (« voilà, comme ça, c'est très bien…), ou encore raconter une histoire ou chanter une chanson permettant à l'enfant de focaliser son attention sur un élément externe *(Weil and Inglehart 2010)* **(Fig. 11)**. Ceci explique en partie l'intérêt de morceler la séance par des pauses, qui permettent à l'accompagnant de diminuer une angoisse grandissante et de le faire revenir dans un état propice aux soins. Il faut savoir identifier le membre de la famille qui apaise le plus l'enfant, sachant que chaque séance est différente et que ce membre peut varier. Un enfant peut en effet être calmé plutôt par un frère, une sœur, ou encore l'éducateur qui passe ses journées

Violaine Smail-Faugeron, Anne Sophie Porot, Isabelle Fereres, Julie Picou Rollin

FIG. 10 Implication des parents

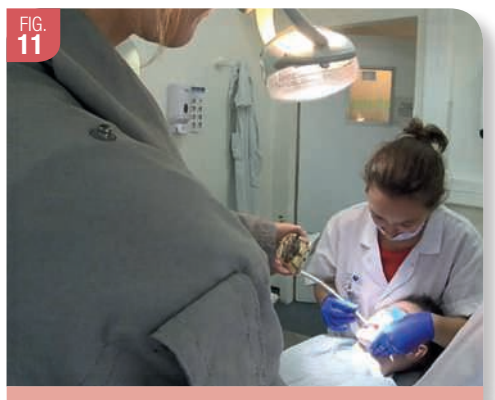


FIG. 11 Distraction externe

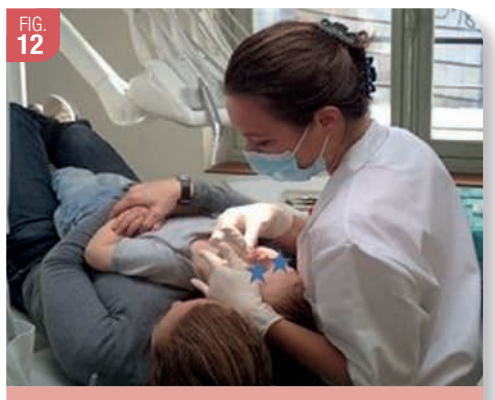


FIG. 12 Stabilisation protectrice

avec lui. Enfin, certaines situations nécessitent que ce soit l'accompagnant qui exerce sa propre autorité.

Ainsi, l'aide de l'accompagnant est essentielle pour la majorité des cas. Cependant, certains contextes peuvent rendre cette **aide relative**. Le tout est de savoir user de stratégies diverses et variées afin d'éviter toute confrontation infructueuse avec l'accompagnant. Ainsi, utiliser l'humour peut parfois être utile pour faire comprendre à ce dernier de rester à sa place pour ne pas interférer dans la relation enfant/praticien. Plaçons-nous dans le cas où le patient refuse de répondre à des questions simples et que le parent répond à sa place, ajoutant parfois « il ne vous répondra pas » : « quand la maîtresse te pose une question, tu lui réponds ? Moi, je suis comme ta maîtresse à l'école, sauf que je suis ta maîtresse pour les dents ; j'ai posé la question à [*prénom de l'enfant*], pas à papa ; je vois que papa a une langue, mais est-ce que toi tu en as une aussi ? ». Ou encore, à l'injonction : « vous n'avez pas laissé de la carie, là ? », nous pouvons par exemple répondre : « ah je ne savais pas que vous étiez dentiste… qu'est-ce que vous pensez de ça alors ? », ou encore : « tenez [*en faisant mine de lui tendre les instruments*], allez-y finissez ! ». Un autre type de phrase peut être employé par des parents qui pensent nous aider : « attention si tu n'es pas sage, le docteur va te faire mal avec sa piqûre ! ». Il est ici évident qu'une discussion avec le parent s'impose, afin de lui montrer le caractère négatif et inapproprié de son propos : l'enfant ne doit pas percevoir son dentiste comme une menace éventuelle à une mauvaise conduite, il ne doit pas être terrifié à l'idée que le dentiste risque de lui faire mal, ce ne doit pas être une punition d'aller chez le dentiste.

Si le parent n'arrive pas à nous aider dans une fermeté que nous essayons d'instaurer, nous pouvons tenter de l'accompagner dans ce chemin qu'il n'a pas l'habitude d'emprunter : « Allez-y, élevez la voix, il faut qu'il comprenne que c'est vous sa mère et qu'il doit vous écouter ; est-ce que vous trouvez normal qu'il vous/me frappe ?…. Alors faites quelque chose, vous devez vous fâcher. Il faut qu'il comprenne qu'on est du même côté, que c'est interdit de faire ça, et que vous êtes d'accord avec moi », et d'ajouter : « vous, il vous écoutera. Vous êtes sa maman ». Devant l'absence d'aide d'un accompagnant qui reste de marbre, le praticien peut aussi demander que quelqu'un d'autre, qui a une certaine autorité sur l'enfant, soit présent à la prochaine séance. En outre, il peut être utile de faire sortir les parents lorsqu'ils sont à bout, se mettent à pleurer, ou s'énervent de façon démesurée. Face aux menaces parentales : « je te préviens, si tu ne te calmes pas, je te laisse ici tout seul ! Je m'en vais ! », le praticien pourra rétorquer à l'enfant : « maman est juste derrière la porte, elle attend que tu sois calmé pour rentrer… », afin d'enlever toute inquiétude d'abandon, qui est d'une part traumatisante pour l'enfant, et d'autre part d'aucune aide à l'obtention d'un retour au calme.

Enfin, il existe aussi des situations où un parent « n'est pas de notre côté », laisse tout faire à son enfant et ne veut surtout pas qu'une personne exprime de la fermeté envers lui. Dans ce cas, il serait préférable de ne jamais le faire sortir, ne jamais élever la voix, et plutôt de lui répliquer : « très bien, je comprends parfaitement, allez-y, faites-en sorte qu'il écoute et qu'il se calme ». **Si le parent n'obtient aucun résultat (ce qui représente la majorité des cas), deux options sont possibles :** soit il reconnaît dans un second temps qu'exercer une autorité appropriée est différent d'un autoritarisme démesuré (il n'est pas question ni de crier ni de s'énerver), et comprend que le praticien cherche à apporter un cadre à son enfant, soit il persiste à refuser toute fermeté. Auquel cas, nous pouvons lui demander : « alors maintenant, comment fait-on ? », ce sur quoi il répond la plupart du temps : « mais c'est vous le docteur ! c'est à vous de soigner ! *(= Débrouillez-vous !)* ». Voici une proposition de réponse : « oui, je suis là pour le soigner, je ne suis pas là pour autre chose ; c'est vous sa mère, c'est vous qui le connaissez le mieux, c'est vous qu'il écoutera le plus, pas moi [*calmer le jeu, favoriser l'alliance, yes-set*] ». Si aucune amélioration n'est perçue, mieux vaut alors expliquer la dangerosité à soigner dans de telles conditions ainsi que le traumatisme psychologique que cela peut engendrer, puis de conclure par « je ne suis pas le dentiste qui correspond à votre enfant ». Dans tous les cas, adopter une attitude calme et un ton de voix très bas apportera plus de bénéfices que d'entrer en confrontation et de se laisser happer par l'énervement.

D'autres situations nécessitent d'obtenir **l'accord préalable de l'accompagnant**. L'une d'elles est lorsque le praticien veut faire preuve d'une autorité appropriée. De même, pour les enfants les plus récalcitrants, le parent doit être d'accord en amont pour éventuellement devoir sortir (puis revenir) lorsque le praticien le lui demandera, afin d'éviter qu'il refuse de partir devant l'enfant (si le parent n'est pas « avec nous », l'enfant le sera encore moins). De la même manière, le praticien et le parent peuvent parfois décider de « punir » l'enfant en l'envoyant au coin tant que l'enfant ne s'est pas calmé. Pour toutes ces situations, signifier verbalement à l'enfant que « maman est d'accord avec moi » lui permettra d'être rassuré, en ce sens que « même maman écoute le docteur et est d'accord avec lui… c'est qu'il faut que je le sois aussi ».

Pour l'enfant en bas âge, la stabilisation protectrice peut être employée, notamment dans le cas d'urgences infectieuses ou traumatiques par exemple. Elle se fera toujours en accord avec le parent, et si possible en sa présence et avec son aide. Le parent prendra l'enfant sur lui et maintiendra les bras et les jambes de sorte que le praticien ne puisse s'occuper que de la stabilisation de la tête (soit avec l'aide d'une tierce personne, soit en l'englobant avec son bras et en la maintenant contre lui, **Fig. 12**). Une chose importante est de rassurer le parent qui peut ne pas comprendre pourquoi son enfant pleure : « il n'a pas mal, il pleure uniquement parce qu'on le dérange, il ne comprend pas ce qu'il se passe, c'est sa façon d'exprimer son mécontentement et non pas une douleur ». Les gestes seront calmes, précis, assurés, et surtout sans brusquerie : il est important d'apporter un contraste entre l'enfant et ce qu'il se passe autour.

Le cheminement hypnotique

Le cheminement hypnotique

En médecine bucco-dentaire, l'alliance thérapeutique se crée dès l'accueil du patient. Les fondements de cette relation, décrits précédemment, constitueront un guide auquel le praticien se référera à chaque étape. Des techniques linguistiques et relationnelles, qui font écho aux besoins d'expérimentation, d'interaction sociale et d'imaginaire caractéristiques du monde de l'enfant, seront utilisées pour désensibiliser l'enfant en lui faisant acquérir une maîtrise cognitive de la situation nouvelle. C'est une étape majeure car elle permet au praticien d'avoir l'autorisation de son patient à aller plus loin dans le soin dentaire. L'hypnose médicale s'appuie ensuite sur ces techniques dans le but de rechercher l'état hypnotique ou état de transe, état où les perceptions sont altérées. Que son attention soit distraite (focalisée) ou que son esprit soit emmené dans un univers extérieur au soin (dissocié du corps), l'enfant est invité à entrer dans un autre monde et à en faire sa propre réalité, qui doit devenir la nôtre *(Allen and Stokes 1987)*. L'induction de cet état est obtenue avec l'hypnose dite conversationnelle : elle associe les outils de la communication hypnotique à une focalisation de la conscience du patient sous la forme d'une distraction de son attention. L'hypnose conversationnelle peut être maintenue tout au long du soin, ou bien se poursuivre dans un second temps par l'hypnose formelle, qui ajoute, aux éléments définissant l'hypnose conversationnelle, la dissociation, un processus au cours duquel le sujet est physiquement présent dans un endroit mais mentalement ailleurs. À la fin du soin, quel que soit le type d'hypnose réalisée, le praticien proposera une sortie de cet état hypnotique à l'aide de techniques linguistiques et relationnelles, et aura également le souci de préparer les séances de soins ultérieures. L'une des particularités de l'utilisation de l'hypnose chez les enfants est le besoin de se sécuriser tout au long du soin en sortant tout seul de l'état hypnotique dans lequel le praticien l'aura plongé, souvent pour se rassurer et s'assurer qu'il contrôle toujours la situation.

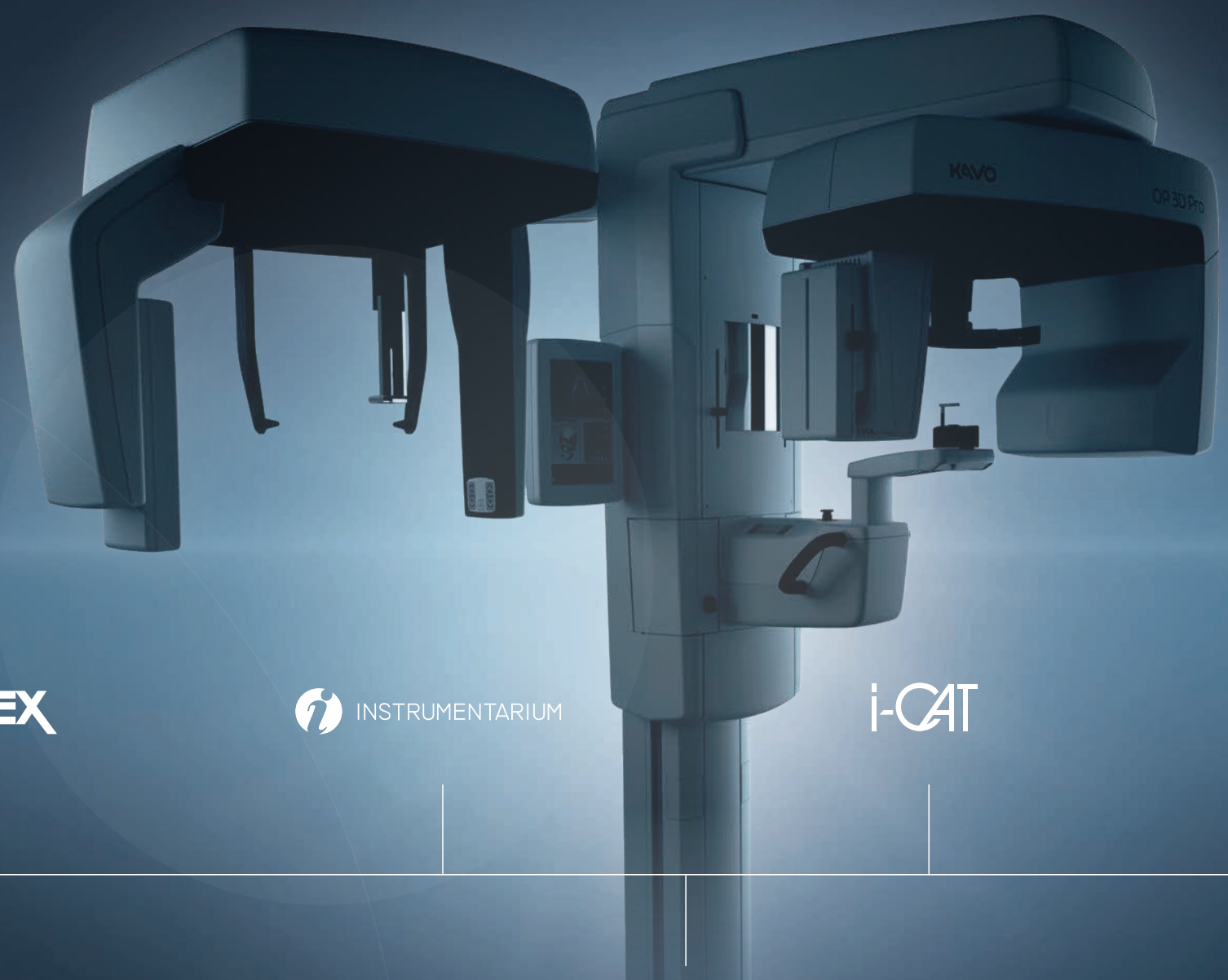
Références

1. *Allen KD, Stokes TF. 1987. Use of escape and reward in the management of young children during dental treatment. Journal of applied behavior analysis. 20 (4) : 381-390.*
2. *Lyons RA. 2009. Understanding basic behavioral support techniques as an alternative to sedation and anesthesia. Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry. 29 (1) : 39-50.*

Toute la bibliographie est à retrouver sur
www.aonews-lemag.fr

KV_04_17_0092_REVO © Copyright KaVo Dental GmbH

L'expertise unifiée d'une marque de confiance.



GENDEX INSTRUMENTARIUM i-CAT SOREDEX

KAVO

KV_04_17_0092_REVO © Copyright KaVo Dental GmbH.

Des compétences unies sous un seul nom : KaVo Imaging.

Gendex, Instrumentarium, Soredex et i-CAT sont à présent unis sous une seule marque : KaVo. Avec plus de 350 années cumulées d'expérience, plusieurs millions de produits installés et l'expertise de milliers de spécialistes, KaVo propose une gamme complète de solutions en imagerie extra-orale pour répondre à tous vos besoins, à partir d'une source unique.

OP 2D OP 3D OP 3D Pro OP 3D Vision

Inscrivez-vous dès maintenant
pour bénéficier de remises additionnelles
go.kavo.com/fr/ventesprivees

KAVO | VENTES PRIVÉES

KaVo Dental SAS | 8 mail Barthélémy Thimonnier | 77185 Lognes | France
www.kavo.com/fr

KAVO
Dental Excellence

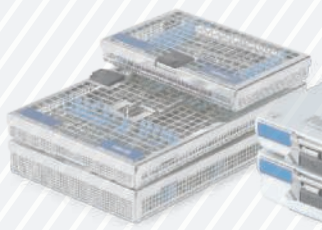
MELAG® France
Expert en Hygiène

CHAINE D'ASEPTIE
COMPLÈTE & INTERCONNECTÉE

Installation & Formation sur Site
Validation & Qualification Opérationnelle
Services & Télémaintenance
Hotline

GARANTIE 7 ans SERVICE PRIVILÈGE

Cassettes
MELAstore-Trays®



Containers
MELAstore-Box®

MELAtherm® IO

MELAtrace®

MELAprint® 60

MELAseal® 200

MELAseal® pro

Cliniclave 45
Capacité & vitesse d'exécution !

Le « **XXL** » surdoué aux performances exceptionnelles.
15 containers, 35 kg d'instruments ou 7 kg de textiles stérilisés en **45 min tout compris**.

récylum
DEEE PRO ADHÉRENT

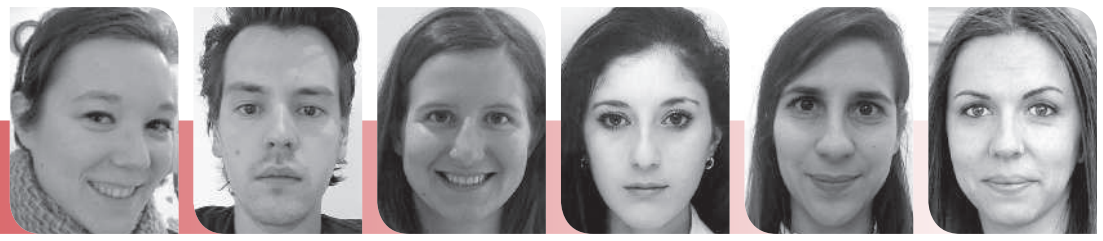
Équipements fabriqués suivant normes et directives :

2006/42/CE (Directive Européenne)
EN 285 (Grands Stérilisateurs)
EN 13 060 (Petits Stérilisateurs)
EN 11607 - 2 (Thermosoudeuses)
DIN EN ISO 15883 (Appareils de Nettoyage & Désinfection)
93/42/CEE Classe IIa (Directive Européenne Produits Médicaux)

CONTACT : 01 30 76 03 00 | info@melagfrance.fr

www.melagfrance.fr

V. Smail-Faugeron, T. Saja, L. Jauseau,
S. Hamdan, S. Belaroussi, D. Pereira



Démythification

Violaine Smail-Faugeron
Tom Saja
Laura Jauseau
Sandrella Hamdan
Sara Belaroussi
Diane Pereira
Paris

Les explications du cabinet dentaire en général seront toujours données en premier lieu à l'enfant, avant tout début de soin, lors de la première approche. D'un point de vue « théorico-pratique », c'est plus le bon sens de chacun que les connaissances acquises durant notre cursus universitaire qui dicte cette « règle ». D'un point de vue « hypnotique », son fondement repose sur le fait que fournir à un sujet des explications, que ce soit par des techniques verbales ou non verbales, permet de désensibiliser l'enfant en lui faisant acquérir une maîtrise cognitive, qui fait partie intégrante du cheminement hypnotique. Nous devons tenir compte, dans notre approche, de ses centres d'intérêt ainsi que de ses besoins d'expérimentation, d'interaction sociale et d'imaginaire.

Techniques linguistiques

En termes linguistiques, comme vu précédemment, l'emploi de mots simples et positifs est primordial *(Klein and Nowak 1998)*. Le praticien pourra expliquer les règles du dentiste, qui rappellent celles de l'école (monde familier), en particulier dans le cas d'un enfant qui gesticule un peu trop.

L'une des étapes de la démythification passe par le principe du **Dire-Expliquer-Montrer-Faire** *(Farhat-McHayleh et al. 2009)*. Le praticien l'invite, par le biais de métaphores à valeur de distraction et adaptées à l'âge et aux centres d'intérêt, à faire un tour de manège ou à monter sur le vaisseau spatial [*fauteuil dentaire*], puis lui demande si papa sait combien de dents il a, si lui-même le sait, l'incitant ensuite à vérifier en comptant ensemble [*compter fort toutes les dents, avec les doigts*]. Il faut lui expliquer dans un premier temps que l'on est là pour regarder, et lui donner son rôle – ce qui augmentera son contrôle de la situation et donc diminuera son anxiété – par des suggestions qui peuvent être directes : « Je te dis comment faire pour que ce soit plus facile ; et donc si tu m'écoutes bien, ce sera facile », ou des suggestions produisant de la confusion : « ton travail, c'est de ne rien faire ». L'enfant est ensuite progressivement familiarisé avec l'ensemble des éléments du cabinet : la séquence instrumentale est mise en œuvre (miroir, sonde, soufflette air/eau, aspiration, contre-angle, ultra-sons), associée à des métaphores appropriées (miroir, gratouille, vent/eau, aspirateur, moto, musique), et sa répétition vise à la diminution des comportements défensifs face à un objet nouveau.

Dire-Expliquer Montrer-Faire

En effet, le réflexe de protection avec la main est quasiment instinctif chez la plupart des enfants. À mesure que le patient va côtoyer des éléments qu'il a catalogués d'inoffensifs et dont il connaît dorénavant l'utilité, la relation avec le praticien va être améliorée par le phénomène d'habituation mis en place. Si l'enfant se met à pleurer au milieu de la séquence instrumentale, une séquence d'acceptation (yes set) peut être employée : « Ça, on a vu, c'est facile ? Et ça, c'est facile ?… Et ça [*montrer ce qui a fait pleurer*], regarde comme c'est facile aussi… c'est facile ou très facile ? [*choix illusoire*] ».

Si l'enfant demande « est-ce qu'on va faire une piqûre », le praticien remplace la seringue par un élément positif [*métaphore*] : « ici, on n'a pas de piqûre, mais tu peux choisir entre un ballon, un tube à papillons ou un tube à fourmis », selon ses préférences. Il prévient l'enfant que « ça va faire bizarre, mais que c'est juste bizarre, rien d'autre, que tout va bien, que c'est même rigolo » [*suggestion directe*]. Une exception peut être faite pour les adolescents qui ne sont plus dupes, mais qui peuvent alors être réceptifs aux explications. Le praticien explique toutes les étapes en saupoudrant de termes positifs, en insistant sur l'anesthésie de surface et son rôle, qu'ils ne vont rien sentir à part un petit gonflement voire un picotement comme une piqûre de moustique, que tout va bien se passer, et en mettant en avant la confiance établie.

Lors d'un soin, nous expliquons ce que l'on veut faire et ce que l'on va faire : soigner la dent, « enlever les microbes, soigner le bobo » ; pour cela, nous utilisons des instruments qui font « du bruit, du vent et de l'eau, mais ce n'est que du bruit, du vent, de l'eau ». Nous voulons pouvoir retirer les microbes dans la dent afin qu'elle guérisse. La visite chez le dentiste devient quelque chose de positif, puisque l'enfant vient avec une dent malade et qu'il repart avec une dent belle et forte. « Tu connais déjà tout, on utilise les mêmes balais que la dernière fois ». Nous expliquons ensuite ce qu'est le champ opératoire, en prévenant l'ingestion et l'inhalation de corps étrangers, le contact des médications mais aussi tout simplement de l'eau des instruments rotatifs *(Ammann et al. 2013 ; McKay et al. 2013)*. Il peut, de plus, être très utile lors de certaines spécificités dentaires liées à certains handicaps, comme par exemple en cas d'hypersalivation. Grâce aux métaphores, le champ opératoire peut être une cape ou une robe pour la dent, le crampon une bague ou une ceinture. Si l'enfant ne veut pas d'un élément, nous pouvons justifier l'utilisation obligatoire de cet élément et toujours rechercher des analogies à adapter selon le sexe, l'âge et les centres d'intérêt de l'enfant ; autre exemple, si un enfant ne veut pas le crampon, nous lui expliquons que nous venons de faire gonfler un ballon pour jouer au football, et que, dans la logique, nous devons le chausser pour pouvoir jouer et donc « qu'il doit mettre ses crampons ».

Notre objectif est de rendre attractif, sinon neutre, un objet qui pourrait avoir une connotation anxiogène pour l'enfant, pour ainsi l'amener à l'accepter.

Dans le cas des extractions, il convient plutôt de parler de « soigner la dent pour la donner ensuite à la petite souris » (métaphore à valeur de distraction). De plus, le praticien peut dire à l'enfant que c'est normal « en grandissant les dents de bébé sont remplacées par des dents de grands » ; il peut aussi ajouter qu'il aura bientôt une dent toute neuve : « ça ne serait pas mieux si on enlevait la dent malade pour qu'une nouvelle jolie dent de grand pousse à la place ? On montre à tes parents comme tu es un grand maintenant ? » [*yes-set*]. Si l'enfant a déjà perdu une dent, il peut l'encourager en lui disant : « eh bien tu vois ! Tu as déjà fait tout seul ! Aujourd'hui c'est la même chose, sauf qu'on va faire tous les deux. Tu peux même me montrer si je ne me souviens pas » (rôle donné), le tout accompagné d'une attitude nonchalante (nous pouvons hausser les épaules, faire une moue signifiant « ce n'est rien »). Si l'enfant redoute l'extraction, il ne faut pas hésiter à lui rappeler que cela s'est toujours bien passé avant, et qu'il n'y a donc aucune raison que cela se passe différemment, que c'est pareil que les autres fois, qu'il y a juste « ça » en moins et « ça » en plus, en utilisant des métaphores appropriées ; par exemple : « je vais utiliser mon stylo magique [=*syndesmotome*], et je vais dessiner autour de ta dent ton animal préféré, sauf que je vais rajouter des ailes à ton animal afin qu'il puisse s'envoler avec ta dent ».

Techniques relationnelles

Si la maîtrise du langage est suffisamment développée chez certains enfants atteints de handicap mental, d'autisme « léger » ou Asperger, cela n'est pas le cas pour la majorité d'entre eux. Cela doit nous inciter à nous mettre dans leur réalité en favorisant plutôt l'emploi de mots-clefs, sous forme de suggestions directes simples, qui vont leur demander une action à réaliser (« monte sur le fauteuil », « ouvre la bouche »), les prévenir (« bruit », « eau », « on fait l'hélicoptère », « on fait l'aspirateur »), ou leur rappeler que c'est « facile ».

Compter peut-être d'une grande aide : par exemple, le praticien peut compter à voix haute jusqu'à 5 en faisant fonctionner la soufflette devant l'enfant à vide, puis sur la main de l'accompagnant et du doudou, puis seulement sur la main de l'enfant, puis sur un endroit du visage (le nez, le front, la joue, la lèvre), puis sur la dent (souvent antérieure en amont pour une acceptation plus facile, l'enfant pouvant encore apercevoir ce qu'il se passe). Cette séquence va être répétée jusqu'à l'acceptation totale de l'instrument en question, sans manifestation défensive ou d'échappement ; l'instrument suivant sera introduit seulement dans un second temps.

Cette notion de ritualisation de la séance est très importante.

En outre, il peut être judicieux d'encourager et de valoriser l'enfant, à chaque étape réussie, par un saupoudrage de termes positifs et un renforcement positif « Très bien ! Bravo !… » *(Nathan 2001)*.

Techniques relationnelles

Les techniques relationnelles participent à part entière à la communication hypnotique : la voix du praticien sera plutôt grave, calme, posée, monocorde, avec un rythme lent et régulier et une intonation tombante en fin de phrase. Nos gestes seront calmes et fluides afin de ne pas augmenter le caractère anxiogène de certains instruments.

L'apprentissage par modèles est très souvent sollicité, et l'est d'autant plus dans le cas d'enfants atteints de handicap. Les supports peuvent tout d'abord être d'ordre matériel audio-visuel : des vidéos ou fascicules explicatifs avec des images simples et colorées modélisent tous types de soins dentaires afin de préparer et d'habituer le patient au cabinet dentaire et aux séances (cet apprentissage par modèle peut aussi être utile pour l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire) *(Al-Namankany et al. 2014 ; Weinstein et al. 2003)*. Ces modèles sont utilisés en amont à la maison et à l'école/au centre éducatif, et sont apportés également au cabinet dentaire, permettant à l'enfant de suivre tout le processus, du début à la fin, rythmant ainsi les moments de la journée, y compris ceux propres au cabinet dentaire *(Goyal et al. 2011)*.

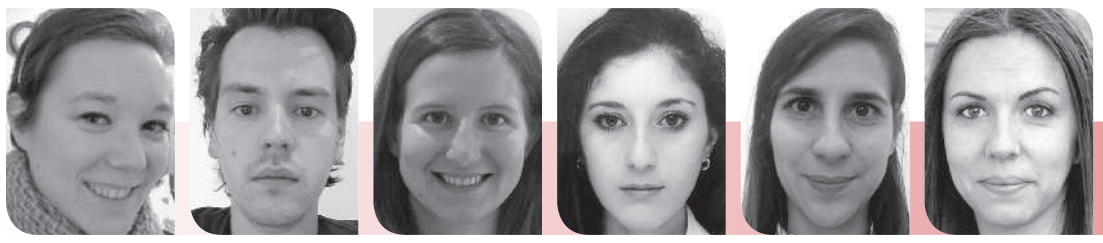
Plusieurs types d'apprentissage par modèles sont connus :

- **Le système PECS (Picture Exchange Communication system) :** il s'agit de dessins simples (pictogrammes) représentant un objet, un mot ou une étape du soin dentaire ; le patient s'entraîne avec ses parents avant la visite dentaire, et la communication s'établit entre le praticien et le patient en désignant le dessin correspondant à l'instrument à utiliser ou l'étape qui va suivre *(Darwis and Messer 2001 ; Mah and Tsang 2016)*.
- **Le MAKATON** est un programme d'aide à la communication et au langage, constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé avec la parole, les signes et/ou les pictogrammes (http://www.makaton.fr/).
- **SantéBD** regroupe des fiches expliquant le déroulement d'un soin ou une consultation au travers de pictogrammes et de phrases courtes (http://santebd.org/fiches).
- **Paso** (Plaquette Autisme, Santé Orale) est une mallette comprenant des dessins, photographies et vidéos des différentes étapes du brossage et de la visite chez le chirurgien-dentiste (http://www.sohdev.org/outils-paso).

Il existe aussi des jeux mimant une séance chez le dentiste, et qui peuvent être utilisés dans le même intérêt. Certains praticiens envoient également aux parents des photographies d'eux-mêmes et de leur cabinet, en lien avec les actes qui vont être pratiqués, en imageant le déroulé des soins, ainsi que des enregistrements audiovisuels de l'environnement sonore du cabinet afin de créer une habituation *(Cagetti et al. 2015 ; Rayner 2010)*.

Les supports peuvent également être de l'ordre de l'humain, d'une part en prenant pour modèle le patient lui-même : il est ainsi possible de photographier ou filmer une séance de soins faite avec l'enfant, puis de donner les photographies ou vidéos aux accompagnants afin que l'enfant puisse les visionner entre les séances, toujours dans le même objectif de compréhension de leur environnement et de leur donner un moyen d'agir dessus *(Valle-Jones and Chandler 2015)*. D'autre part, le modèle peut être l'accompagnant et/ou le praticien *(Orellana et al. 2014)*.

Dans ce cas, l'imitation sera privilégiée, et souvent (toujours ?) accompagnée d'une synchronisation. Le « modèle vivant » aidera l'enfant à apprendre les techniques de brossages, à introduire de nouveaux éléments en bouche, à prendre une radiographie intrabuccale (ouvrir, croquer, respirer par le nez), ou à réaliser une radiographie panoramique ou une empreinte,



toutes les étapes pouvant être parfois effectuées dans leur intégralité (sans rayonnement ionisant pour la prise de cliché radiographique, et y compris avec la mise en place du matériau pour la prise d'empreinte). Parfois, un autre support peut être une peluche, un doudou, et toutes les étapes peuvent être réalisées sur lui avant de l'être sur le patient **(Fig. 1)**.

FIG. 1

Apprentissage par modèles (peluche, doudou)

Les cinq sens seront aussi mis à contribution, et tous les enfants ne vont pas se concentrer sur les mêmes sens que les autres. Le praticien aura pour mission de repérer puis d'utiliser le canal de transmission sensoriel préféré du patient, ou de transmettre une information sur un mode pluri-sensoriel.

Certains recherchent par exemple **le regard**, et c'est au praticien de le capter : un pouce levé à chaque étape réussie pourra être effectué par le praticien et/ou l'accompagnant pour renforcer positivement le comportement de l'enfant **(Fig. 2)**. Si l'enfant veut tout voir, le praticien peut mettre un coton salivaire sur l'aiguille et lui montrer que ce n'est qu'un coton tout doux ; puis il introduit le dispositif avec le coton dans la bouche à l'endroit où il va injecter, en concluant par une suggestion directe : « tu vois comme c'est facile ! » accompagnée d'une expression faciale en cohérence. Il ne retirera le coton placé sur l'aiguille que juste avant l'injection, quand l'enfant aura le coton hors de son champ de vision. Bien que la plupart des praticiens cachent l'aiguille, d'autres préféreront la montrer à l'enfant *(Maragakis et al. 2006 ; Ujaoney et al. 2013)*.

FIG. 2

Renforcement positif (technique non verbale)

L'audition peut également avoir son rôle à jouer. Ainsi, l'aspiration faisant beaucoup de bruit, il peut être utile de signaler que « ça va faire beaucoup de bruit, mais ce n'est que du bruit, rien d'autre ». Il en est de même pour les instruments rotatifs, où il sera ajouté que « ce n'est que du bruit, de l'eau et du vent ». Tant qu'une étape n'est pas assimilée ou comprise, rien ne sert de passer à l'étape suivante. L'audition peut également être sollicitée par de la musique ou encore des applaudissements lorsque nous voulons renforcer positivement le comportement de l'enfant. À l'inverse, chez certains enfants, notamment ceux atteints d'hyperacousie, il ne faut pas hésiter à diminuer les bruits au cabinet à l'aide des mains sur les oreilles ou par l'utilisation d'un casque anti-bruit. En outre, le concept Snoezelen, technique de stimulation sensorielle visuelle et auditive (espace spécialement aménagé, lumière tamisée, musique douce), peut parfois aider à l'atteinte d'un état de relaxation et d'une diminution de la vigilance *(Shapiro et al. 2007)*. En effet, la musicothérapie joue un rôle important dans la relaxation, de même que l'aromathérapie avec des odeurs telles que l'essence d'orange *(Bekhuis 2009 ; Jafarzadeh et al. 2013)*.

Les cinq sens mis à contribution

L'olfaction peut aussi être sollicitée lorsque l'anesthésie de contact est présentée à l'enfant, ou lors de la prise d'empreinte (il existe des alginates spéciaux avec des odeurs de fruits).

Le toucher a également une part importante. Si nous reprenons l'exemple de l'anesthésie lorsqu'un coton salivaire est placé sur l'aiguille, le praticien peut faire toucher le coton à l'enfant, en faisant attention à tenir le coton avec un doigt, certains enfants pouvant essayer de vouloir retirer le coton. En ce qui concerne la prise d'empreinte, le praticien peut inviter l'enfant à manipuler le porte-empreinte. D'autres situations font intervenir le toucher, comme l'enfant qui se crispe lorsque l'on attrape le miroir : il doit être rassuré tout de suite en lui offrant la permission de le tenir quelques instants dans sa main puis de nous le tendre lorsqu'il est prêt (*signaling*). Le toucher intervient grandement dans la démonstration de nos explications. Lorsqu'un enfant demande : « ça, ça va faire mal ? », le praticien peut répondre : « est-ce que quand je mets ça [quel que soit l'objet en question] sur le doigt/main/… ça fait mal ?… [*attendre sa réponse : non*]… Non. Alors sur la dent c'est pareil » : donner une explication rationnelle, évidente, en faisant une démonstration tactile, peut être une approche intéressante.

Pour la prise de cliché radiologique, nous pouvons lui montrer dans un premier temps avec notre doigt, puis avec le capteur, la sensation au niveau du plancher lingual et du palais afin de créer une habituation par la répétition, tout en comptant à chaque essai. Tant que chacune de ces étapes n'est pas intégrée, il convient de les recommencer avant de prendre réellement la radiographie. Le capteur peut être tenu par l'enfant, le parent, une mousse, un angulateur, ou par le praticien (à éviter le plus possible du fait des radiations ionisantes). De plus, le capteur radiographique est tenu en amont dans la main, puis mis sur le front, la joue, le nez, les lèvres, avant de le mettre dans la bouche ; de même, l'enfant peut toucher le tube radiologique afin de démontrer son caractère inoffensif. Le praticien peut aussi lui signaler qu'il pourra regarder sa belle photo [renforcement positif], et qu'il pourra la montrer à tous ses copains à l'école.

Si, lors de la pose du champ opératoire, l'enfant se met à pleurer en disant que « ça fait mal », nous pouvons lui dire que cela « serre » seulement, et lui serrer l'un de ses doigts avec les nôtres pour lui faire comprendre la différence : « tu vois, ça serre comme ça, c'est tout, rien de plus ». Nous pouvons aussi lui passer la boucle du crampon sur le doigt pour lui montrer que c'est une bague pour la dent, et attacher le fil dentaire en sécurité en lui disant qu'il permet de régler le crampon ; nous pouvons par exemple lui demander de tourner le fil pour desserrer, puis lui demander de nous dire dès qu'il sent que « ça va un petit peu mieux » (« dès que » implique la notion d'immédiateté, « un petit peu mieux » permet de se mettre dans la réalité de l'enfant).

De même, lors de la pose de coiffe pédodontique, il doit lui être expliqué que c'est un petit chapeau pour la dent qui peut effectivement un peu serrer et que l'on est obligé d'appuyer un peu fort, mais que ce n'est rien. Nous pouvons aussi être amenés à utiliser un cale-bouche. Nous expliquerons alors que c'est un petit coussin pour les dents et l'enfant sera invité à le manipuler, à le mettre sur la joue, les lèvres, la face vestibulaire des dents antérieures, avant l'insertion en bouche. En ce qui concerne les extractions, le praticien peut lui montrer sur le doigt les sensations qu'il va ressentir, en poussant ou en tirant légèrement : « ça va juste faire du bruit, et la dent va un peu tirer et un peu pousser comme ça, comme si je te retirais la chaussure sans les lacets ». Du côté du praticien, certains mettent en avant le fait d'être proches physiquement de l'enfant, en ayant sa tête près du corps, avec les bras l'enveloppant passivement, pour qu'en cas de mouvement brusque la situation soit facile à contrôler. Ce contact entre le praticien et l'enfant peut être aussi (surtout) un moyen de rassurer l'enfant qui se sent sécurisé et non laissé « à l'abandon », seul face à tel acte stressant pour lui.

Faire preuve d'une attitude ferme

Faire preuve d'une attitude ferme, avec des modulations de la voix appropriées et des renforcements positifs utilisés à bon escient, est parfois nécessaire lorsqu'un comportement non coopérant se manifeste, et est très différent d'un autoritarisme démesuré *(Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient 2016)*. Cette fermeté permet de rassurer l'enfant en lui faisant comprendre qu'il ne peut pas faire n'importe quoi, et que nous sommes là pour le lui rappeler. Si, par exemple, l'enfant manifeste une anxiété à l'égard d'instruments (mouvement défensif de la main, tête qui évite l'instrument, bouche qui se ferme), le praticien se doit d'y répondre en réitérant le processus de démythification, autant de fois qu'il est jugé nécessaire, lui faisant comprendre que nous l'écoutons et prenons en compte ce qu'il ressent, mais qu'en conséquence, il doit nous faire confiance et faire ce que nous lui demandons.

En cas de flot de paroles (« je ne veux pas ça ») témoignant d'une anxiété grandissante, un ton associé à une attitude ferme sera à adopter afin d'arrêter à temps ce qui pourrait se transformer en comportement non coopérant. Si l'enfant commence à pleurer, il ne faut pas le laisser continuer et s'enfermer dans ses pleurs. Il lui est alors demandé de nommer expressément le problème. « Si tu pleures, je ne comprends pas ce que tu veux me dire. Si tu veux me dire quelque chose, et que je t'aide, il faut arrêter de pleurer. Alors ? [*Lui signifier que nous sommes là pour l'aider, et non pas contre lui*] » S'il refuse de parler, différentes causes possibles peuvent être énoncées : « Quelque chose te fait peur ? Tu n'aimes pas ça ? [*Lui montrer quelque chose d'inoffensif, tel que le miroir, puis progressivement lui montrer les instruments un à un*] ».

Si les pleurs sont sans raison, il faut lui faire comprendre que s'il pleure, c'est pour quelque chose, et pas « pour rien » : « je veux bien que tu pleures [*autorisation, permission, pas d'interdiction*], mais si on pleure c'est pour quelque chose [condition]. Quand il n'y a rien, on ne pleure pas [*conséquences logiques*] ». Il faut essayer d'élever la voix le moins possible, en utilisant les modulations de voix à bon escient. Il convient de s'adapter au rythme et aux capacités d'adaptation de l'enfant sans brûler les étapes. Même si l'enfant se révèle non coopérant par ses comportements d'échappement, il convient de maintenir un contact, un lien avec lui, par le regard ou le toucher en particulier : cela lui permet de constater que nous sommes toujours présents, dans son monde, avec lui, que ce qu'il tente de faire ne marche pas.

Si l'enfant commence à se débattre car il ne veut ni piqûre ni « ballon », le praticien peut lui dire de se calmer, tout de suite, car il n'a encore rien fait [*attitude ferme*] ; qu'il a compris qu'il ne voulait pas le ballon ni la piqûre, qu'il n'utilisera aucun des deux, mais qu'il doit choisir entre un stylo magique, des fourmis ou des papillons [*suggestion avec choix illusoire*]. Dans une autre situation, lorsque l'enfant est en crise et hurle « maman ! », le praticien pourra dans un premier temps user de renforcement positif : « maman peut rester si tu te calmes » (si la maman est déjà présente) ou « maman peut rentrer si tu te calmes » (si la maman est hors de la salle). Si les cris perdurent et que l'enfant refuse de continuer le soin, le renforcement négatif peut parfois être utilisé. En effet, si la présence d'un parent lui permet de se calmer et de pouvoir terminer le soin, le praticien doit passer un pacte avec lui : il faut que la présence du parent soit positive et n'entrave pas le soin. Pour ce faire, si le parent est déjà présent, l'enfant est prévenu que s'il ne se calme pas, le parent sortira (rappel de la règle précédemment énoncée à l'enfant avec l'accord préalable du parent). Une fois le parent sorti, l'enfant redouble souvent de cris et de pleurs ; il faut alors lui expliquer de façon sereine et calme, tout près de son oreille, et avec un ton de voix le plus bas possible (parfois en chuchotant, pour contraster avec les hurlements de l'enfant), que nous l'avions prévenu, que nous faisons toujours ce que nous disons (rappel de la règle), et que s'il veut que sa maman revienne, il a juste à se calmer, que nous attendons, et que, dès qu'il est prêt [*signaling*], il nous le dit. Lorsque le parent rentre, nous faisons promettre à l'enfant de ne plus pleurer, et qu'à la moindre larme, le parent ira de nouveau attendre dehors *(Kotsanos et al. 2009)*.

Il existe aussi des situations où il peut être nécessaire d'utiliser la **stabilisation protectrice**, comme lorsque des enfants se débattent et sont complètement absents et déconnectés de la situation *(Klein and Nowak 1999 ; Troutman 1977 ; Wright et al. 1991)*. C'est un recours qui est employé lorsque les autres stratégies ont échoué, et qui doit être utilisé uniquement de manière transitoire, dans le but d'obtenir le calme, et toujours en accord avec le parent ; l'environnement extérieur à l'enfant doit être le plus serein possible, sans énervement, sans bruit, afin d'apporter un contraste saisissant entre la fureur de l'enfant et la sérénité de son entourage. Grâce aux neurones miroirs, le praticien invitera l'enfant à entrer dans le même état que lui [*pacing et leading*], et pourra saturer l'esprit du patient de « tout va bien… on se calme… ».

Le *mirroring* peut parfois aussi s'employer en première phase : le praticien se mettra alors à imiter les cris de l'enfant, puis mettra en œuvre les deux autres phases, l'enfant se

V. Smail-Faugeron, T. Saja, L. Jauseau, S. Hamdan, S. Belaroussi, D. Pereira

calmant progressivement ; dans d'autres situations, il peut être totalement décontenancé face à l'attitude incongrue de son dentiste qui hurle comme lui, et arrêter instantanément ce comportement. Dans le cas des patients qui ne sont pas atteints de handicap, nous pouvons lui répéter en boucle fermement mais doucement à l'oreille jusqu'au retour au calme : « j'attends que tu te calmes. Tant que tu ne te calmes pas, je ne te lâche pas. Dès que tu te calmes, je te lâche [*saturation*] », et d'ajouter : « maman est d'accord avec moi » (impliquer les parents). Puis, lorsque les cris commencent à s'apaiser : « ça y est ? Tu es calmé ? Je te lâche ? Mais attention, si je te lâche et que tu recommences, je recommence ». Lorsque l'enfant ne s'arrête pas de crier voire d'hurler sans raison, il peut être réalisé ce que l'on appelle le *Hand Over Mouth*, qui consistera à légèrement recouvrir la bouche de l'enfant avec la main tout en gardant les narines dégagées et en adoptant une attitude destituée de toute nervosité, afin de diminuer d'une part le volume sonore ambiant et donc la source d'anxiété, d'autre part de montrer à l'enfant que nous ne sommes pas impressionnés *(Hartmann et al. 1985)*. L'emploi de cette technique doit être validé préalablement par le consentement des parents *(Barton et al. 1993)*. D'autre part, il convient de n'exercer aucune force avec la main, seulement de cacher la bouche afin de diminuer les cris. Enfin, la stabilisation protectrice peut également être utilisée lorsque qu'un examen clinique doit être effectué pour décider de la prise en charge à venir en fonction du rapport bénéfice/risque (stratégies médicamenteuses ou anesthésie générale), lorsque l'enfant doit être vu dans le cadre des urgences traumatiques ou infectieuses, ou encore, pour un enfant atteint de handicap sévère, pour réaliser un détartrage lorsque le tartre est un obstacle au bon déroulement du brossage (et ainsi, aider les parents).

En résumé, la démythification s'effectue lors de la première séance, et va (presque toujours) conditionner les séances ultérieures.

Montrer progressivement l'univers du dentiste en réalisant un « petit soin » (facile, sans anesthésie, pour montrer les principaux instruments) ou aucun soin selon le déroulement de la séance, n'est pas une perte de temps ; bien au contraire, ce sera du temps gagné pour la suite *(Brill 2001)*. Néanmoins, désensibiliser un enfant doit se faire aussi avant tout acte thérapeutique, et n'est pas réservé uniquement à l'examen clinique. Notamment en cas de nouveaux instruments, avant de commencer l'induction de l'état hypnotique, il paraît judicieux de réitérer le principe de la désensibilisation.

Références

1. *Al-Namankany A, Petrie A, Ashley P. 2014. Video modelling and reducing anxiety related to dental injections - a randomised clinical trial. British dental journal. 216 (12) : 675-679.*
2. *Ammann P, Kolb A, Lussi A, Seemann R. 2013. Influence of rubber dam on objective and subjective parameters of stress during dental treatment of children and adolescents - a randomized controlled clinical pilot study. International journal of paediatric dentistry. 23 (2) : 110-115.*

Toute la bibliographie est à retrouver sur **www.aonews-lemag.fr**

CONVENTION EUROPÉENNE

Tout renseignement sur notre site :

www.aonews-lemag.fr/ao-monde-convention-européenne-2019-porto/

Hypnose conversationnelle et hypnose formelle

Violaine Smail-Faugeron
Tom Saja
Diane Pereira
Andréi Mitu
Martin Glorifet
Paris

Une fois la démythification réalisée, l'enfant est invité à entrer dans l'état hypnotique.

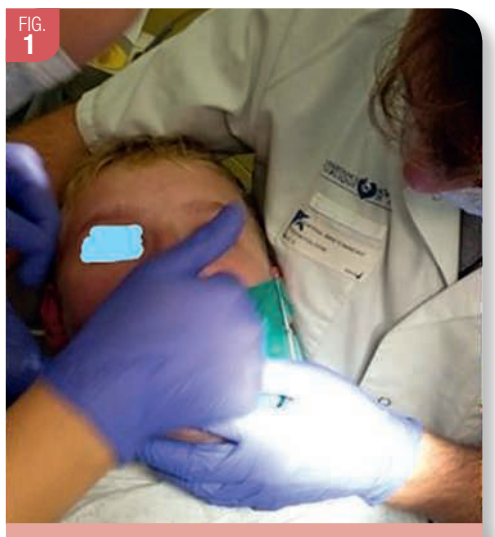
L'hypnose conversationnelle, associant outils de communication hypnotique et processus de focalisation, permet d'y faire parvenir l'enfant, mais aussi son praticien.

La focalisation est réalisée sous la forme d'une distraction de l'attention, mais toujours de confort et d'analgésie, qui permet de modifier les sensations, émotions et perceptions. Elle permet de réduire le champ perceptif de l'enfant, les choses deviennent alors floues, et l'enfant devient plus suggestible aux propositions du chirurgien-dentiste. Ce dernier pourra chercher à obtenir la concentration du patient sur sa respiration, sur les sensations qu'il perçoit, ou sur ses centres d'intérêt **(focalisation interne)**. L'attention du patient peut également être portée sur l'environnement extérieur au soin, comme un objet ou un paysage **(focalisation externe)**. Cet état pourra être maintenu soit en poursuivant l'hypnose conversationnelle, soit en y ajoutant une dissociation du sujet, qui devient physiquement présent mais mentalement ailleurs **(hypnose formelle)**.

Focalisation

Des techniques linguistiques relatives à la focalisation feront appel à des **métaphores à valeur de distraction et à tous types de suggestions**. De plus, le recours à des **questions simples**, auxquelles l'enfant peut répondre par oui/non, permet de garder le contact verbal et l'alliance en impliquant l'enfant, mais également d'éviter qu'il ne parle pendant le soin. En ce qui concerne les patients non verbaux, et même si la difficulté d'expression de certains nous « bloque » dans un premier temps, il ne faut pas hésiter à leur parler. Ainsi, nous utiliserons plutôt des suggestions directes simples, souvent répétées plusieurs fois, voire en boucle. Les procédés de ratification et de renforcement positif seront saupoudrés par le praticien et l'accompagnant tout au long de la séance, qu'ils soient verbaux [*très bien, bravo, continue, maman est fière de toi*], ou faisant appel à différents sens [*clin d'œil, pouce levé, applaudissements, large sourire satisfait, regard approbateur*] **(Fig. 1)**.

FIG. 1



Renforcement positif durant le soin (technique non verbale)

Des suggestions avec lien peuvent également agrémenter le soin et permettre de faire patienter un enfant qui commence à s'agiter : « dès qu'on aura soigné la dent, on rentre à la maison », « si tu continues comme ça, tu auras un beau cadeau »…

Respiration

Focaliser le patient sur sa respiration pourra être un processus employé tout au long de la séance, quel que soit le moment, dont l'objectif est de diminuer une anxiété observée, faisant appel à un procédé de relaxation *(Peretz 1996b)*. Les suggestions associées peuvent être directes (« respire bien tranquillement avec ton nez », « on fait bien gonfler le ventre pour se donner de la force »), indirectes (« au fur et à mesure que tu fais bien gonfler ton ventre, tu peux ressentir des petites fourmis dans les pieds, ou les mains, ou les deux, ou rien du tout »), et elles peuvent aussi produire de la confusion : « respire tout doucement pour que le ventre gonfle bien fort » *(Peretz 1996a)*. « Mets tes mains sur ton ventre, avec maman » : le contact physique du parent accompagne cette action dans de nombreux cas ; ainsi, le parent invite son enfant à bien respirer en exagérant lui-même sa propre respiration (et en passant éventuellement par les trois phases de la synchronisation), ainsi qu'en positionnant sa propre main sur celle de son enfant, au niveau du ventre. L'intérêt est double : faire en sorte que l'enfant ressente et se concentre sur ce qu'il est en train de faire (respirer), et éviter, par prévention, que l'enfant attrape les mains ou tout autre instrument.

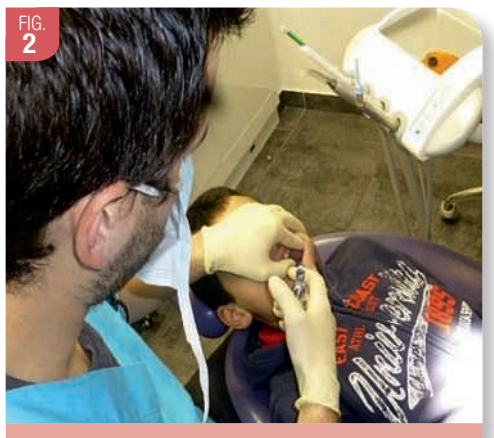
En cas de manifestation d'anxiété, le praticien peut suggérer à l'enfant d'inspirer de bonnes choses, et de souffler à l'extérieur les choses moins bonnes (plutôt que les « mauvaises choses »). En particulier dans le cadre de la prise de radiologie ou d'empreinte où le réflexe nauséeux peut se manifester, nos explications se tourneront majoritairement vers la respiration. Le praticien se met face à lui, le fait respirer par le nez « très fort et très lentement », puis lui fait ouvrir la bouche tout en s'assurant qu'il continue à bien respirer avec son nez, sans le capteur radiologique ou le porte-empreinte, la bouche grande ouverte, et ce plusieurs fois de suite, en faisant la même chose que lui [*mirroring*] et en comptant ; puis le praticien refait la même chose avec le doigt à la place du capteur ou du porte empreinte en continuant cet exercice, puis enfin avec le capteur radiologique ou le porte-empreinte à vide. Le praticien répétera plusieurs fois tout au long de ces étapes « c'est très bien, tu y arrives très bien, tout va bien » (saupoudrage de termes positifs, saturation, ratification). Tant qu'une étape n'a pas été réalisée sans la moindre difficulté, il faut recommencer [*répétition*], puis nous pouvons passer à la prise de radiologie ou d'empreinte, toujours en restant avec lui, en mimant et en comptant. La respiration peut aussi être utilisée à titre de distraction : « à chacune de tes respirations, je vais te dire un chiffre entre 1 et 10 et je veux que tu me montres le nombre exact avec tes doigts » ; ou durant le soin, par exemple dans le cas d'extraction, où nous pouvons suggérer que la respiration permet de faire du vent qui permet à la dent de s'envoler…

Focalisation interne

Focaliser le patient sur les sensations qu'il peut ressentir peut éviter qu'elles ne provoquent une réaction brutale. Les techniques relationnelles seront omniprésentes : les caresses de l'accompagnant permettront de focaliser l'attention de l'enfant sur l'endroit touché. Reprenons l'exemple de l'anesthésie : l'anesthésie de contact, préalable à toute injection, prend part dans les stratégies par son côté distractif. Le praticien va demander à l'enfant de se concentrer sur le goût en lui faisant choisir le goût dont il a envie. S'offrent à nous plusieurs situations : soit l'enfant aime le goût naturel et nous lui demandons alors quel est ce parfum selon lui (jeu des devinettes), soit il veut un autre goût, auquel cas le praticien lui demande ce qu'il aimerait : généralement, sitôt le goût changé, l'enfant semble apprécier le nouveau goût et conforter que le changement a bien eu lieu. Un autre cas est celui où il ne veut pas choisir ; à ce moment-là, le praticien peut énumérer des goûts différents tout en continuant à déposer le gel anesthésiant malgré ses négations, de manière à ce que l'anesthésie de surface soit quand même réalisée (le principal n'étant pas qu'il choisisse réellement un goût, mais uniquement de faire passer le temps et d'arriver à nos fins, c'est-à-dire que l'acte programmé soit effectué dans le calme).

Puis vient l'anesthésie en tant que telle : le praticien essaie alors de continuer à parler, de ne pas casser le rythme (l'enfant se rendrait compte que quelque chose de différent est en train de se passer). La position du praticien près de l'enfant est très importante, et permet d'instaurer un cadre serein. La main utilisée pour injecter doit être celle qui applique l'anesthésie de contact tandis que la main libre écarte les tissus mous comme la joue et permet d'occulter le champ de vision de l'enfant (technique utilisée par la plupart des praticiens, même si certains préconisent le fait de montrer l'aiguille à l'enfant, ou de placer un coton salivaire dessus) *(Maragakis et al. 2006 ; Ujaoney et al. 2013)*. L'enfant ne doit pas sentir « venir » l'anesthésie : la transition entre l'application du gel anesthésique de contact et l'injection doit être fluide et ne pas marquer de pause. La main occultant le champ de vision doit rester en place tandis que la main utilisée pour injecter change du coton salivaire à la seringue **(Fig. 2)**. Le praticien continue pendant tout ce temps-là à parler à l'enfant. Une fois le praticien bien positionné, il fait en sorte que l'enfant se concentre sur autre chose que le gonflement désagréable. Pour cela, il associe le gonflement à un élément positif.

FIG. 2



Exemple de position du praticien lors d'une anesthésie

L'enfant va gonfler un ballon par exemple, un coussin. Le praticien accompagne l'enfant au fil des sensations afin qu'il ne panique jamais, lui faisant choisir les couleurs du ballon, et ratifiant le plus possible tout au long de l'acte.

Pour les injections papillaires, nous pouvons aussi les associer à quelque chose de positif : des fleurs, des étoiles. Il faut toujours le rassurer en lui expliquant en amont que cela va un peu plus pousser, mais que tout va bien, qu'il faut bien respirer par le nez, et que ce n'est rien. **Il faut être inventif, ne pas se laisser surprendre :** si, par exemple, la langue sent l'aiguille, il faut chercher à se raccrocher à ce que nous sommes en train de raconter ; lui dire que c'est la tige du ballon, la baguette du papillon, la queue de la souris… En outre, en prévention de l'ingestion du liquide anesthésique, le praticien pourra l'associer à une image (goût des papillons, pipi des fourmis…), et rassurer l'enfant en lui disant que ce n'est rien, qu'il va aspirer et rincer juste après, très vite. Durant la séance de soins, nous pouvons rappeler à l'enfant ce qui lui a été présenté lors de la désensibilisation, c'est-à-dire réutiliser les métaphores utilisées et les intégrer complètement au soin : « allez, maintenant on va utiliser la gratouille pour enlever tous les microbes… tu connais déjà tout… tout va très bien… ». En outre, féliciter l'enfant lors de chaque étape réussie permet d'ancrer sa coopération dans le long terme (renforcement positif, ratification). Lorsque l'un des parents est présent, sa participation peut être bénéfique au *scénario*, sa connivence avec le praticien dans l'histoire élaborée peut permettre à l'enfant d'entrer plus facilement dans l'état hypnotique : « je surveille le beau ballon, je vois qu'il est bien gonflé, qu'est-ce qu'elles sont jolies les étoiles que le dentiste a mises dessus ! ».

En ce qui concerne **la focalisation sur les centres d'intérêt de l'enfant**, le praticien ou l'accompagnant pourront, de la même façon, prononcer des mots ou des phrases simples qui ont une signification pour l'enfant, relatant par exemple des habitudes de vie, et souvent utilisés en renforcement positif avec une suggestion avec lien : « je te donne ta console à la maison, après les dents » ; puis d'ajouter : « elle est belle ta console, elle est toute bleue, comme ta peluche ». Il arrive fréquemment que les patients atteints de handicap sévère répètent les dernières choses entendues (« peluche ! »), nous signifiant malgré tout qu'ils sont bien avec nous, qu'ils nous écoutent parfaitement et suivent tout ce qu'il se passe.

Il faut être en capacité de rebondir alors, car la communication est bien réelle, même si elle n'est pas telle que nous la connaissons habituellement : il faut s'adapter au monde de son patient.

Focalisation externe

De la même façon, l'attention de l'enfant peut être distraite par un élément extérieur au soin : le praticien ou l'accompagnant peuvent lui pointer quelque chose à regarder (le ciel, le nuage, un objet dans la pièce), ou lui dire de le fixer, puis imaginer une histoire autour de cet objet, toujours en utilisant des suggestions plutôt directes et simples, et s'adap-

Violaine Smaïl-Faugeron, Tom Saja, Diane Pereira, Andréi Mitu, Martin Glorifet

ter en fonction de ses réactions (en cas de handicap sévère, il peut répéter les derniers mots, bouger la main ou le pied d'une certaine manière, nous indiquant qu'il interagit avec nous). Dans certains cas, c'est l'enfant lui-même qui décidera de l'objet dont il veut que nous parlions, en nous montrant (ou disant) lui-même ce qui l'intéresse autour de lui. **L'observation est primordiale.** La focalisation externe repose ainsi sur le même principe que la focalisation interne. Le praticien peut faire des suggestions directes (« regarde l'oiseau sur la branche dans l'arbre devant toi… ça y est tu le vois ? »), comme indirectes (« tu peux voir l'oiseau sur la branche, ou un écureuil, ou seulement les feuilles bouger avec le vent »). Des suggestions paradoxales peuvent aussi être formulées, surtout si l'enfant est récalcitrant à notre proposition (« tu peux fermer les yeux pour encore mieux voir l'oiseau à travers la fenêtre : tu le vois mieux maintenant ? Concentre-toi bien… quand tu le verras/dès que tu le vois, tu me feras oui avec la tête » [*signaling*]), tout comme de la confusion (« on écoute le ciel bleu, on regarde le bruit du vent dans les cheveux »).

Si on reprend l'exemple de l'anesthésie, une solution est d'expliquer à quoi sert l'anesthésie de contact en la mettant en relation avec le gonflement qui va survenir lors de l'anesthésie locale : si nous lui avons fait voir/imaginer un oiseau sur la branche à l'enfant, nous pouvons dire que c'est de la confiture que nous allons mettre et qui va attirer cet oiseau, puis celui-ci va venir sur sa main, puis près de la bouche, puis près des lèvres, puis près de la dent. À cette imagerie visuelle, nous pouvons ajouter une imagerie kinesthésique en lui faisant sentir l'oiseau qui sautille ou qui picore (nous lui chatouillons ces différents endroits en même temps) : cela permet de rehausser l'imagerie visuelle de détails spécifiques, multisensoriels. Nous pouvons aussi proposer éventuellement à l'enfant de mettre un masque sur les yeux, prétextant que la lumière du scialytique le gênerait moins, ou en lui proposant de devenir un super-héros, ou en lui disant que « comme ça l'oiseau sera plus rassuré pour venir », afin d'être plus à l'aise lors du passage à l'injection. De la même manière durant le soin, nous pouvons associer l'eau des instruments avec la douche de l'oiseau qui doit se laver, les vibrations des instruments rotatifs avec l'oiseau qui se frotte ou avec les réacteurs d'une fusée…

Dans le cadre d'une extraction, nous pouvons faire danser l'animal dessiné en amont, pendant la désensibilisation, ou lui faire des suggestions avec lien : « alors la petite souris, une fois qu'elle a récupéré ta dent, tu sais ce qu'elle fait ? Elle fabrique un bijou avec. Mais elle peut changer si tu veux… ». Et pendant ce temps-là, le praticien peut réaliser l'acte. Nous pouvons aussi proposer un jeu ou un exercice facile, permettant d'éviter les réflexes nauséeux par exemple, en lui parlant en continu et en lui donnant des instructions : « lève la jambe droite ! Maintenant le bras gauche ! Puis la jambe gauche ! Puis le bras droit ». Une autre technique de distraction est la technique *Writing In The Air Using Leg* (WITAUL), dans laquelle le praticien invite l'enfant à dessiner avec sa jambe en l'air durant l'acte qu'il veut réaliser *(Kamath 2013)* **(Fig. 3)**. Il peut par exemple choisir de dessiner les lettres de son prénom, un animal, un objet. Le praticien peut alors le questionner sur son dessin, lui suggérer de rajouter des choses, en utilisant un processus de ratification pour appuyer ses propos : « tu ne ferais pas une oreille un peu plus verte à gauche ? Oui, comme ça… Tu ne trouves pas que c'est plus joli ? ». Nous pouvons aussi

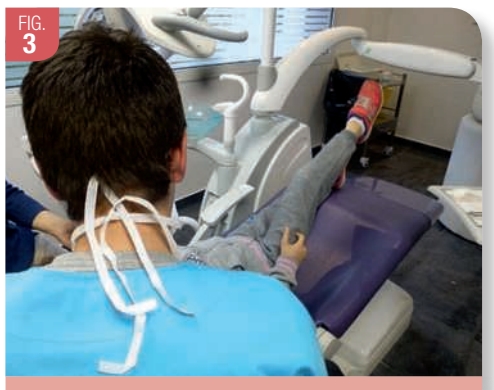


FIG. 3 Exemple de l'utilisation de la technique WITAUL

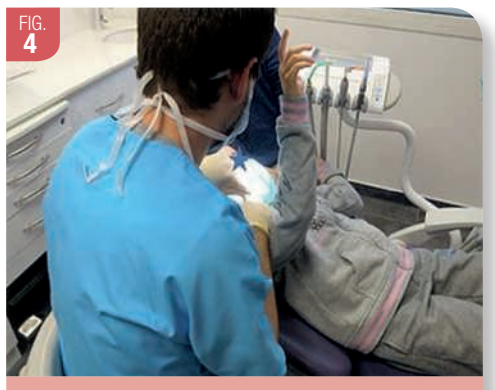


FIG. 4 Exemple d'un enfant qui dessine un chat avec sa main

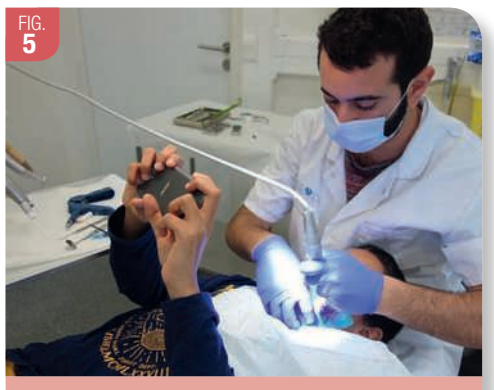


FIG. 5 Distraction externe (téléphone tenu par l'enfant)

lui montrer une affiche et lui demander de la mémoriser. Nous lui annonçons que nous allons l'interroger sur cette image au cours du soin et que, s'il répond correctement à un certain nombre de questions, il aura droit à une surprise à la fin du soin. De la même façon, on peut choisir de faire réaliser cette expérience à l'enfant à l'aide de sa main **(Fig. 4)**.

La distraction assistée par la technologie (tablette ou téléphone sur lesquels est installé le dessin animé favori) peut également être utilisée en tant que focalisation externe, tout au long de la séance *(Guinot Jimeno et al. 2014 ; Isong et al. 2014 ; Prabhakar et al. 2007)*. L'écran est souvent tenu par l'accompagnant **(Fig. 5)**. Dans les situations où le patient refuse le soin, la distraction externe peut être employée à titre de renforcement positif : l'enfant a le droit de regarder l'écran à la condition qu'il accepte l'instrument en bouche pendant un nombre défini de secondes ; le processus est réitéré autant qu'il le faut pour que l'enfant comprenne, et, une fois la situation stabilisée, le nombre de secondes peut être progressi-

vement augmenté et l'écran laissé devant les yeux de l'enfant tant qu'il est coopérant. Généralement, les enfants habitués dans leur vie quotidienne à ce type de renforcement, en particulier dans le cas d'enfants atteints de handicap, comprennent très vite. Il est également possible d'utiliser des lunettes de réalité virtuelle qui permettent à l'enfant d'être happé dans un monde virtuel sélectionné en fonction de ses goûts. La finalité est la même que pour les dessins animés ; cependant ces lunettes peuvent avoir un avantage dans l'immersion *(Asl Aminabadi et al. 2012 ; Hoge et al. 2012 ; Mitrakul et al. 2015).*

Tout simplement, écouter de la musique ou chanter une chanson peuvent également permettre la focalisation de l'enfant, tout comme raconter une histoire, surtout pour les tout-petits (il est par exemple possible d'associer un personnage méchant à un objet qui fait peur, ou changer les personnages avec humour : « il était une fois le petit loup et le gros méchant chaperon rouge… ») *(Ishikawa et al. 1990).*

D'une manière générale, quel que soit le type de focalisation employé, la notion de temps est souvent très importante dans le processus de concentration.

L'utilisation d'un objet (montre, horloge, *Time Timer®*), ou encore le fait de compter régulièrement, entrecoupé de pauses/renforcement positif (pouvant être de différentes natures, virtuelle comme le téléphone ou la tablette, ou humaine comme un câlin), peuvent aider l'enfant à prendre conscience du temps, et ainsi améliorer le vécu de la séance de soins. Une autre manière d'intégrer le comptage est de l'intercaler entre différentes suggestions, le tout sur un ton monocorde, lent, régulier : « je vais commencer à compter quand on soignera la dent, et dès que j'aurai fini de compter, on aura terminé de soigner la dent et tu rentreras à la maison [*nous avons choisi ici de ne pas indiquer de temps final de comptage, nous laissant plus de liberté, mais l'enfant sait quand même qu'il y a une fin, grâce à la notion d'immédiateté qui lui est suggérée par le « dès que »*]. 1, 2, 3, on respire bien avec son nez. 4, 5, 6, c'est très bien […] 22, 23, 24, on va commencer à faire des chatouilles près de la dent [*prévenir l'enfant du moment de l'anesthésie*]. 25, 26, 27, on va faire des chatouilles plus fortes [*accompagner l'enfant dans la sensation de l'anesthésie*]. 28, 29, 30, tout va bien […] 34, 35, 36, les chatouilles sont plus douces [*suggérer à l'enfant que l'anesthésie est agréable*] […] 59, 60, 61, on va commencer à dessiner autour de la dent. 62, 63, 64, ça va pousser tout doucement… encore plus doucement… [*accompagner le moment de l'extraction en suggérant une sensation positive*] […] ».

Dissociation

La dissociation permet au sujet physiquement présent dans notre salle de soin d'être mentalement ailleurs. Plusieurs techniques existent en médecine bucco-dentaire, selon les situations et les objectifs que nous souhaitons atteindre.

Éloigner le patient de l'acte en soi

Cette technique fait appel à la recherche de l'aire de sécurité, qui peut être réelle ou imaginaire, connue ou non du patient. Après une induction de transe, le praticien, en observant son patient, pourra choisir de faire s'évader l'enfant loin de la salle de soin, et parler de lieu favori où il aime aller (en réalité ou en rêve), de vacances passées ou futures, de son sport, de son animal, d'aventures extraordinaires… Les possibilités sont multiples.

Si une fenêtre est placée face à nous, nous pouvons lui faire observer les nuages, lui faire deviner les formes, le faire grimper dessus… Une focalisation préalable peut donc se transformer en dissociation : l'enfant est sur son nuage, il fait la rencontre de lutins, de fées… Si cette technique a bien fonctionné, il est important de s'en souvenir pour les séances suivantes afin de le faire « repartir » là où il était bien. Généralement, c'est nous qui décrivons et lui qui répond par oui ou non ; cependant, il peut nous décrire les choses avant que l'on commence à se servir des instruments. Tout au long de ce voyage, des sensations en relation avec ce qu'il est en train de vivre peuvent être ajoutées : s'il est en train de voir un oiseau, il peut lui être suggéré de sentir les battements d'ailes au niveau de la main, ou la douceur du plumage… Il peut être utile de faire une corrélation entre ce que nous faisons réellement comme acte thérapeutique et ce qu'il vit : les sensations liées à l'anesthésie peuvent être associées aux picorements ou aux pattes de l'oiseau, l'eau à sa douche, l'air au séchage, le pansement à l'habillage, la luxation à une danse que ferait l'oiseau… **L'imagination du praticien est essentielle**.

Pour certains enfants, il sera préférable de leur faire fermer les yeux pour qu'ils puissent imaginer. Dans le cas de dissociation, le praticien ne fait pas référence à l'acte réalisé, il ne parle que de l'histoire dans laquelle l'enfant est plongé.

Détacher une partie du corps du patient

Se mettre en observateur d'une partie du corps permet parfois de faire accepter un acte à un patient. Ici, le patient est avec nous dans la salle de soins, physiquement et mentalement, à l'inverse de la technique précédente. **Ainsi, le praticien utilisera la formulation « LA dent » plutôt que « TA dent »** par exemple. Le principe est de dissocier une partie du corps du patient. Ainsi : « on lave la dent (nettoyage), après on l'endort (anesthésie), après elle va dans sa chambre et met son pyjama (champ opératoire et crampon), après on s'en occupe et toi tu fais ce que tu veux. Tu peux nous aider à la calmer si ça va moins bien, tu peux lui raconter une histoire dans ta tête (elle entendra mieux),… ». De la même façon, ce n'est plus « SA » langue, mais « LA » langue, il peut lui faire faire ce qu'il veut si elle l'embête… Ce procédé est intéressant à utiliser notamment en cas de réflexe nauséeux : « dis à la langue de se pousser ; dis-lui qu'elle peut toucher si elle veut mais que, à toi, ça ne te fait rien ; dis-lui de se reposer, de rester tranquille ; elle pourra même avoir un beau cadeau à la fin si elle a été sage !… »

Réification

C'est une transformation mentale d'une sensation en un objet plus aisément modifiable. Par exemple, il peut être demandé à l'enfant de trouver une représentation imaginaire de la peur (ou lui proposer s'il ne trouve pas), et ensuite trouver un moyen de la diminuer : « comment tu sens ta peur ? Décris-la-moi, où elle se situe ? Tu peux rentrer à l'intérieur ? Elle a quelle forme ? Quelle couleur ? Est-ce qu'on pourrait la colorier pour la rendre plus jolie ? Pour qu'elle soit contente ? » ; ce peut être aussi une bulle qu'on perce par exemple. Là encore, c'est l'enfant qui est acteur, qui maîtrise.

Dissociation et handicap

Mais un enfant atteint de handicap mental ou d'autisme sévère est-il réellement en mesure d'atteindre cet état ? Le praticien peut essayer de l'y amener, même s'il sera parfois difficile d'en avoir la confirmation. Mais après tout, est-ce important de le savoir ? L'objectif est de faire en sorte que le soin se passe dans les meilleures conditions possibles ; si c'est le cas avec l'option choisie en accord avec l'observation de son patient, ce qu'il se passe réellement est superflu, voire ne nous regarde pas, nous, praticiens… Par exemple, si le patient répète « dinosaure » : établissons une histoire autour de cet animal qu'il admire ! La course de dinosaure sera le corrélat de l'extraction que nous devons réaliser : l'anesthésie sera les brassards qui doivent être gonflés avant d'aller nager (une partie de la course est dans l'eau), l'eau sera l'eau du bassin, la syndesmotomie sera le tour des rochers à franchir, la luxation sera le saut d'obstacle… Nous pouvons être étonnés parfois que l'enfant suive vraiment l'histoire en nous répondant tantôt de façon cohérente, tantôt de façon un peu plus incohérente, mais, qu'à cela ne tienne, rebondissons et servons-nous-en comme outils d'amplification de confusion. En se mettant dans sa réalité, nous entrons en communication, en contact ; nous ne sommes jamais ridicules, et il ne s'agit également jamais de se moquer de son patient. Être imaginatif peut être parfois d'un grand secours : si l'enfant voit du sang sur la compresse, établir un lien avec l'histoire racontée peut nous sauver de la situation (« Mais c'est normal ! C'est le dinosaure rouge qui a gagné la course ! »).

Dans certains cas, le praticien aura envie de choisir le procédé de dissociation même si l'enfant ne répond pas vraiment, du moins verbalement ; mais peut-être suit-il quand même, peut-être est-il emporté dans l'histoire, peut-être est-ce le praticien que cela rassure… Qu'importe, tant que les répercussions sur l'enfant sont bénéfiques.

La focalisation et la dissociation sont deux états hypnotiques différents. L'enfant peut aisément passer de l'un à l'autre, accompagné par les suggestions d'un praticien observant. De plus, mettre du mouvement peut nous être d'un grand secours, associé à un processus de focalisation ou de dissociation. Ainsi, faire taper l'enfant dans les mains, lui faire attraper un objet imaginaire tout en l'encourageant au bon moment (lors d'une extraction par exemple), permet de déplacer cette sensation, qui peut être perçue comme désagréable, à une autre partie du corps **(Fig. 6)**.

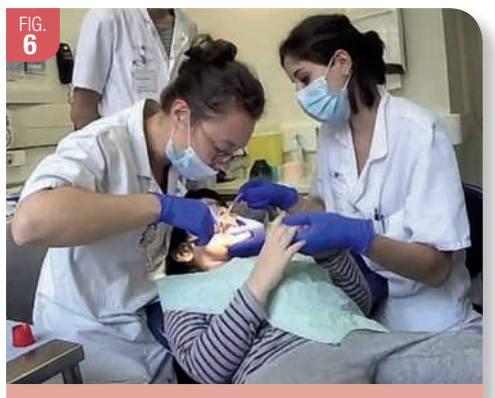


FIG. 6 Mettre du mouvement

En outre, pour éviter le risque de défocalisation ou de réassociation de l'enfant, un champ de vision contrôlé ainsi qu'une ambiance sonore appropriée sont à favoriser. Néanmoins, un bruit inattendu et incontrôlable doit être aussitôt intégré dans les paroles du praticien ; par exemple, une porte qui claque peut être un personnage de l'histoire qui applaudit l'enfant pour le féliciter, une voiture qui klaxonne peut être l'ambiance d'un carnaval…

Mais que faire dans les situations où le patient ne serait pas suffisamment réceptif à nos approches psycho-comportementales ? Une solution peut être apportée par l'approche médicamenteuse, qui peut faciliter l'obtention et le maintien de l'état hypnotique. En effet, en diminuant l'anxiété et la vigilance de l'enfant, **la stratégie médicamenteuse permet de potentialiser l'effet de nos stratégies hypnotiques (Fig. 7)**.

FIG. 7 État hypnotique

La place de la sédation consciente

Le masque du Mélange Équimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote (MEOPA) sera introduit de la même manière que tout autre instrument inconnu (démythification, synchronisation, apprentissage par modèles) **(Fig. 8)**. En règle générale, le praticien essaiera d'adopter une attitude calme afin d'établir un climat serein ; de plus, les sons étant souvent intensifiés sous MEOPA, il est préférable de parler doucement, voire parfois même de chuchoter.

Les spécificités du MEOPA nous aident dans le processus de focalisation externe (ballon) ou interne (fourmillements dans les mains et les pieds). Ainsi, faire focaliser de prime abord l'enfant sur « bien faire gonfler le ballon », tout en le pointant du doigt, permettra plus facilement de le détendre, de réduire son champ perceptif et de le rendre plus perméable à nos suggestions : « tu vois le ballon qui gonfle ? Tu me le montres ? Tu sais que c'est un ballon magique qui te permet d'être plus fort. Dès que tu te sens plus fort, tu me le dis… » **(Fig. 9)**.

Le praticien pourra aussi faire se concentrer le patient sur les sensations qu'il peut ressentir (focalisation interne) : « est-ce que tu sens les petites fourmis qui commencent à monter dans tes mains ? Il y en a une verte, une rouge… [*ratification*], c'est rigolo », tout en le stimulant par le toucher.

Parfois, une fois le processus de focalisation effectué, le praticien ne cherchera pas à continuer ce processus tout au long de la séance, mais se servira du MEOPA uniquement comme vecteur de l'état de dissociation.

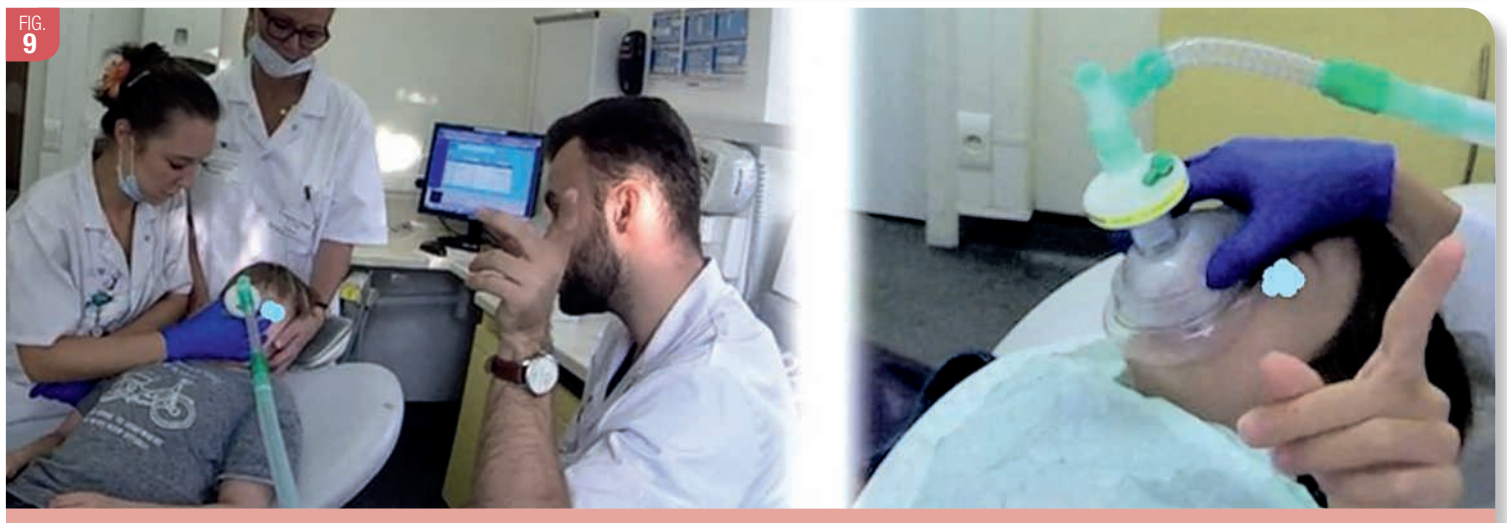
Chez les enfants dont la respiration est uniquement buccale, une solution est d'alterner les phases d'inductions de MEOPA et les phases de soins *(Fukuta et al. 1989)*. Les premières fois, les phases d'induction sont nombreuses et relativement longues (plusieurs minutes), à la différence des phases de soins, limitées en nombre et très courtes (quelques secondes). Cependant, au fil des séances et dans la majorité des cas, le nombre et la durée des inductions diminuent grâce à la coopération croissante de l'enfant qui s'habitue, nous permettant de réaliser des soins plus longs et dans de meilleures conditions *(Guelmann et al. 2012).*

Violaine Smaïl-Faugeron, Tom Saja, Diane Pereira, Andréi Mitu, Martin Glorifet

FIG. 8

Apprentissage par modèle (praticien, parent)

FIG. 9



Focalisation externe (ballon du MEOPA)

Par ailleurs, **le masque nasal laissé en place sans MEOPA joue une part importante dans l'effet placebo** le masque nasal peut être laissé sur le nez sans branchement et une induction est ensuite réalisée avec nos seules stratégies hypnotiques. Se servir des effets ressentis lors des séances précédentes en faisant appel à la mémoire de l'enfant (lorsque le MEOPA avait été « réellement » utilisé) permet également de « se redonner de la force » pendant l'acte lors d'un passage difficile. Cependant, dans ce cas, l'effet physique réel du médicament n'est alors pas ressenti, et certains enfants pourront manifester leur mécontentement. En effet, certains enfants atteints de handicap sévère peuvent être plus sensibles ou plus réceptifs à tout ce qui touche au sensoriel : ils n'accepteront pas de continuer tant que les effets propres du gaz ne se font pas sentir, et le réclameront soit en montrant le ballon ou le masque, soit en le disant ! De la même façon, nous avons pu observer certains patients pour lesquels le MEOPA était indispensable, et où l'effet médicamenteux avait une action presque instantanée sur l'agitation du patient.

Rappelons cependant que l'entourage, qu'il soit verbal ou sensoriel, a une action primordiale sur le vécu et le comportement du patient, et ce même dans les cas où nous pourrions avoir l'impression que le MEOPA est le seul vecteur de réussite. Dans le même ordre d'idée, la stabilisation protectrice peut se révéler indispensable pour les enfants se débattant d'emblée et n'étant réceptifs à aucune autre approche : le masque pourra être placé sous la contrainte lors de la première séance et dans les premières minutes, l'enfant se calmant souvent de lui-même sous l'effet du mélange et du saupoudrage de termes positifs, accompagnés d'une attitude calme conforme à nos dires (« tout va bien, on se calme, regarde le ballon… »). Néanmoins, des situations inverses peuvent également se produire : l'enfant peut se mettre à paniquer sous l'effet médicamenteux, ne supportant pas les sensations produites, ou ayant l'impression « d'étouffer » : soit nous réitérons le processus de démythification progressif, soit nous nous « servons » de la situation et donnons une condition à l'enfant : « tant que tu n'es pas calme, je laisse le masque ».

De même, dans certains cas de handicap, il peut s'avérer que l'enfant se mette à s'agiter fortement voire à se frapper : il est alors préférable de ne pas se servir du MEOPA et d'adapter sa prise en charge en revenant aux méthodes psycho-comportementales seules, en combinant éventuellement avec une prémédication sédative. Autre exemple, celui du patient qui a du mal à accepter de « partir en transe », notamment sous l'effet du MEOPA : il aura tendance alors à arracher le masque avec violence, et à paniquer. Nous pouvons proposer de mettre uniquement le masque nasal, impliquant qu'il puisse respirer avec la bouche dès qu'il le souhaite, et notamment quand il se sent « partir ». Il reprend ainsi le contrôle de la situation, le fait fréquemment au début, puis accepte ensuite plus facilement la sensation et finit par ne respirer qu'avec le nez.

Attention au choix des mots, même pendant la transe, même pendant le MEOPA. Cela peut changer le comportement des séances suivantes, la mémorisation et les souvenirs étant implicites.

Deux événements indésirables liés à l'utilisation du MEOPA peuvent survenir : l'euphorie et le vomissement. Le risque est estimé entre 0,6 et 4,5 % et entre 1 et 5 %, respectivement *(Collado et al. 2006 ; Collado et al. 2008 ; Faulks et al. 2007 ; Hennequin et al. 2012)*. En ce qui concerne l'euphorie, l'enfant voit ses sensations exacerbées, entraînant des rires avec très souvent une exagération de l'enfant [*il en « rajoute »*]. Le praticien peut accepter certaines choses, mais il sera plus confortable pour la suite des soins d'éviter les débordements, de rester dans son rôle de dentiste : « stop, on se calme, pense dans ta tête à tout ce que tu veux nous dire et tu nous le diras tout à l'heure, quand on aura terminé » [*suggestion avec lien*] ».

La gestion de l'entourage est aussi très importante : l'accompagnant ou l'assistant pourrait être amusé de la tournure que prend la séance, néanmoins il faut lui rappeler le risque que cela implique pour la prise en charge, et lui demander de ne pas entraîner l'enfant dans ce jeu, mais plutôt de rechercher le calme, par le biais d'une synchronisation. Lorsqu'un enfant vomit, il faut en premier lieu s'occuper de lui : un saupoudrage de termes positifs est de rigueur (« tout va bien », « ce n'est rien »…), tout en accompagnant de gestes rassurants (caresses…). Il faut éviter le réflexe de le redresser vers l'avant (risque d'inhalation) et plutôt le pencher sur le côté. Ensuite, soit le soin est reporté, soit poursuivi avec ou sans MEOPA, selon la situation clinique et comportementale. Il est peu fréquent qu'un enfant vomisse à nouveau dans la même séance. Interroger l'accompagnant en amont de la séance sur une possible maladie (gastro-entérite par exemple) peut être judicieux pour éviter cet incident.

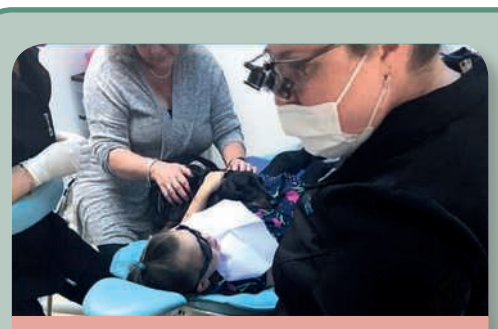
L'une des particularités de l'utilisation de l'hypnose chez les enfants (mais aussi des patients adultes anxieux) est le besoin de se sécuriser tout au long du soin en sortant tout seul de l'état hypnotique dans lequel le praticien l'aura plongé, pour se rassurer en voyant que tout va bien, qu'il contrôle la situation. Une fois s'en être assuré – la gestion du praticien devra être adaptée –, l'enfant a tendance, le plus souvent, à se remettre tout seul dans sa transe ; si ce n'est pas le cas, le praticien peut – doit – l'aider en reprenant les outils relatifs à l'hypnose conversationnelle. Dans d'autres cas, l'enfant sortira spontanément de sa transe et manifestera d'emblée un comportement non coopérant, que le praticien devra être également en mesure de gérer.

En outre, quel que soit le déroulement du cheminement hypnotique, le praticien provoquera une sortie de l'état hypnotique à l'aide de techniques linguistiques et relationnelles, et aura également le souci de préparer les séances de soins ultérieures.

Références

1. *Asl Aminabadi N, Erfanparast L, Sohrabi A, Ghertasi Oskouei S, Naghili A. 2012. The impact of virtual reality distraction on pain and anxiety during dental treatment in 4-6 year-old children : A randomized controlled clinical trial. Journal of dental research, dental clinics, dental prospects. 6 (4) : 117-124.*
2. *Collado V, Hennequin M, Faulks D, Mazille MN, Nicolas E, Koscielny S, Onody P. 2006. Modification of behavior with 50 % nitrous oxide/oxygen conscious sedation over repeated visits for dental treatment a 3-year prospective study. Journal of clinical psychopharmacology. 26 (5) : 474-481.*

Toute la bibliographie est à retrouver sur **www.aonews-lemag.fr**



Zoothérapie (photographie tirée d'un site internet canadien)

La zoothérapie

Évoquons enfin à titre anecdotique la zoothérapie, qui est essentiellement utilisée au Canada, mais qui serait une focalisation externe de choix pour certains enfants, *https ://drerachelcarrier.com/soins/zootherapie/*). Cependant, le Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de France, que nous avons interrogé par téléphone, émet un avis défavorable à ce sujet pour des questions d'asepsie.

Un aparté peut être fait pour la radiographie panoramique. La particularité de ce cliché impose l'immobilité du patient durant plusieurs secondes. Si cette configuration ne pose généralement aucun problème à un enfant, ce n'est souvent pas le cas pour un patient atteint de handicap. Il faut alors user de stratégies diverses relevant plus de la focalisation externe, et déjà décrites.

Sortie de l'état hypnotique

Violaine Smail-Faugeron
Maxime Grimbert
Guillaume Vautrey
Alice Modolo
Tom Saja
Paris

Dans ce chapitre, nous allons évoquer tout d'abord les cas où l'enfant sort spontanément de l'état hypnotique dans lequel le praticien l'avait plongé : la plupart du temps pour se sécuriser, la simple réponse à des questions ou une démythification rapide, associée à une attitude ferme, suffiront à le faire repartir dans cet état. Dans d'autres situations néanmoins, le comportement deviendra non coopérant et le praticien devra user de diverses stratégies pour le gérer. Les techniques vues dans les chapitres précédents s'appliquent également dans ces deux contextes, nous ne reviendrons pas dessus mais nous ne ferons qu'évoquer certaines situations supplémentaires pouvant arriver durant une transe. Puis nous parlerons du processus d'une sortie de transe provoquée par le praticien, et enfin nous terminerons par la préparation des prochaines séances de soins.

Sortie spontanée

Parfois, un enfant sortira une ou plusieurs fois de son état hypnotique (focalisation ou dissociation) de manière spontanée. La plupart du temps, lorsque l'induction a été réalisée et que l'enfant est bien rentré dans sa transe, il n'en ressortira que ponctuellement et uniquement pour se rassurer, éventuellement pour « tester » si le praticien est bien présent avec lui, puis, une fois la confirmation obtenue, il repartira tout seul, ou sera aidé en reprenant plus rapidement les processus de focalisation. **Dans tous les cas, ces sorties de transe sont accompagnées de comportements anxieux mais coopérants, et une réaction adaptée du praticien suffira à poursuivre le soin dans de bonnes conditions.**

Comportements anxieux coopérants

Ainsi, par exemple, si l'enfant manifeste une certaine anxiété à l'égard de nouveaux instruments le faisant sortir spontanément de sa transe (par des questions, un mouvement défensif de la main, une tête qui évite l'instrument, une bouche qui se ferme), le praticien se doit de répondre par des explications (démythification), qui précèdent alors le retour dans la transe (qui se fera soit de façon spontanée, soit avec des outils de communications adaptés). De même, pour des instruments connus de l'enfant, si ce dernier manifeste quand même une anxiété, le processus doit être réitéré, éventuellement précédé de : « tu connais, on a déjà vu ensemble la dernière fois. Je te remontre… Tu te souviens maintenant comme c'était facile ? ». **La notion de répétition est très importante.**

Cette fermeté permet d'apporter une structure à l'enfant qui comprend qu'il ne peut pas faire n'importe quoi, et que le praticien est là pour le lui rappeler. Une autre solution peut être aussi de lui faire compter les points : un point pour l'enfant si le dentiste parle, un point pour le dentiste si l'enfant s'agite ; celui qui a le plus de points obtient le cadeau à la fin de la séance [*renforcement positif*].

Si l'enfant se plaint de la manière suivante : « j'ai mal à la tête, au ventre », nous pouvons lui répondre : « oui [= *« je te crois »*], c'est parce que tu t'agites et que tu pleures tout le temps [*lui donner une raison rationnelle*]. Tu vas voir que dès que tu es calme et que tu arrêtes de pleurer [*notion d'immédiateté*], tout ira mieux, tu te sentiras très bien. Vas-y. Fais-le. Tu vas voir [*suggestion d'une amélioration certaine*]. Pour t'aider, on va faire gonfler ton ventre avec maman, qui va poser sa main sur ton ventre [*lui apporter une solution*]. Et lorsque tu sens que ça va mieux, que tu es bien tranquille, tu me le dis [*signaling, saupoudrage de termes positifs pour lui redonner la maîtrise de la situation*] ».

De même, si l'enfant s'insurge (« mais tu m'as fait mal ! »), la réponse peut être : « tu as bougé, donc tu as eu mal », ou « excuse-moi, j'ai appuyé un peu fort avec mon doigt ; est-ce que ça va mieux comme ça ? », ou encore mieux : « je me mets comme ceci et j'enlève cela [*prise en compte de ses dires*], et toi tu me dis dès que ça va mieux [*amélioration certaine*] », auquel peut être ajouté : « peut-être dans 10, 20 ou 30 secondes [*curiosité suscitée, remplace progressivement anxiété*] ».

Nous pouvons ensuite lui suggérer : « dès que tu sens que ça ira moins bien [*dans le cas d'enfants qui n'arrêtent pas d'interrompre le soin*], dis à maman de mettre sa main sur ton ventre [sensations tactiles], puis vous respirez bien fort tous les deux, maman va compter jusqu'à 5, et alors tu verras que ça ira beaucoup mieux [*amélioration certaine*] ». Nous pouvons aussi lui proposer de faire quelque chose en particulier, par exemple, dans le cadre d'une extraction : « quand tu sens que ça pousse trop, ça veut dire que la petite dent est prête à s'envoler, tu peux lui faire coucou avec ta main tout doucement pour lui dire au revoir et l'aider [*rôle donné à l'enfant*] ».

Dès les premiers signes d'agacement, nous pouvons le recadrer immédiatement (et ne pas attendre que la situation dégénère), en lui disant que plus il reste calme, plus le soin se terminera vite, que l'on est à la dernière étape et qu'il serait dommage d'abîmer la jolie dent que l'on est en train de faire.

Violaine Smaïl-Faugeron, Maxime Grimbert, Guillaume Vautrey, Alice Modolo, Tom Saja

Comportements anxieux non coopérants

En cas de manifestations non coopérantes (pleurs, agitation, hurlements), il est indispensable de toujours croire l'enfant de prime abord et d'écarter tout diagnostic de douleur réelle, déclencheur d'une sortie de transe spontanée. Il se peut, en effet, qu'il ressente une réelle douleur, due à un défaut d'anesthésie. Il vaut mieux donc, pour des raisons évidentes, s'assurer de l'absence certaine de douleur, par exemple en comparant le ressenti douloureux à différents endroits de la cavité buccale. Une autre façon d'orienter notre diagnostic de la situation sur la présence d'une douleur est lorsque l'attitude de l'enfant a été parfaite depuis le début, puis se met à hurler uniquement à un moment particulier (par exemple, lorsque l'instrument touche la pulpe, ou lors de la luxation durant une extraction).

Dans un premier temps, rassurer, dire que nous le croyons, est primordial, « la preuve, regarde, tu nous as dit que tu avais mal, et on a arrêté, tout de suite, tu as vu ? ». Il faut rechercher le contact verbal, physique, retrouver l'alliance perdue pendant un moment, capter son regard, son attention, faire en sorte qu'il nous réponde. Une fois les pleurs calmés (en ajoutant éventuellement « maintenant tout va bien, on se calme, on boit un peu d'eau, tout va bien parce qu'on a arrêté, donc on n'a plus besoin de pleurer »), nous lui apportons une solution en « remettant du dodo ». Puis, une fois le calme revenu et l'anesthésie faite, le praticien retrouve une attitude ferme, un ton plus décidé, en lui disant que nous le croyons, mais que nous voulons continuer à pouvoir le croire, c'est-à-dire qu'il fasse la différence entre « ça pousse » (par exemple dans le cas d'une extraction), et « ça fait mal ». Nous pouvons lui répéter alors en boucle [*saturation*] que « ça ne fait que pousser…, que tout va bien,… que c'est bientôt fini… », en lui demandant de bien nous regarder pour l'aider également avec des techniques non verbales (fixation oculaire, caresses, encouragements…).

Lorsque l'enfant se plaint d'une douleur ressentie au niveau du capteur radiologique, une technique est la mise en œuvre d'une compétition perceptive : le praticien retire le capteur et se positionne en face de lui. Il dit à l'enfant avoir une solution magique et lui suggère de frotter avec son doigt à l'endroit où il se plaint pendant trois secondes, puis il lui demande s'il va mieux. S'il dit qu'il a toujours mal, il le fait recommencer (ou il le fait lui-même en lui disant qu'il a un doigt magique) jusqu'à ce qu'il réponde que « maintenant ça va ». Avant de recommencer à mettre le capteur en bouche, il lui dit qu'il n'a qu'à compter jusqu'à trois sans bouger pour prendre la photo (en lui signifiant que s'il bouge à nouveau, il devra encore recommencer), et ensuite il n'aura qu'à frotter avec son doigt pendant trois secondes pour faire disparaître la sensation « bizarre » ; là encore, il est judicieux d'essayer de détourner l'attention sur d'autres mots qui suggèrent moins de douleur (« bizarre », ou « tu me diras dès que tu sens que ça va mieux » plutôt que « tu me diras quand tu n'auras plus mal »).

Une fois la notion de douleur écartée, plusieurs situations peuvent se présenter à nous.

Lors de l'anesthésie du secteur antérieur maxillaire, l'enfant peut se mettre à pleurer à cause de la sensation de « nez bouché ». Il faut alors essayer de prévenir en amont (« tu vas voir, quand j'aurai fini de faire gonfler ton beau ballon, ça va faire tout rigolo dans le nez… Tu me diras quand tu trouveras ça amusant »), ou rassurer tout de suite en expliquant que c'est normal, que c'est le ballon qui gonfle… Nous pouvons aussi lui montrer son visage dans le miroir à la fin de l'anesthésie pour lui montrer que son visage n'est pas gonflé « grâce à la magie, et il n'y a que lui qui sait que le ballon est là, et maman et moi qui le voyons », que cela durera le temps de soigner la dent et se dégonflera à la maison car c'est un ballon magique.

> La notion de répétition est très importante

Pour les enfants essayant de se faire vomir, ou détournant la tête, nous pouvons leur proposer de compter de 5 en 5 pendant que nous nettoyons la dent, et de faire des pauses entre chaque séquence. Puis de 10 en 10 s'il devient de plus en plus coopérant. Nous le félicitons quand nous arrivons à aller jusqu'au 5 sans encombre [*renforcement positif*]. En cas d'entêtement de l'enfant, nous pouvons compter plus fort pour couvrir les pleurs ou les cris jusqu'au rétablissement de la situation. S'il tente toujours de se faire vomir, nous pouvons ajouter, avec une voix décidée : « ça ne marche pas avec moi. Si tu vomis, ça n'empêchera pas qu'on soigne la dent. Tu es prévenu. Maintenant, je t'ai tout expliqué, tout montré, c'est très facile. Je te remontre… ».

Si l'enfant veut attraper les mains du dentiste, à plusieurs reprises, il peut intimer l'ordre de les remettre à leur place avec une élévation de la voix contrôlée. Le praticien peut aussi utiliser un processus de dissociation : « qu'est-ce qu'elles sont en train de faire tes mains ? tu peux gronder tes mains et leur dire de revenir à leur place ! ».

En cas de pleurs ou d'agitation durant l'injection ou le soin, le praticien peut faire preuve d'une autorité contrôlée en élevant la voix notamment, tout en continuant à distraire l'enfant en le faisant se concentrer sur sa respiration, sur la sensation de ballon qui gonfle, ou sur l'objet externe choisi. Le but est d'essayer de le maintenir dans le monde qu'il s'est construit avec l'aide du praticien afin de ne pas perdre le contrôle de la séquence de soin. L'objectif final étant de lui faire accepter une étape du soin en la rattachant à une justification logique. Par exemple, si nous avons mis le crampon avec le champ opératoire en disant que la dent allait au bal, il est normal de faire du bruit et de l'eau car il faut bien prendre sa douche avant de danser. Ainsi, **une réponse rationnelle est donnée à la crise de l'enfant**. De la même façon, s'il pleure, hurle, ou détourne la tête dans le cas d'une prise d'empreinte, nous pouvons lui demander s'il a déjà fait de la pâte à modeler. Tout au long de la prise d'empreinte, nous allons le féliciter pour son comportement ou lui donner un rôle : « et si tu m'assistais ? Je te donne une boule de pâte à modeler en même temps, tu seras mon assistant et ce sera à toi de me dire quand la pâte est bien dure ! C'est un rôle très important ! [*implication de l'enfant*] ».

Pour les cas où l'enfant se débat ou crie et que l'enfant est sourd à toutes nos tentatives de récupération, le praticien peut retirer le champ opératoire, le faire se rasseoir, marquer une pause, et lui proposer de l'eau. Il lui répète en boucle (saturation) près de son oreille et presque en chuchotant que s'il veut dire quelque chose, il faut d'abord qu'il se calme car nous ne comprenons rien s'il parle en pleurant : « on arrête de pleurer pour rien ; je veux bien que tu pleures, mais ce doit être pour quelque chose. Là, il ne se passe rien ; alors on arrête ». Une fois calmé, nous essayons de comprendre ce qui ne va pas et de reprendre les techniques précédemment évoquées [*démythification, respiration…*]. Nous devons éviter qu'il ne s'enferme dans ses pleurs, faire en sorte que ces derniers ne durent trop longtemps (sortir l'enfant de ses pleurs n'en sera alors que plus difficile). Si le patient est réticent à remonter sur le fauteuil et à reprendre le soin, essayer de l'y amener différemment peut être une stratégie : nous pouvons lui proposer que ce soit sa mère qui s'assoie, et que lui aille sur elle, lui faire un câlin, puis tenter de reprendre l'approche qui lui convenait (compter et faire des pauses par exemple).

> Une réponse rationnelle est donnée à la crise de l'enfant

La technique de « prescription de symptômes » peut aussi être utile dans certains cas de pleurs (souvent sans larmes, s'apparentant plus à des gémissements) difficiles à enrayer. **Le principe est de placer le patient face à un paradoxe** *(Erickson 1998).* Ainsi, plutôt que de lutter contre des pleurs, le praticien va demander à l'enfant de pleurer, mais uniquement lors des pauses, à la fin du comptage réalisé pendant le soin. Ceci permet de transformer un comportement non désiré et non coopérant en comportement autorisé, sous certaines conditions, modifiant ainsi une opposition en coopération, en alliance. Si l'enfant pleure pendant le soin, il est sommé d'arrêter, et si l'enfant ne pleure pas pendant la pause, il est sommé de le faire immédiatement ! Et lorsqu'il le fait, le praticien l'encourage : « plus fort ! voilà, très bien ! encore plus fort ! attention, il te reste 5 secondes pour pleurer, ensuite tu t'arrêtes et on compte jusque 20 sans pleurer. 5, 4, 3, 2, 1. Stop ! On ne pleure plus et on compte jusque 20 ». La situation devient presque absurde, et au fur et à mesure, les pleurs s'atténuent, jusqu'à s'arrêter complètement, y compris pendant les pauses, lorsque nous observons un retour à la coopération de l'enfant.

Parfois aussi, ignorer les pleurs de l'enfant, c'est-à-dire parler avec l'accompagnant ou l'assistant, permet d'arrêter ou d'éviter une crise de larmes : l'enfant est focalisé sur ce que le praticien dit et arrête de pleurer, et dès qu'il lui reparle, se remet à pleurer.

Lorsque nous n'arrivons pas à réaliser correctement notre acte malgré toutes nos tentatives, le renforcement négatif peut aussi être employé : « je ne suis vraiment pas content. Si tu continues, tu n'auras pas ton cadeau », ou « tu seras puni » (attention à être en accord avec les parents). Si l'enfant a continué malgré tout, il faut faire ce que l'on dit, et tenir sa parole à la fin de la séance, la finalité étant qu'il ne recommence pas la fois d'après.

Un aparté peut être fait lorsque l'enfant se réveille après s'être endormi au milieu du soin : afin de parer aux pleurs, il faudra lui parler tout de suite, lui dire qu'il vient de se réveiller et qu'il est chez le dentiste, que tout va bien et que nous avons presque terminé, et répéter cela tant qu'il ne se calme pas, en parlant tout doucement, en le rassurant aussi avec nos gestes de réconfort, en lui demandant d'ouvrir les yeux afin de capter son attention et de le faire revenir à la réalité [*saupoudrage de termes positifs, renforcement positif*].

D'une manière générale, une fois la sortie de transe spontanée gérée par le praticien, il fait se refocaliser l'enfant, puis reprend la plupart du temps là où il en était au moment où la sortie est survenue. Cela permet à l'enfant de « faire l'impasse » sur ce qu'il vient de se passer, d'oublier ce passage qui n'a plus d'importance.

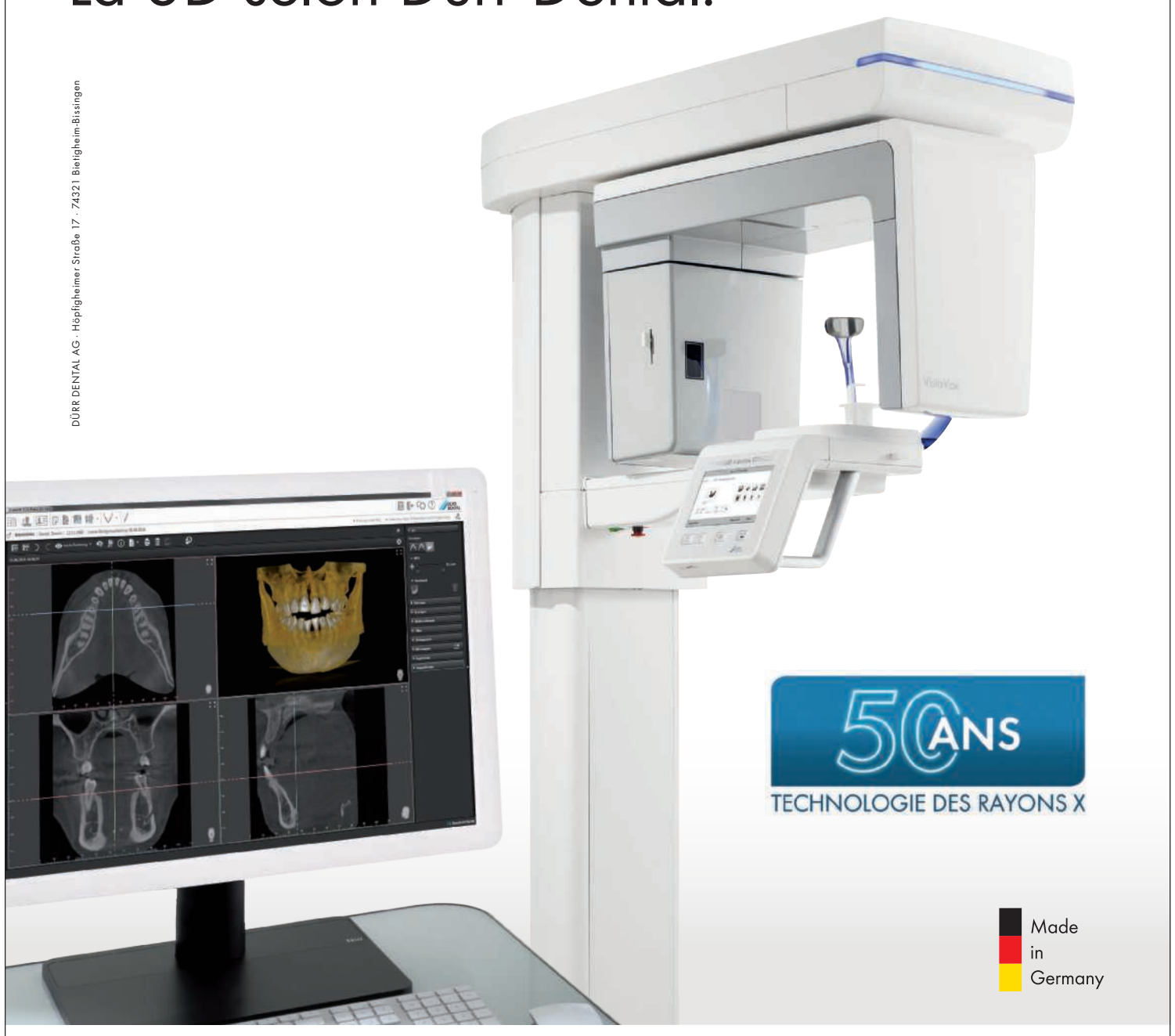
Sortie provoquée

Pour sortir un enfant de son état hypnotique, il faut l'accompagner, ne pas terminer l'acte, ne pas arrêter de parler d'un coup, ou encore retirer le masque du MEOPA sans crier gare… La sortie de transe est importante et conditionne un retour à la normale serein et calme. Le petit patient pourra dire « au revoir au ballon » par exemple, si notre focalisation a été (en partie) externe, et notamment si l'objet de l'attention a été le ballon du MEOPA (globalement, faire dire « au revoir » à toute source de focalisation) ; l'enfant peut aussi amplifier l'arrêt de la transe en disant « au revoir » avec la main. « On le reverra la prochaine fois » évite qu'un enfant pleure par peur de se séparer de l'objet

AIR COMPRIMÉ | ASPIRATION | IMAGERIE | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE | HYGIÈNE

VistaVox S :
La 3D selon Dürr Dental.

DÜRR DENTAL AG · Höpfigheimer Straße 17 · 74321 Bietigheim-Bissingen



Plus de diagnostic – moins d´exposition aux rayons: Le volume adapté à la forme de la mâchoire, propose un volume de diagnostic équivalent à celui d'un appareil de Ø 130 x 85 mm et en plus un volume de Ø 50 x 50 mm avec une résolution de 80 µm pour la recherche d'anomalies. Accès rapide à toutes les fonctions grâce à son écran tactile 7''. Avec la technologie S-Pan, vous avez des clichés 2D et 3D d'exception en un seul appareil.
Plus d'informations sur www.duerrdental.com

Dispositif Médical de classe IIB CE0297.
Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant sur les notices. Produits non remboursés par les organismes de santé.

DÜRR DENTAL
LE MEILLEUR, TOUT UN SYSTÈME

Violaine Smaïl-Faugeron, Maxime Grimbert, Guillaume Vautrey, Alice Modolo, Tom Saja

qui l'a accompagné tout au long de la séance et qui l'a aidé. Si c'est le comptage qui a été privilégié, aller jusqu'au bout du nombre prévu, lui signifiant la pause, ou donc dans notre cas l'arrêt définitif de la séance ; ou, dans le cas où l'on a choisi de compter tout en intercalant de multiples suggestions : « […] 82, 83, 84, j'ai presque fini de compter. 85, 86, 87, tu peux rouvrir les yeux, tu vas bientôt pouvoir rentrer à la maison. […] 97, 98, 99, j'ai fini de compter. » Lorsqu'un processus de dissociation a été mis en place, lui proposer de « revenir parmi nous, dans le cabinet, sur le fauteuil, avec maman, avec nous », ou « ça y est, le dinosaure rouge a gagné ! On le retrouvera la prochaine fois ! », puis d'ouvrir les yeux (avant de retirer le masque si le MEOPA a été utilisé), suggèrent la réassociation. Peu importe notre méthode, il faut saupoudrer de termes confortables et rassurants, ratifier, renforcer positivement, verbalement (« bravo ! ») ou non (clin d'œil, pouce levé, applaudissements, large sourire satisfait, regard approbateur poignée de main, *check*…), et éventuellement remettre l'enfant dans le contexte actuel : « tu vas rentrer à la maison avec maman ? Tu vas aller jouer avec papa ? ».

Fin de séance et préparation des prochaines séances

Évoquer avec lui à la fin comment s'est déroulée la séance en évoquant les points positifs permet de faire des rétroac tions positives : « tu m'as beaucoup aidé, j'étais sûr que tu pouvais le faire ». L'enfant peut repartir avec un cadeau s'il a été sage afin de créer un renforcement positif et un pacte ou rituel pour les séances futures.

En cas d'anesthésie réalisée, le praticien recommandera à l'enfant de ne pas mordre sa lèvre (par métaphore, lui demander de ne pas mordre le petit ballon, le petit coussin, les papillons, etc.) et conseillera aux parents de le surveiller. Il pourra lui expliquer que le ballon que l'on a gonflé va s'envoler en rentrant à la maison dans quelques heures, ou encore que « le ballon part généralement au bout d'un pipi, voire de deux ! ». Nous pouvons nous aider d'un coton salivaire ou d'une canule d'aspiration (en enlevant l'embout) que l'enfant croque, ou de sucettes glacées sans sucres *(Ram et al. 2010)*. Enfin, l'enfant peut à nouveau être rassuré en objectivant dans le miroir que sa joue n'est pas gonflée.

Ensuite, nous pouvons lui expliquer ce qui est prévu lors de la prochaine séance, permettant une préparation de l'enfant : « la prochaine fois, ce sera pareil, tu connaîtras tout déjà, je veux que tu m'aides comme tu l'as fait aujourd'hui, ce sera facile comme aujourd'hui » [*suggestion directe, saupoudrage de termes positifs, rôle donné à l'enfant*]. En cas d'épisodes ayant entravé la séance, il peut être judicieux de remontrer tous les instruments utilisés, notamment ceux qui ont posé problème, afin de faire dire à l'enfant à la fin que tout était « facile ou très facile ? » [*choix illusoire*]. Il est préférable d'insister sur les choses positives, et de ne pas se braquer sur les aspects négatifs ; prendre ensuite le temps de relativiser ce qui a été difficile permet de lui faire dire que ce n'était rien, et que la prochaine fois, ce sera parfait.

Lorsque l'enfant a du mal à se calmer à la fin du soin, par exemple après une extraction un peu compliquée, nous pouvons utiliser le petit cadeau de fin de séance : « tu as été sage je crois, non ? Tu as bien mérité une petite surprise, n'est-ce pas ? », ce qui permet d'attirer alors l'attention de l'enfant et le détourne des sensations persistantes qui occupent son esprit [*renforcement positif et distraction*]. La prochaine séance est ensuite évoquée en lui assurant que tout se passera bien comme aujourd'hui (préciser le moment si besoin : « tu vois, à la fin, tout était très bien ; c'est quand même mieux quand tu es calme ? Tout va plus vite, tout est plus joli… » [*yes-set*]). Lorsque la séance a été mitigée, avec une alternance d'épisodes de crise et d'épisodes de calme, il est préférable de ne pas laisser repartir l'enfant sans avoir obtenu un pacte avec lui, le responsabiliser, lui donner une mission. Ou, si la séance n'a jamais connu de calme, nous pouvons le prévenir : « la prochaine fois je ne veux pas que tu te comportes comme ça ; est-ce que tu vois comme ça n'a pas été agréable pour toi ? Est-ce que tu trouves que tu avais besoin de te comporter comme ça pour une chose aussi facile ? [*Attendre sa réponse, répéter si besoin jusqu'à l'obtention*]. Est-ce que tu ne trouves pas ça mieux quand tu es calme comme maintenant ? Tu écoutes tout ce que je dis et tout va très bien se passer ? [*Yes-set et saupoudrage de termes positifs*] ». Par ailleurs, il est intéressant d'évoquer à nouveau cette séance en début de prochaine séance : « la dernière fois, tu m'avais promis que… » *(Pickrell et al. 2007)*.

> La sortie de transe est importante

Si en fin de soin, l'enfant n'est pas tout à fait calme, par exemple s'il pleure encore, il faut essayer de ne pas le laisser repartir tant qu'il n'est pas calmé. D'une part en lui expliquant qu'il y a d'autres enfants qui attendent et qu'il ne faut pas leur faire peur, d'autre part car maintenant tout est terminé, et qu'il n'y a donc aucune raison de pleurer. Puis il est de rigueur de reprendre avec lui les explications données ci-dessus. Ainsi, la sortie de l'état hypnotique est très importante, et ne doit pas être négligée. Une sortie de transe trop rapide, surtout en cas de dissociation réalisée, peut engendrer un malaise transitoire, une incompréhension (pouvant parfois entraîner des pleurs), voire parfois l'impossibilité de parler durant quelques minutes. Le praticien doit ainsi prendre le temps de bien réassocier l'enfant, tout comme faire le point avec lui sur la séance qui vient de se passer, afin de le préparer au mieux aux séances suivantes.

Références

1. *Erickson M. 1998. Ma voix t'accompagnera… Hommes Et Groupes*
2. *Pickrell JE, Heima M, Weinstein P, Coolidge T, Coldwell SE, Skaret E, Castillo J, Milgrom P. 2007. Using memory restructuring strategy to enhance dental behaviour. International journal of paediatric dentistry. 17 (6) : 439-448.*
3. *Ram D, Berson T, Moskovitz M, Efrat J. 2010. Unsweetened ice popsicles impart a positive feeling and reduce self-mutilation after paediatric dental treatment with local anaesthesia. International journal of paediatric dentistry. 20 (5) : 382-388.*

AFPM_09/18 *Il y a du sourire dans l'air **Faites-moi sourire. Dispositif Médical (DM) de classe IIa - Marquage CE 0124 – Organisme certificateur : DEKRA Certification GmbH - Fabricant EMS SA. DM pour soins dentaires, réservé au professionnel de santé. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation.

Sourions ensemble

Dentsply, expert des consommables et Sirona, expert des technologies dentaires, se sont unis pour donner naissance à la famille Dentsply Sirona. Grâce à cette alliance, exercez une pratique innovante et épanouie et proposez des soins dentaires de meilleure qualité, plus sûrs et plus rapides à tous les patients. Chaque jour dans le monde, 600 000 professionnels du secteur dentaire utilisent nos produits auprès de plus de 6 millions de patients. Alors, **sourions ensemble !**

Rejoignez-nous à l'ADF !

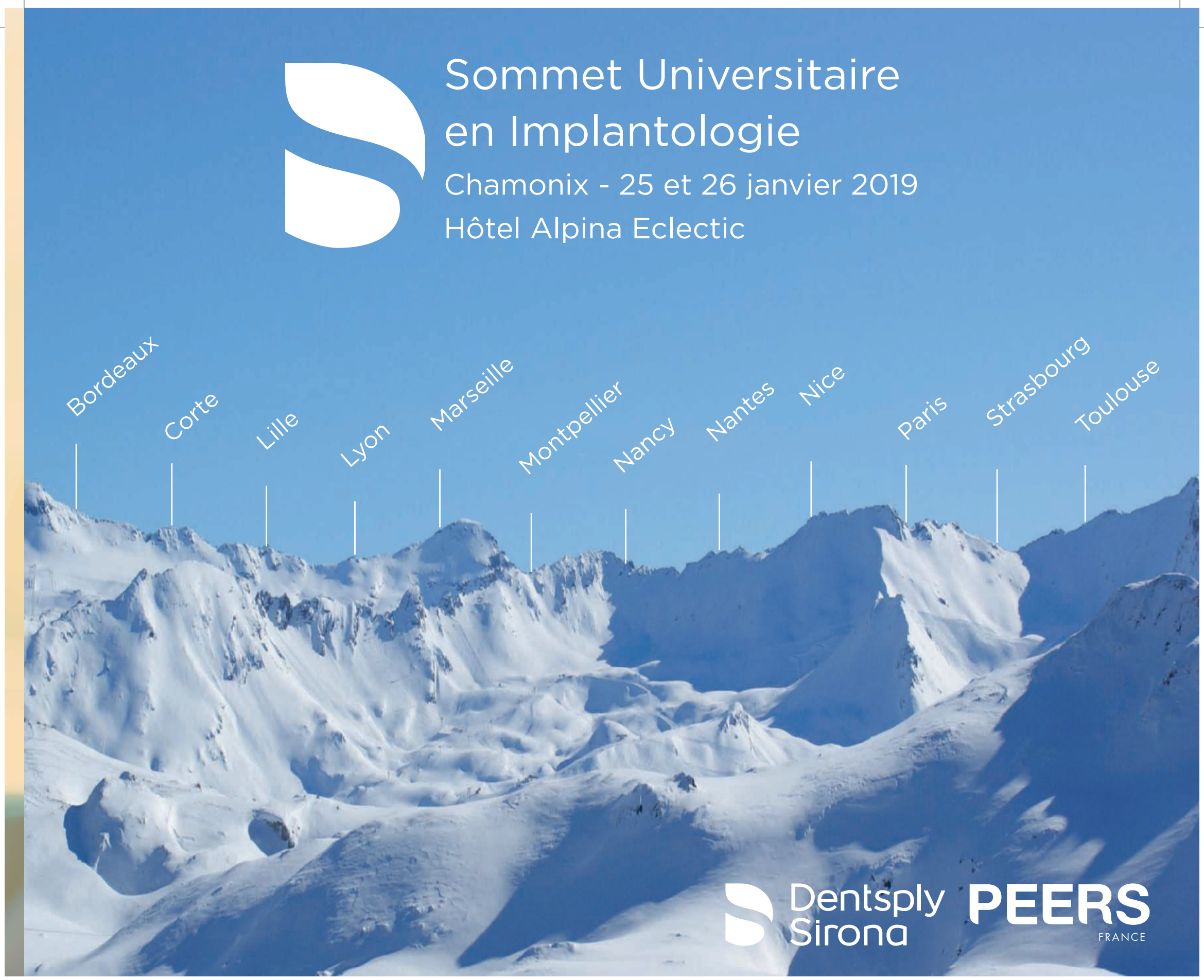
CONGRÈS ADF 2018

Consommables:
1M04
Equipements:
2L21

THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

Le partenaire de toutes vos solutions dentaires

Dentsply
Sirona



Un moment original de partage entre les étudiants et encadrants des différents Diplômes d'Université d'Implantologie où seront discutées les plus récentes techniques de prise en charge implanto-prothétique, de la reconstruction osseuse à la prothèse numérique.

Inscrivez-vous en ligne sur le site
www.sui-ds.com

THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

Le partenaire de toutes vos solutions dentaires

Dentsply Sirona

L'hypnose médicale : une constante improvisation organisée

Violaine Smail-Faugeron
Tom Saja
Justine Flatot
Amandine Merle des Isles
Paris

Au détour de deux cas cliniques, nous allons proposer une combinaison de plusieurs stratégies hypnotiques. Tout d'abord pour Valentin, 3 ans, qui n'a jamais pu se faire soigner chez le dentiste pour raisons comportementales, et dont la mère rapportait une peur généralisée (bruit, lumière…) et sourde à tout réconfort. Ensuite, nous parlerons de Lisa, 11 ans, qu'un de nos collègues suivait en cabinet sans problème et qui, un jour, a refusé catégoriquement de se faire soigner, se débattant, pleurant, et ce malgré trois tentatives infructueuses.

Cas cliniques et analyse

Valentin, 3 ans

Valentin, 3 ans, est venu nous voir en consultation avec sa maman après beaucoup d'essais sans résultat en cabinets de ville, à cause d'un comportement non coopérant majeur (cris, pleurs, agitation…). Il arriva donc la première séance en pleurs déjà dans la salle d'attente, puis dans le couloir, et refusa de monter sur le fauteuil. Rien qu'en l'observant rapidement, nous nous sommes aperçus qu'il présentait des caries précoces de l'enfance. Nous avons essayé d'instaurer un dialogue afin de comprendre cette attitude. La maman était dépassée, n'en pouvait plus, et s'est mise à pleurer tout à coup, pouvant à peine parler ; elle finit par sortir de la salle de soins, attitude que nous avons encouragée (il était difficile pour nous de gérer en même temps un enfant ET un parent qui pleuraient). Ayant la chance d'être plusieurs praticiens pour cette consultation de soins spécifiques, nous avons décidé alors de nous séparer : l'un irait rassurer la mère dehors, tandis que les deux autres s'occuperaient de l'enfant.

Du côté de l'enfant, nous nous sommes abaissés pour nous mettre à sa hauteur, et nous lui avons demandé son âge en montrant sur les doigts : Valentin a détourné la tête et a refusé de nous répondre. Puis, une suggestion avec choix illusoire a été utilisée, après lui avoir présenté le fauteuil comme un cheval électronique (nous nous étions renseignés en amont sur les centres d'intérêt de l'enfant, et il adorait le cheval) : « tu montes tout seul ou je t'aide ? » : « tout seul » a-t-il fini par répondre avec des larmes ; mais la communication était établie. Nous avons procédé par une démythification classique, comme décrite dans les chapitres précédents (nous avons compté, montré sur la main…), entrecoupée de pleurs et d'interruptions (détournement de la tête, mains sur la bouche) : nous pouvons dire que cette première séance n'a pas été un succès, malgré toutes les stratégies tentées pour essayer d'établir un lien. Dès qu'il pleurait ou hurlait, nous lui répétions en boucle la même phrase (saturation) : nous attendions de retrouver le calme pour qu'il puisse retrouver maman. Nous avons adopté de plus des techniques relationnelles avec une voix posée, la plus basse possible, en accord avec une attitude calme, bienveillante, et en se positionnant en face de lui **(Fig. 1)**.

L'environnement autour de lui était aussi en accord avec le reste (calme, pas de bruit). Pendant ses crises, nous lui donnions un rôle : il participait à ce qu'il se passait, puisque c'est

FIG. 1
Attitude bienveillante, saturation, jusqu'à ce que Valentin retrouve son calme

lui qui devait nous donner le feu vert dès qu'il était prêt : « dès que tu es calme et que tu es prêt, tu me le dis et on va retrouver maman ». Mais notre attitude restait ferme, nous tenions notre position : « non non, tant que tu continues à pleurer et à te faire tousser, on reste là. Je sais que tu cherches à te faire vomir, mais avec moi ça ne marche pas Valentin. J'attends que tu te calmes, que tu respires bien tranquillement, comme tu as fait tout à l'heure. Je sais que tu peux le faire, tu l'as déjà fait ».

Nous avons cherché en outre une communication en lui posant des questions, cherchant à ce qu'il nous réponde : « ça va mieux Valentin ? Ça y est ? Tu es calmé ?». Nous l'avons aidé en lui proposant de se relaxer avec une respiration profonde avec le nez (« tu sais faire, comme tout à l'heure, tu y arrivais très bien… »), précédée d'un verre d'eau. Dès qu'il faisait l'action demandée (respirer, se calmer, boire de l'eau), nous le félicitions (« super Valentin, bravo, c'est très bien »). *A contrario*, dès qu'il recommençait à pleurer, nous nous empressions d'ajouter, avec une voix décidée et un ton un peu plus élevé : « non non non, tu continues à bien respirer avec ton nez, tout de suite », pour ne pas le laisser repartir dans les pleurs à nouveau. Quant à la mère, elle a pleuré à l'extérieur durant toute la séance. Un praticien l'a accompagnée et est resté avec elle tout au long de la consultation pour lui parler et la rassurer, en lui expliquant ce qu'il se passait, lui montrer les progrès de son enfant. À la fin, elle est rentrée, lorsque Valentin était complètement calmé, selon notre pacte passé avec lui.

Toujours respecter ce qu'on l'on a dit à l'enfant est primordial : nous lui avions promis que maman rentrerait dès qu'il se calmait, nous nous y sommes tenus. Mais cela marche aussi dans l'autre sens : nous n'avons pas cédé à ses pleurs et au fait qu'il voulait se faire vomir, et tant qu'il faisait cela, maman ne rentrait pas. Une fois tout le monde calmé, nous avons expliqué à la mère que nous allions tout mettre en œuvre les prochaines fois pour que les nombreux soins se passent bien, dont le MEOPA, en lui expliquant comment cela allait se passer. Puis nous avons reparlé à Valentin avant qu'il ne quitte la salle de soins, en nous mettant à son niveau : « la prochaine fois, je veux que ça se passe comme ça s'est passé aujourd'hui à la fin, très bien. Tu sais faire, tu sais être sage, tu connais tout maintenant. Oui Valentin ? … [*oui*]. Donc ça se passera très bien si tu nous écoutes et que tu fais tout ce qu'on te dit. Tu sais que je t'explique tout, et surtout que je fais toujours ce que je dis. »

Lors de la deuxième séance, l'arrivée dans la salle a été d'une toute autre tonalité : certes, il ne souriait pas et avait le visage un peu fermé, mais il est monté sur le fauteuil sans que nous n'ayons à lui dire quelque chose, et sans pleurer. La maman est restée cette fois-ci avec nous, tout en rappelant le pacte à Valentin (« maman reste si tu es sage et que tu nous écoutes. Si tu n'es pas sage et que tu ne nous écoutes pas, maman sort »). Nous avons rappelé à Valentin ce qu'il nous avait promis la semaine précédente, c'est-à-dire qu'aujourd'hui, il devait tout faire bien tout de suite, qu'il connaissait tout. Il a répondu par l'affirmative avec la tête : nette amélioration ! Puis, nous lui avons présenté le masque du MEOPA ainsi que le rôle important qu'il allait devoir jouer : « tu vas respirer tranquillement dans le masque, et grâce à toi, le ballon va pouvoir bien gonfler ! C'est un ballon magique qui donne beaucoup de force, tu vas voir… »

Nous le lui avons fait manipuler, puis mettre sur le visage ; à ce moment précis, il s'est mis à le repousser violemment : la peur était revenue. Nous avons repris tout de suite avant qu'il ne s'installe dans les pleurs : « on met le masque sur maman Valentin, regarde… Alors maman, comment c'est le masque magique ? Ça donne de la force ? Ça sent bon ? [*Apprentissage par modèle vivant, implication des parents qui rentrent dans le jeu, confirment tous nos dires et en rajoutent même dans notre sens*]. Maintenant on essaie sur la main de Valentin, puis sur le front… Tu vois comme c'est facile ? [*Attente de sa confirmation*] ». Une fois cette péripétie passée, il a accepté complètement le masque, sur le nez et la bouche. Nous avons alors commencé l'induction : nous avons fait se focaliser Valentin sur le ballon par des suggestions directes, sur les fourmis qu'il pouvait ou non ressentir (suggestion indirecte), le tout accompagné d'un saupoudrage de termes positifs (« c'est très bien Valentin ») et de gestes calmes et rassurants (caresses…). Valentin a fermé les yeux, il a décidé lui-même « d'aller ailleurs ».

Nous avons observé notre patient, et nous lui avons proposé une hypnose adaptée (ici, la dissociation) : nous lui avons alors proposé d'aller dans un *western* avec des chevaux, ce qui deviendrait par la suite son aire de sécurité à laquelle nous nous référerions à chaque soin **(Fig. 2)**. Valentin étant très réceptif, nous l'avons beaucoup sollicité par nos suggestions : « tu vois le cheval comme il est beau ? Il est tout blanc… Ou peut-être avec quelques tâches marron… Regarde comme il est doux… Tu peux le caresser ? … Oui comme ça… Très bien… ». Valentin caressait son cheval avec sa main en l'air, avec des tout petits mouvements, parfois imperceptibles : le processus de dissociation était bien ancré. Notre attitude était calme, sereine, en cohérence avec notre voix et ce que nous voulions induire comme état. Au moment du soin, nous avons associé avec des métaphores ce qu'il pouvait ressentir en rapport avec l'univers dans lequel il était plongé :

FIG. 2
Induction (masque naso-buccal du MEOPA)

l'anesthésie de contact était la confiture que Valentin donnait à manger au cheval, l'injection était le cheval qui poussait Valentin quand il voulait un peu plus de place dans son box, le crampon était le licol du cheval, le champ opératoire la couverture de cheval, les vibrations engendrées par les instruments rotatifs étaient le train qui passait à toute allure sur les rails… Le tout saupoudré de termes positifs, de ratification, de renforcement positif **(Fig. 3)**. Tout s'est passé sans encombre : il s'est même endormi à un moment. Nous avons décidé de laisser le masque sur le nez non alimenté en gaz au cas où l'enfant se réveillerait, afin de jouer sur l'effet placebo, ce qui s'est d'ailleurs passé **(Fig. 4)**.

FIG. 3
Anesthésie

FIG. 4
Valentin endormi, masque nasal laissé

Dès le réveil, nous avons repris tout de suite contact avec l'enfant, pour éviter l'effet de surprise et qu'il se mette à paniquer. Étant donné qu'il a commencé à râler un peu, nous avons préféré remettre le masque, et il est aussitôt reparti dans son *western*. Pour le sortir de son état hypnotique, nous lui avons proposé de dire « au revoir au cheval, de lui faire un bisou », de lui dire « à la prochaine fois », puis de dire « au revoir au ballon », qui lui avait permis « d'aller rencontrer ce beau cheval ». Vous remarquerez le visage apaisé de Valentin à la fin, et le sourire **(Fig. 5)** ! Nous lui avons aussi proposé une canule d'aspiration pour prévenir d'éventuelles morsures dues à l'anesthésie. La maman était soulagée, presque euphorique « c'est incroyable ! Je suis émue ».

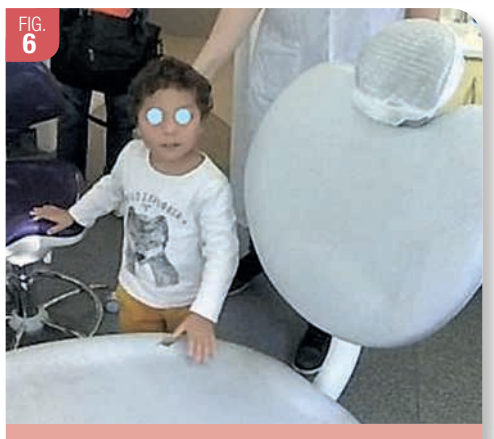
Les séances suivantes, Valentin viendrait désormais nous voir à chaque fois avec le sourire, et tous les soins se dérouleraient toujours très bien **(Fig. 6)**. Nous avons reçu Valentin durant huit séances. Le MEOPA était retiré de plus en plus tôt : au moment du pansement (troisième séance), puis après la pose du champ opératoire (quatrième séance), puis après l'anesthésie (cinquième séance), pour arriver à la fin à faire complètement sans, avec le masque nasal laissé en placebo ; notez par ailleurs l'attitude de l'enfant qui est complètement détendue (bras qui pend, **Fig. 7**). Aux séances de contrôle, tout s'est très bien passé, sans masque.

Violaine Smail-Faugeron, Tom Saja, Justine Flatot, Amandine Merle des Isles

FIG. 5

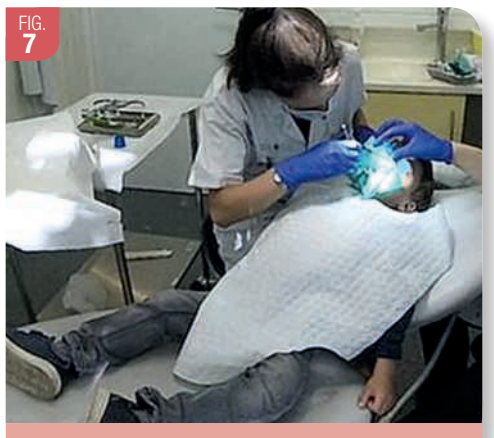
Sourire de Valentin à la fin du soin

FIG. 6



Arrivée de Valentin lors des séances

FIG. 7



Soin sans MEOPA, attitude détendue de Valentin

Séance de soin chez Lisa : début de séance difficile, soin avec le sourire, fin de séance détendue

Lisa, 11 ans

Lisa est une patiente de 11 ans qu'un confrère avait reçue au cabinet trois fois. Il avait réalisé les extractions de trois prémolaires pour raisons orthodontiques ; elle était anxieuse mais coopérante, et pour la dernière séance qui concernait l'extraction de la quatrième prémolaire, Lisa refusa catégoriquement, se débattant, pleurant, et ce malgré trois tentatives du praticien. Il a donc décidé de nous l'adresser afin de jouer sur le changement à la fois d'environnement et de praticien.

À la première séance, elle est allée d'elle-même sur le fauteuil, mais à peine assise dessus, elle ne voulait plus rien entendre et pleurait sans cesse. Elle était accompagnée de sa grand-mère qui se situait face à elle, dans la salle de soin. Deux praticiens ont alors tenté de lui montrer le masque de MEOPA et de le lui poser sur le visage, mais elle est restée sourde à cet essai et a continué de pleurer. La première tentative de MEOPA s'est donc avérée être un échec. Les pleurs ont duré plusieurs minutes, et elle n'arrivait toujours pas à se calmer. Sa grand-mère s'énervait de plus en plus contre sa petite-fille : « mais tu vas arrêter la comédie ! une bonne paire de baffes oui, c'est tout ce qu'elle mérite ! N'hésitez surtout pas ! » dit-elle en s'adressant à nous. Nous lui avons alors demandé de bien vouloir sortir afin de rétablir un climat serein et de rompre le cercle vicieux qui s'installait entre Lisa et elle. Puis, en la redressant et en lui faisant boire de l'eau, nous avons cherché à initier un état de relaxation propice à une induction hypnotique, prolongé par la concentration sur sa respiration en mimant le geste pour l'aider. Nous avons employé des termes positifs tout au long de cette focalisation : « calme, tranquille… », jusqu'à ce que les pleurs cessent complètement : « je veux bien que tu pleures, mais si tu pleures, c'est pour quelque chose Lisa. Est-ce qu'il se passe quelque chose maintenant ? Non ? Alors on arrête de pleurer. Complètement » (saturation jusqu'à ce que le calme soit complètement revenu, ce qui prendrait plusieurs minutes).

Puis, dans un second temps, nous avons essayé de comprendre la patiente, et nous lui avons montré que nous étions de son côté, avec elle, pour l'aider. Elle nous a alors dit qu'elle avait peur « de tout ». Nous avons donc ensuite tout fait pour la rejoindre dans son monde, en lui disant que nous comprenions sa peur : « d'accord, j'ai compris, tu

Violaine Smail-Faugeron, Tom Saja, Justine Flatot, Amandine Merle des Isles

as peur. On va revoir les choses une par une. » En utilisant la communication verbale et non verbale (notamment le ton de la voix calme et rassurant, une expression du visage qui cherche à ce que Lisa perçoive : « tu vois, c'est facile »), et la désensibilisation par la démonstration et le toucher de tous les éléments un par un, la confiance a, au fur et à mesure, été retrouvée : « tu as peur de ça ? [*Instrument montré*]. D'accord. Alors je te remontre [*démonstration sur la main, le doigt, la joue*]. Est-ce que ça fait encore peur ? ». Si elle nous répondait « oui », nous recommencions de la même manière, jusqu'à ce qu'elle réponde « non » (et que son expression faciale soit cohérente ; tant qu'un instrument n'était pas complètement accepté, tant du point de vue verbal que non verbal, nous réitérions le processus). Nous avons fait la même chose pour chaque instrument que nous allions utiliser, en passant aussi par l'anesthésie, en mettant un coton sur l'aiguille pour pouvoir le faire toucher à Lisa.

Ce procédé nous a permis de modifier le contexte et le perceptif d'une situation vécue précédemment comme un traumatisme. Ici, nous avons volontairement choisi d'employer les mêmes mots que l'enfant, « peur », pour lui signifier que nous nous mettions à son niveau et que nous comprenions, pour après lui faire voir que rien ne faisait « peur », justement. Lorsque la réalité du patient est reconnue, il est plus enclin à croire d'autres choses et donc à suivre d'autres suggestions. Ainsi, il est souvent recommandé de ne jamais dire de termes négatifs… Ce contre-exemple prouve que cela dépend vraiment des situations. Lisa, maintenant un peu plus en confiance, a pu accepter le masque, sans contrainte ni peur. Nous avons poursuivi en réalisant une induction : nous l'avons fait se focaliser sur sa respiration, en lui appliquant le masque et en lui demandant de bien vérifier que le ballon gonflait bien. Puis, nous avons proposé des suggestions hypnotiques : Lisa a choisi de fermer les yeux puis de partir à New York, où elle aimerait aller un jour. Nous sommes donc rentrés dans son monde et nous lui avons fait des suggestions directes en lui évoquant par exemple les couleurs des paillettes d'un spectacle musical lors de l'anesthésie (rehaussement de l'imagerie visuelle de détails spécifiques, multisensoriels). Nous avons utilisé aussi le renforcement positif (« c'est super, très bien »). À chaque étape, elle a rigolé, de connivence avec l'humour que nous employions : luxation (nous la faisions danser à New York), extraction (elle faisait un saut spectaculaire…).

Elle est sortie une fois de transe spontanément, pour demander à quoi servait la compresse (seule chose que nous n'avions pas montrée au préalable… Et elle avait les yeux fermés… Comme quoi les sensations sont décuplées, et le cerveau en alerte même si nous avions l'impression qu'elle était vraiment en transe). La réponse est venue d'elle-même, de façon logique et spontanée, avec une rapidité déconcertante (car, nous aussi, nous étions dans un état hypnotique, totalement dans l'histoire de notre patiente) : « c'est la serviette qui sert à t'essuyer, car tu danses beaucoup et très bien, donc tu as chaud ; tu te mets souvent de l'eau sur toi pour avoir moins chaud, et ensuite tu t'essuies avec ta serviette… », ce à quoi elle a répondu : « ah bah oui, bien sûr ! ».

Pour la sortir de son état hypnotique, nous avons choisi de lui proposer de « revenir à Paris », puis d'ouvrir les yeux, doucement, quand elle le voulait, avant de retirer le masque. Lisa était contente, apaisée. Elle dirait même à sa grand-mère lorsqu'elle l'a retrouvée : « ah, c'était trop bien ! ». Nous aurions évidemment pu faire autrement, peut-être sans MEOPA par exemple. Mais nous avons voulu mettre toutes les chances de notre côté et faciliter la suggestibilité de la patiente avec ce moyen de sédation.

Conclusion

L'anxiété apparaît lorsque l'on est face à un monde inconnu : la dentisterie pour le patient, l'enfance, l'adolescence et/ou le handicap pour le praticien. Comprendre l'anxiété de son patient vient de son observation assidue et constante ; comprendre sa propre anxiété vient de l'acceptation d'une certaine peur. La compréhension de l'existence de ces deux anxiétés permet d'enclencher son dépassement, qui devient possible par la mise en œuvre d'une multitude de stratégies adaptatives. Ainsi, une résistance inattendue à une technique demande un passage rapide à une autre technique : s'adapter en permanence au cadre du patient est le fil conducteur de la séance de soins. Le choix des techniques repose sur la spontanéité, le bon sens et l'ingéniosité du thérapeute, tout autant que sur les besoins, les préférences et les capacités du patient. De plus, selon le comportement de l'enfant, le praticien s'adapte et peut se donner, en cours de séance, des objectifs intermédiaires. Accepter par exemple de ne réaliser finalement qu'un seul scellement de sillon à la place des quatre prévus n'est pas un échec, tant que l'on obtient un bénéfice pour la séance suivante, tant que la coopération de l'enfant progresse au fur et à mesure. Ce phénomène d'habituation du patient à faire du monde dentaire presque un « quotidien », est la clef de la réussite, et les accompagnants, que ce soit le parent ou autre membre de la famille, l'éducateur ou l'infirmier, ont un grand rôle à jouer, à la maison, au centre éducatif, ou même au cabinet dentaire. Force est d'ailleurs de constater que le comportement d'un enfant revu à plus de trois mois d'intervalle est plus difficile à gérer à nouveau (bien qu'il redevienne coopérant beaucoup plus rapidement que la toute première fois où nous faisions sa connaissance) ; insistons donc sur la régularité des visites de contrôle, expliquons aux accompagnants l'importance des consultations trimestrielles, qui ne sont jamais faites « pour rien ».

Un chirurgien-dentiste doit aussi accepter qu'il faille savoir parfois reporter le soin à un autre jour (l'enfant peut être plus fatigué, malade, et il en est de même pour le praticien). Ainsi, plutôt que la séance de soins soit difficile et compliquée pour tous les acteurs présents, au risque de perdre tout le bénéfice accumulé, mieux vaut reconnaître ses limites ; le service rendu au patient n'en sera que plus grand.

Le chirurgien-dentiste doit aussi savoir arrêter lorsque la coopération est impossible ; il existe alors d'autres solutions qui s'offrent à lui : adresser à un confrère (en changeant de lieu et de praticien, un même enfant peut totalement changer de comportement), adresser pour une prise en charge sous Midazolam ou sous anesthésie générale, même si l'indication de cette dernière se doit d'être pondérée vis-à-vis du rapport bénéfique/risque (polycarie versus atteinte carieuse ponctuelle) *(Farsi et al. 2009 ; Ramazani 2016).*

Ainsi, sans créer une ligne de conduite directrice, ce travail pourrait permettre d'enrichir l'arsenal thérapeutique du chirurgien-dentiste pour la prise en charge du comportement de l'enfant et de l'adolescent, qui reste un problème majeur de nos jours. Il n'y a pas de méthode « miracle », pas de recette magique ; s'adapter en permanence au cadre du patient est le fil conducteur de la séance de soins. Le choix de techniques repose sur l'ingéniosité du thérapeute tout autant que sur les besoins, les préférences et les capacités de l'enfant. Sans anticipation anxieuse, le praticien cherchera ainsi à se rendre libre en ne laissant rien au hasard, aboutissant à une constante improvisation organisée.

Références

1. *Farsi N, Ba'akdah R, Boker A, Almushayt A. 2009. Postoperative complications of pediatric dental general anesthesia procedure provided in jeddah hospitals, saudi arabia. BMC oral health. 9:6.*
2. *Ramazani N. 2016. Different aspects of general anesthesia in pediatric dentistry : A review. Iranian journal of pediatrics. 26 (2) : e2613.*

Prix AO J. Breillat 2017

Partenaire du prix LABOCAST

Couronnes fraisées zircones réalisées par CFAO en prothèse combinée : une étude pilote

Lauréat 2017 : Alexandre Karcenty, DCD

Directeur de thèse : Emmanuel Soffer, DCD, MCU-PH Paris 7

La prothèse combinée est l'association sur la même arcade dentaire d'une prothèse amovible et d'une ou plusieurs prothèses fixées, modifiées pour accueillir sans surcontour le châssis métallique.

Ces modifications sont classiquement réalisées par un prothésiste à l'aide d'un paralléliseur et d'une machine d'usinage manuel. Ce processus est technicien-dépendant, long, onéreux, et nécessite de nombreuses étapes au niveau des maquettes en cire, des ébauches métalliques et enfin du montage de la céramique.

De nos jours, la conception de la couronne fraisée et son usinage assistés par ordinateur (CFAO) seraient une alternative plus précise et plus reproductible à la couronne céramo-métallique fraisée classique.

Ce travail a exploré la possibilité de réaliser des couronnes fraisées par CFAO en zircone dans le cadre de traitements par prothèses combinées.

Matériels et méthode

Une étude rétrospective de 8 mois – octobre 2015 à juillet 2016 – sous la supervision du Dr E. SOFFER, MCU-PH paris 7, a été menée au Groupe Hospitalo-Universitaire la Pitié Salpêtrière (GHPS), Paris après approbation du Comité de Protection des Personnes Hôtel-Dieu, Île de France 1.
Trois patients de 35 à 44 ans ont été sélectionnés. La faisabilité, l'adaptation clinique, la rétention et la stabilisation des prothèses fixées et amovibles ont été évaluées cliniquement le jour de la pose et lors du contrôle à 8 mois.
L'adaptation marginale a été évaluée par une sonde 17, l'occlusion par un papier articulé 40 µm de Bausch® et la satisfaction du patient a été mesurée par un indice de satisfaction visuelle (VAS).
La rétention, la stabilisation et la sustentation de la prothèse amovible ont été évaluées par le même instructeur.

Préparations et empreintes optiques

Après reconstitution ou assemblage des inlay-cores, les limites de préparations ont été réalisées avec des fraises Komet congé bague rouge (réf. 8856314 018 ou 021), montées sur un contre-angle multiplicateur, sous aide optique (grossissement optique 3,5x).

Les empreintes optiques ont été réalisées au GHPS au fauteuil, avec le système Trios (3Shape), après éversion gingivale au cordonnet rétracteur imbibé d'hémosal® (Elsodent).
Elles ont ensuite été transmises aux laboratoires par serveur sécurisé, accompagnées des tracés de plaque décrivant les crochets et appuis occlusaux nécessaires à la conception des couronnes fraisées.

Étapes de laboratoire

Les coiffes ont été conçues et réalisées par M. Dove Chaouat (Laboratoire GéCéram, Montreuil).
Au laboratoire, les empreintes des préparations **(Fig. 1)**, ont été importées sur le logiciel spécialisé Exocad® (*Darmstadt, Allemagne*).

FIG. 1 Préparations scannées

FIG. 2 Modélisation des couronnes fraisées Exocad®

FIG. 3 Contrôle en occlusion statique et dynamique, Exocad®

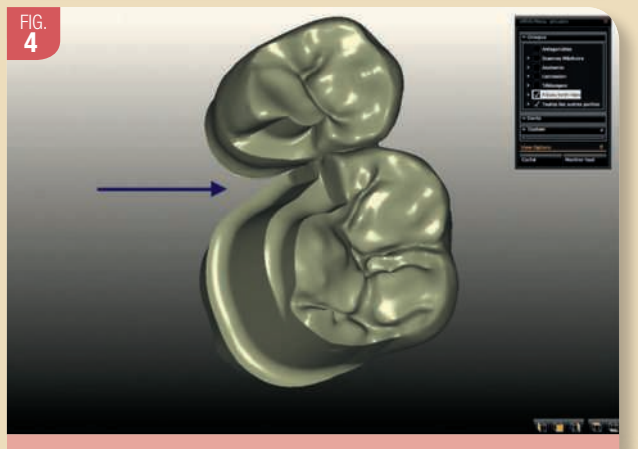


FIG. 4 Appui occlusal imparfait réalisé avec Exocad®

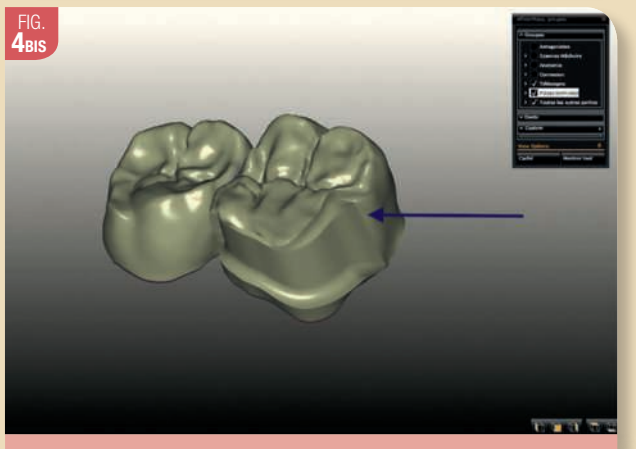


FIG. 4BIS Appui occlusal imparfait réalisé avec Exocad®

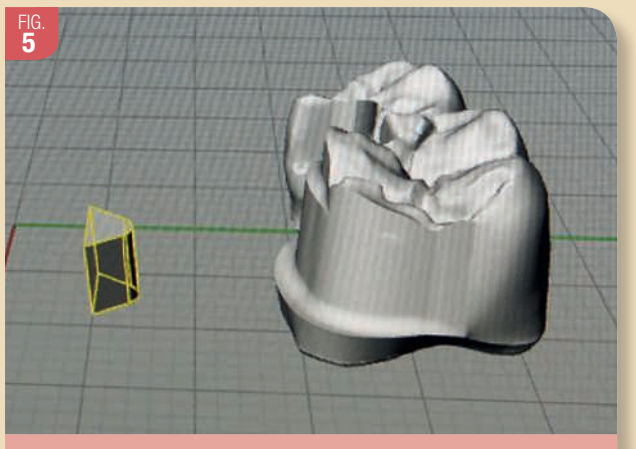


FIG. 5 Modélisation d'un volume cylindroconique – en jaune – Rhino5®

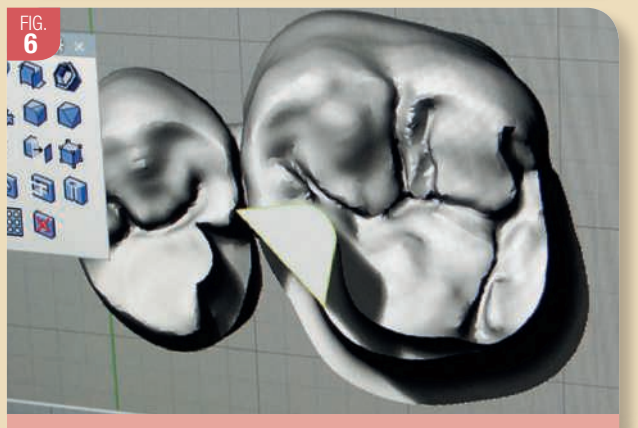


FIG. 6 Modélisation du module au niveau de la face occlusale de la molaire, Rhino5®

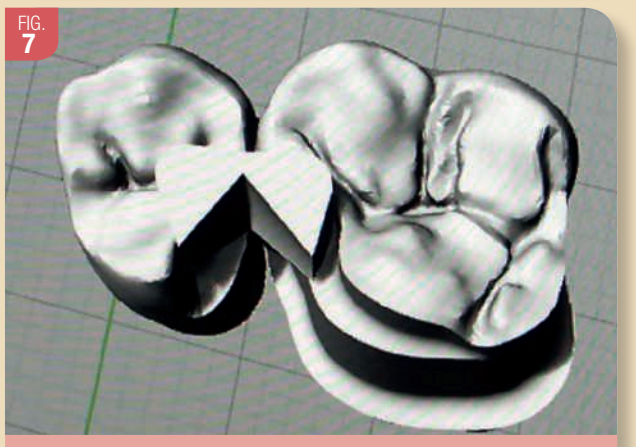


FIG. 7 Volume dupliqué par symétrie centrale de 26 à 25, Rhino5®

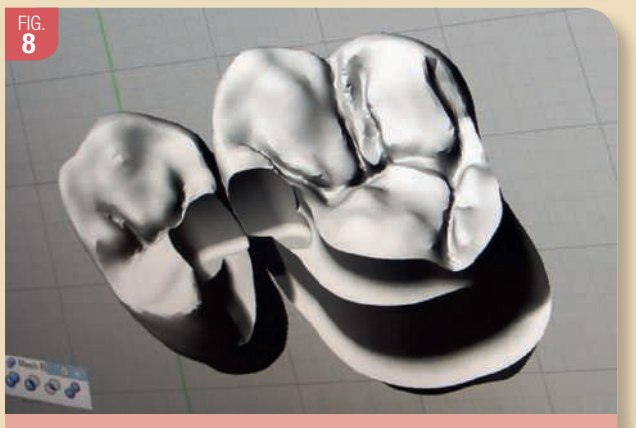


FIG. 8 Soustraction booléenne des volumes créés, afin de modéliser les appuis occlusaux, Rhino5®

Les fichiers ont été préalablement convertis en format « STL ouvert » afin de pouvoir être utilisés.
Exocad® a permis de modéliser des fraisages respectant l'axe d'insertion de la prothèse adjointe partielle **(Fig. 2)**. Ce logiciel permet de mettre en évidence les éventuelles contre-dépouilles, la cartographie de la rétention prothétique et de contrôler les couronnes en occlusion statique, et dynamique **(Fig. 3)**.
Cependant, il n'a pas été possible de modéliser les appuis occlusaux idéaux **(Fig. 4)**. En effet, cette fonctionnalité n'étant pas disponible sur Exocad® en avril 2016, il a été nécessaire d'utiliser un modeleur 3D non spécifique à la prothèse dentaire, Rhino5® (Cymsystem, Milan).

Les fichiers étant des fichiers STL ouvert, il a été possible de les importer et exporter sans problème de compatibilité entre Exocad®, Rhino5® et le logiciel d'usinage de Zirkonzahn® (Gais, Italie).

Modélisation des appuis occlusaux

25 et 26 ont d'abord été téléchargées sur Rhino5®, en les fixant sur 3 axes virtuels x, y et z, de manière à conserver l'axe prothétique **(Fig. 5)**.
En conformité à l'enseignement de PAP de Paris 7, il a été nécessaire de créer un volume cylindro-conique correspondant à 1/3 de la largeur vestibulo-linguale et 1/3, pour la prémolaire, et 1/4, pour la molaire, de la longueur mesiodistale **(Fig. 6)**.
Ce volume a été ensuite dupliqué par symétrie centrale de 26 à 25 **(Fig. 7)** puis ont été retranchés par soustraction booléenne aux modélisations des couronnes conçues sur Exocad® **(Fig. 8)**.
De la même façon, les couronnes 16 et 17, sont téléchargées sur Rhino5®, en respectant leurs axes de conception par rapport à 26 et 27 **(Fig. 9)**. Les volumes sont ensuite soustraits aux volumes des couronnes modélisées **(Fig. 10)**.

Les couronnes ainsi modélisées sont donc sauvegardées, et directement téléchargées sur le logiciel d'usinage.
Une fraiseuse 5 axes Zirkonzahn® a été utilisée pour fraiser un disque de zircone, Prettau de zirkonzahn®. Les pièces prothétiques sont usinées au stade préfritté dans un volume surévalué de 20 %.
En effet, après frittage, la zircone ne peut être modifiée que par des protocoles spécifiques au laboratoire sous peine d'augmenter le risque de fracture.
Les couronnes sont donc frittées après usinage dans un four spécifique à 1600°C. Ce frittage réduit de 20 % le volume, le rendant compatible avec les données anatomiques cliniques.

Essayage, scellement des PF et empreintes pour les PAP

Après réception à l'hôpital, les couronnes fraisées, sont scellées définitivement au CVIMAR de scellement GC Fuji Plus®.

Il a été choisi de réaliser les empreintes pour les prothèses adjointes de façon conventionnelle, en considérant les couronnes scellées comme des dents naturelles, ce faisant le flux numérique a été rompu après scellement des prothèses fixées. En effet, dans le cadre hospitalier du GHPS, la compliance des patients est faible et il est préférable de protéger au plus vite les piliers prothétiques par les prothèses fixées définitives.

Pour la réalisation des prothèses adjointes partielles, les empreintes primaires ont été réalisées à l'alginate et les modèles primaires ont été moulés au laboratoire du GHPS. Des porte-empreintes individuels (PEI) ont été réalisés directement sur place. Les empreintes secondaires ont été réalisées avec des polyéthers (Impregum®).

Réalisation des PAP :
Elles ont été réalisées de manière conventionnelle par coulée du châssis métallique et mise en moufle de la résine et des dents prothétiques par le laboratoire Connexion.

Résultats

Faisabilité

3 cas cliniques ont été traités avec succès et contrôlés à 8 mois avec au total 3 prothèses amovibles et 7 couronnes fraisées zircones. L'insertion des châssis métalliques a été considérée comme acceptable par l'ensemble des patients et par l'instructeur clinique.

Évaluation esthétique et fonctionnelle des couronnes fraisées

Le jour de la pose et au contrôle à 8 mois :
- l'adaptation marginale était cliniquement acceptable au test de la sonde 17,
- l'occlusion statique et dynamique était fonctionnelle,
- la satisfaction moyenne était de 86 % selon l'échelle VAS. En effet, la teinte blanche de la zircone limite la possibilité de donner une teinte naturelle à la prothèse fixée **(Fig. 12)**.

Évaluation fonctionnelle des prothèses amovibles

La rétention a été jugée satisfaisante pour 70 % des prothèses **(Fig. 13)**.
La stabilité a été jugée satisfaisante pour l'ensemble des prothèses.
La sustentation a été jugée satisfaisante pour 86 % des prothèses **(Fig. 14)**.

Discussion

Cette nouvelle application CFAO simplifie la prothèse combinée et pourrait en étendre les indications. Des logiciels CFAO (Dentalwings® par exemple) ont récemment ajouté un module prothèse combinée afin de faciliter les fraisages, ce qui montre l'intérêt porté par ces entreprises à la prothèse combinée.
Les propriétés esthétiques de la zircone monobloc évoluent rapidement comme le montre la Zircone multicouche de Katana® par exemple.
Au moment de réaliser l'étude nous avons choisis la Zircone Prettau de Zirkonzahn® avec une résistance à la flexion de 1200 MPa.

Aujourd'hui nous pourrions améliorer l'esthétique avec une zircone multicouche (Katana® présente une résistance à la flexion de 557, 748, 1115 MPa, respectivement selon le pourcentage de translucidité) mais des études seraient nécessaires afin de contrôler sa résistance aux fraisages nécessaires à une prothèse combinée et aux insertions/désinsertions répétées de la prothèse amovible associée.

Conclusion

D'autres études sont nécessaires afin d'évaluer plusieurs paramètres comme l'usure des couronnes zircone et celle du châssis métallique.
Des études comparatives seraient aussi nécessaires afin d'évaluer de gain de précision de cette technique par rapport à une technique traditionnelle.

Néanmoins, malgré les limites de cette étude pilote, nous avons montré pour la première fois la possibilité de réaliser par CFAO des couronnes fraisées en zircone dans des cas de prothèses combinées.

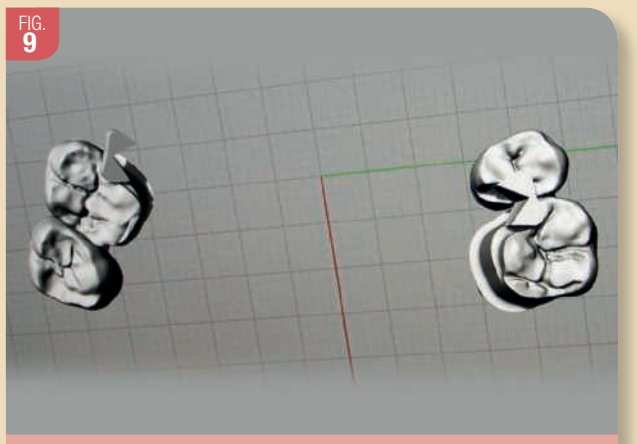
FIG. 9

Numérisation de 16 et 17 dans le même axe que 25 et 26, Rhino5®

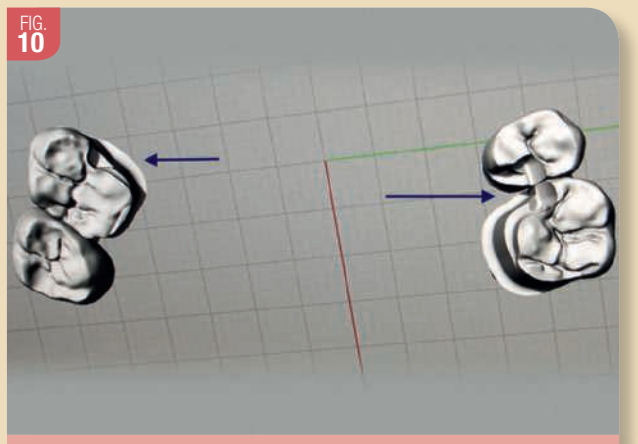
FIG. 10

Appuis occlusaux modélisés avant usinage, Rhino5®

FIG. 11

Photographie intrabuccale de la prothèse combinée

FIG. 11 BIS

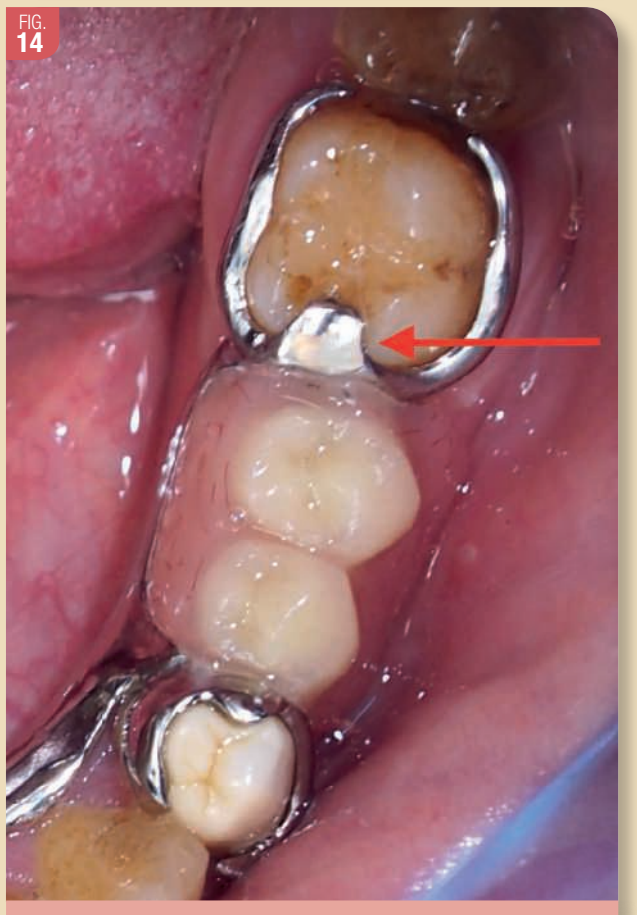
Photographie intrabuccale de la prothèse combinée

FIG. 12

Teinte de la couronne fraisée 44 imparfaite

FIG. 13

La rétention aurait pu être plus perfectible pour 2 couronnes sur 7 à cause d'un bombé vestibulaire imparfait

FIG. 14

La sustentation aurait pu être meilleure pour 1 couronne sur 7 ; dans ce cas, Exocad® seul a été utilisé et le design de l'appui occlusal est imparfait

Owandy
RADIOLOGY

I-max 3D

L'IMAGERIE 3D ACCESSIBLE À TOUS

- Compacte et légère : 66kg
- 3D Cone Beam
- Multi FOV : de 9x9 à 5x5 cm
- HD : 87µm
- CAD/CAM ready
- Guides chirurgicaux
- Budget maîtrisé

Découvrez notre gamme complète de produits : www.owandy.com

Owandy
RADIOLOGY
2, rue des Vieilles Vignes
77183 Croissy-Beaubourg
FRANCE
Tél. + 33 (0) 1 64 11 18 18
info@owandy.com
www.owandy.com

Dispositif médical de classe Ib / CE0051. Veuillez lire attentivement les instructions figurant dans la notice d'utilisation.
Produit non remboursé par les organismes de santé. Fabricant : Owandy Radiology SARL

Prêt à booster votre cabinet ?

Alors, proposez l'authentique.

Implants Tissue Level

LUMINEERS®

Facettes pelliculaires

Nous avons développé **des services sur-mesure et des produits innovants à fort pouvoir différenciant.**

Uniques, esthétiques et mini-invasifs, autant d'arguments que vous pourrez **mettre en avant auprès de vos patients.**

Des milliers de patients, partout dans le monde, bénéficient de nos solutions, implants Z1® & facettes Lumineers®, car ils veulent ce qui existe de mieux pour leur sourire.

TBR®

Unique, comme votre sourire

STAND 3M31

CONGRÈS ADF 2018

Les implants Z1® et les facettes Lumineers® sont des dispositifs médicaux, respectivement de classe IIb et sur-mesure, destinés à la réhabilitation esthétique ou fonctionnelle du sourire, par des professionnels de santé habilités. Ces dispositifs médicaux sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE. Lire attentivement les instructions figurant sur les notices des produits. Toutes les informations indispensables pour un bon usage de ces dispositifs sont disponibles auprès de SUDIMPLANT SAS (Groupe TBR).

Retrouvez-nous en ligne
www.tbr.dental

AO Marseille fait sa rentrée avec Grégory Camaléonte

Jean-Luc Guetta

Les vacances sont finies. La rentrée d'AO Marseille Provence s'est effectuée le 4 septembre et pour l'occasion il y a eu énormément de changements. Les jeunes ont pris le pouvoir avec la nouvelle présidente, Laura Lévy, ainsi qu'un nouveau bureau. Résultat de l'opération, de nombreux jeunes praticiens ont répondu présents grâce au travail de cette nouvelle équipe. Bravo à vous, Mazal Tov, et longue vie à AOMP !

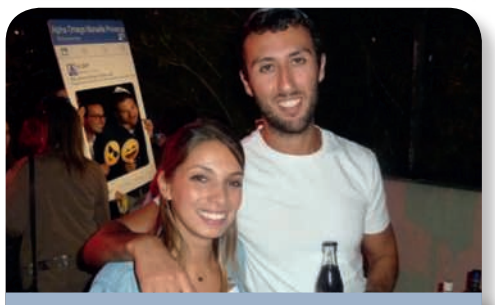
Cette soirée de rentrée s'est déroulée au golf de Borely à Marseille. C'est le Dr Gregory Camaleonte qui nous a fait un cours d'omnipratique, sur l'esthétique, et nous a parlé du gradient thérapeutique. Un réel plaisir que de retrouver autour d'un conférencier passionnant !

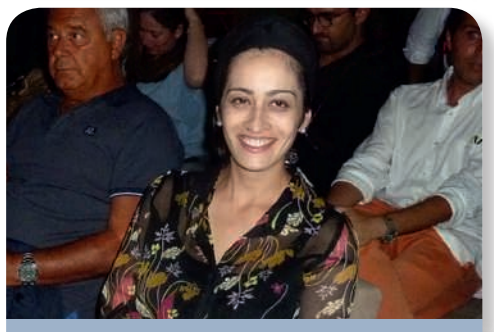
Merci à nos partenaires et à leurs commerciaux : Komet (July Robert), Ivoclar Vivadent (Florence Marchal), Pred (Christel Lebouchard), DPI (Caroline Morant), Safe Implant Surcam Europe (Éric Chapiseau), Curaden France (Émilie Lauvergeat), Acteon (Nathalie Roche), Dentsply Sirona (Madeline André), Pierre Fabre Oral Care (Élisabeth Olive), AXA (Alain Taieb).

Grégory Camaleonte, notre conférencier

Sophie Durand, Ilan Zerbib et Pierre Arthur Strouk

La nouvelle présidente Laura Lévy


Sarah Terjman et Chmouel Elkiess, étudiants de 6e année


Le joli sourire de Jessica Ammar Bensimon

La présidente entourée de Guillaume Darmouni, Laura David, Sarah Matrullo et Jonathan Stroussi

Les BG ! Yoel Siahou, Jeremie Delouya, Valentin Amsellem, Charles Bouskilla

Romy Chokron et Hannah Londner Dahan

Grégory avec Laura et Élodie Sebag

Disparition de Walter Cohen, un pilier d'AO International

René Arav

C'est avec beaucoup de tristesse que nous avons appris le décès début juillet de notre ami Walter Cohen à l'âge de 91 ans. Il n'a jamais pris sa retraite et a travaillé jusqu'à la fin de ses jours.

C'était un homme exceptionnel, sa devise était axée sur l'éducation médicale et odontologique. Surnommé « roi de la Paro », il avait créé un système d'éducation très efficace dont ont bénéficié des milliers de confrères de par le monde. Sa gentillesse, sa générosité ont été des exemples pour ceux qui l'ont connu et admiré. Il a été longtemps Doyen de la faculté de médecine dentaire de l'Université de Penn (Philadelphie). Après sa retraite universitaire, il a été élu Chancelier de deux prestigieuses institutions : Penn Dental and Medical College of PA, et la Drexel University of Health System.

Il a écrit de nombreux ouvrages avec son ami le Pr Morton Amsterdam et plusieurs centaines d'articles scientifiques publiés et traduits à l'international. Il a voyagé pour présenter des conférences et séminaires dans les plus grandes universités. Il était étroitement associé aux activités de la Faculté Dentaire d'Hadassah (Jérusalem) crée par AO. Très impliqué dans les relations universitaires israélo palestiniennes, il croyait que par l'éducation on arriverait à la paix. Ce fut également un grand ami de la France. Dans les années 60, à ma demande, il est venu à plusieurs reprises à Paris donner une conférence et faire connaitre notre association. Ainsi, de nombreux confrères sont devenus membres d'AO…

Walter, tu as accompli ta mission.
Repose en paix, tu nous manqueras…

Walter Cohen avec René Arav et Lawrence Krasne

Bel après-midi de rentrée
avec Olivier Etienne, Stéphane Cazier et Jean-François Chouraqui

André Sebbag

Une rentrée sur les chapeaux de roues aux Salons Hoche avec AO Paris, pour traiter de l'indispensable CFAO dans nos cabinets.
Nos trois conférenciers – **Olivier Etienne, Stéphane Cazier et Jean-François Chouraqui** qui ont une expérience datant d'une décennie en moyenne – ont su méthodiquement nous encourager à franchir le pas. Cette conférence fait suite à celle de décembre 2017 sur le flux numérique avec Gary Finelle.
En proposant d'affiner nos connaissances sur les modes opératoires, O. Etienne (Strasbourg) a posé les indications de l'empreinte optique, premier maillon du flux numérique. Désormais le poudrage ne s'impose plus, et le temps de l'empreinte avoisine les 5-10 secondes.

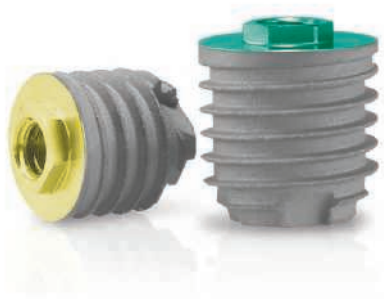
Tous les champs de notre exercice sont concernés par la caméra optique : l'orthodontie, la prothèse, la dentisterie restauratrice, la chirurgie implantaire, voire même l'occlusion. Ensuite, il faut savoir planifier son temps opératoire, selon qu'on souhaite pratiquer une CFAO directe ou indirecte.

La première solution nécessite une caméra couplée à une imprimante 3D, type Cerec, afin d'éviter une seconde séance et de limiter l'exposition des tubullis. La CFAO indirecte faire rentrer le prothésiste dans la boucle, de la finalisation de l'empreinte.
En choisissant ses indications pour la solution en 1 temps, il faudra apprendre, et se familiariser à modéliser les cas simples. Il faut compter entre 1 heure et 1 heure 45 selon que l'on réalise un onlay complexe poli en céramique, ou une couronne transvissée sur implant en EMAX CAD®.

La clé du succès passe aussi par une empreinte aux limites visibles et non souillées. La lecture per opératoire de l'empreinte optique autorise en temps réel des retouches qui pouvaient échapper à la vigilance de l'opérateur. La maîtrise et le choix des blocs de composite ou de céramique nous amènent à personnaliser la définition et de coloration que l'on peut confier à son aide opératoire. Pour des restaurations hautement esthétiques, la stratification de la céramique sur le bloc préparé sera confiée au prothésiste. Un travail d'équipe en somme !

Implants courts T3®

Longueurs 5 mm et 6 mm



La longueur et les caractéristiques de l'implant court T3 permettent la pose d'un implant dans les cas où la hauteur d'os ne suffit pas pour un implant traditionnel (>6 mm).

- Surface de l'implant T3
  Surface d'implant sablée et mordancée à l'acide, d'une rugosité moyenne de 1,4 µm sur toute la longueur de l'implant.[1]
- Force de serrage implant/pilier
  L'utilisation de la vis Gold-Tite® augmente la force de serrage implant/pilier de 83 % par rapport à une vis sans revêtement.[2] *Platform switching manuel recommandé.**
- Contact os-implant initial (IBIC)
  Les dimensions des instruments chirurgicaux et de l'implant court T3 créent des ostéotomies précises parfaitement adaptées à la forme de l'implant, afin de permettre une bonne stabilité primaire.[3]
- Nouvelle trousse chirurgicale et nouveaux instruments compacts
  Spécifiquement conçus pour la préparation du site et la pose des implants courts T3.

1 Gubbi P†, Towse R†. Quantitative and Qualitative Characterization of Various Dental Implant Surfaces. Poster Presentation: European Association for Osseointegration, 21st Annual Meeting; October 2012; Copenhagen, Denmark. To view the poster, please visit www.biomet3i.com/Pdf/Posters/Poster_421_EAO_Final.pdf
2 Suttin Z†, Towse R†. Effect of Abutment Screw Design on the Seal Performance of an External Hex Implant System. Presented at the European Association for Osseointegration, 22nd Annual Scientific Meeting; October 2013; Dublin, Ireland. http://biomet3i.com/Pdf/Posters/P-450_Effect_of_Screw_Design_on_Implant_Seal.pdf
3 Meltzer AM‡. Primary stability and initial bone-to-implant contact: The effects on immediate placement and restoration of dental implants. J Implant Reconstr Dent. 2009;1(1):35-41.
† The authors conducted this research while employed at Biomet 3i.
‡ Dr. Meltzer has a financial relationship with Biomet 3i LLC resulting from speaking engagements, consulting engagements and other retained services.
* Bench test results are not necessarily indicative of clinical performance.
** Placement of a smaller diameter restorative component than the diameter of the implant seating surface.

Pour plus d'informations concernant les implants courts T3, veuillez contacter votre Conseiller Zimmer Biomet Dental.

www.zimmerbiometdental.com

Toutes les marques commerciales sont la propriété de Zimmer Biomet ou de ses filiales, sauf mention contraire. Pour des raisons réglementaires, le département dentaire de Zimmer Biomet continuera à fabriquer des produits sous les noms de Zimmer Dental Inc. et Biomet 3i, LLC, respectivement, jusqu'à nouvel ordre. L'implant court T3 est fabriqué et distribué par Biomet 3i. Tous les produits ne sont pas enregistrés ou disponibles dans tous les pays. Veuillez consulter un Conseiller Biomet 3i pour connaître les disponibilités et pour toute information supplémentaire. AD063FR REV B 09/16
©2016 Zimmer Biomet. Tous droits réservés.

ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

Olivier Etienne, Stéphane Cazier, Jean François Chouraqui et Serge Zagury

Raoul Tibi avec nos partenaires de Sunstar

Michael Uzan et Olivier Bosi (Zimmerbiomet)

Une partie de l'équipe d'Aonews

Nicolas Buckart (Labocast) bien entouré !

L'accueil toujours souriant d'Henri et Catherine

André Saadoun, Jacques Bessade, André Sebbag et Tru N'guyen

Jacques Besserat avec Serge, Franck Sebban et Éric Castel

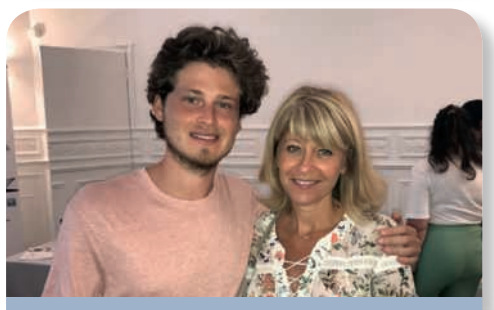
René Arav et ses fans

Ludovic et Michel Ache avec Jacques Gabay

La team presque complète d'AO Jeunes Paris

David Ohayon, Franck et notre partenaire de Lyra

Avec les équipes de Carole Krief (Dentalinov, Henri Schein) et Stéphane Cazier


Sacha et Virginie Benhamour, praticiens de mère en fils !

Éric, Géraldine Lilti, Franck, Pascale Guetta, Pascale Abitbol et Carole

Les copains d'abord ! Laurent Temmam, Serge et Mickael

De beaux diplômes pour de beaux conférenciers !

Mylène Benassia avec Carole Ash

NOCOTECH®

DÉSINFECTEZ AUTREMENT

Efficace sur les virus, bactéries, fongiques et spores

Applicable sur toutes les surfaces

Biodégradable

Économique

La bio désinfection de votre cabinet simplifiée !

Nous avons imaginé, pour vous, une nouvelle manière de désinfecter de grands volumes rapidement, efficacement et en toute simplicité. Avec le concept NOCOTECH, couvrez automatiquement la désinfection d'une pièce allant jusqu'à 1 000 m³, sans corrosion, ni résidu, ni toxicité grâce à un concept parfaitement biodégradable efficace sur les virus, bactéries, fongiques et spores. La machine NOCOSPRAY associée au produit NOCOLYSE+ vous permet d'obtenir la plus efficace des désinfections à partir d'un geste simple et rapide : appuyer sur un bouton.

Nocotech, la bonne idée diffusée !

OXY'PHARM®

99,9% BIO

Laboratoire spécialisé dans la désinfection et la désinsectisation 100% automatisées.
NOCOTECH, une marque OXY'PHARM.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez nous contacter au :
01 45 18 78 70 ou commercial@oxypharm.net

www.oxypharm.net

Endo vs Implanto :

Partageons quelques dilemmes du quotidien

Prochaine soirée AO Paris avec Bertrand et Philippe Khayat, 13 décembre - 19 h 30

Brève rencontre avec nos futurs intervenants

AONews. Deux frères, deux spécialités… Est-ce l'influence de votre père dentiste, d'un enseignant, le fruit du hasard ? Ou bien une complémentarité fruit d'une réflexion familiale ?

Philippe K. Avec des professeurs extraordinaires comme Jean-Claude Harter, Alain Trevelo et, plus tard, Ralph Yuodelis, c'était tout d'abord plutôt la prothèse. Puis, influencé par une vague de publications sur l'ostéointégration en 1983, et encouragé par mon père, lui-même chirurgien-dentiste, je décidais de m'intéresser aux implants. Avec les années, un glissement progressif s'est fait vers la chirurgie implantaire.

Bertrand K. Pour moi, le moment déterminant fut la rencontre avec Jean-Marie Laurichesse. Son énergie et son enthousiasme pour l'endodontie ont été très communicatifs. Il s'intéressait déjà à la chirurgie endodontique et avait fait venir en France des spécialistes américains comme Donald Arens. Ceux-ci m'ont donné envie de me spécialiser et de partir aux États Unis. Dès lors, la démarche rigoureuse, scientifique et clinique de mon directeur de programme, le Dr Gerald Harrington, m'accompagnera tout au long de mon exercice professionnel. Rien dans le giron familial ne m'y prédestinait.

En fait, nos spécialités sont très complémentaires et comme nous nous entendions bien, travailler ensemble nous paraissait naturel. Cela fait maintenant trente ans que ça dure !

AONews. Avez-vous souvent la même analyse sur les choix, options, et indication pour un même cas clinique ?

P. et B. Au cabinet, nous avons une structure et notamment un secrétariat commun. Mais chacun a son territoire, son équipe et ses correspondants. La collaboration sur un diagnostic n'est pas systématique car nous travaillons avec des praticiens qui savent le plus souvent poser des indications et orienter leurs patients. Le choix est souvent fait en amont.

Il arrive cependant qu'on nous demande de réfléchir ensemble sur certains cas limites. Et puis, il y a ces situations où Bertrand, l'endodontiste, pense qu'il n'est pas raisonnable de conserver une dent et, à l'inverse, où Philippe, l'implantologiste, pense que la conservation est encore possible ou semble préférable à la mise en œuvre d'un traitement implantaire complexe.

Notre échange commence alors par la petite phrase : que penses-tu de cette dent ? Mais la discussion devient vraiment intéressante quand Bertrand ne veut pas se lancer dans le traitement endo et que, Philippe trouve que le traitement implantaire est trop risqué ou trop complexe et qu'il pousse à conserver la dent !

AONews. L'apport de l'examen tomodensitométrique dans votre appréciation clinique a-t-il changé vos indications ?

P. et B. Elle est indispensable dans les deux disciplines ! Nous avons été l'un des 2 ou 3 premiers cabinets à s'équiper d'un cone beam en 2006. Depuis, cet outil d'imagerie est devenu un incontournable.

AONews. Enfin, quels sont les grands moments qui ont changé votre vision ou votre exercice de spécialité ?

Philippe K. C'est aux États Unis, dans le programme de spécialité que j'ai appris à avoir une vision globale, puis dans les années 86 la révolution implantaire a bouleversé mon exercice. Les années 2000 sont celles de la mise en charge immédiate des implants, des progrès de l'imagerie et de la dentisterie digitale mais ce sont aussi celles de la péri-implantite, pathologie pernicieuse entourée d'une certaine forme de déni et contre laquelle il nous faut mettre en place des stratégies dont l'avenir nous dira si elles ont été efficaces.

Bertrand K. Quand je termine ma formation aux États Unis, deux révolutions majeures se préparent : l'utilisation du microscope en endodontie et l'apparition d'inserts à ultrasons. Dès 1992, je suis l'un des tous premiers à être équipé d'un microscope opératoire et je développe des inserts spécifiques pour la chirurgie endodontique.

Propos recueillis
par Michèle Albou

Faut-il conserver une dent infectée difficile à traiter ou l'extraire et la remplacer par un implant ? Si oui, selon quels critères ? Faut-il se lancer dans un traitement implantaire esthétique délicat alors qu'il existe encore une chance de sauver la dent ? Si l'approche conservatrice est privilégiée et que la dent se fracture peu de temps après, dans quel état d'esprit le patient abordera-t-il le traitement implantaire complexe qui va suivre ? Que faire quand l'endodontiste est réticent (difficulté du traitement conservateur, racine fragilisée) et que l'implantologiste n'est pas enthousiaste (faibles volumes osseux, risque important de résorption, sourire gingival) ? Tout l'intérêt de notre métier est là. Décider. Faire le meilleur choix dans une situation donnée, pour un patient particulier et dans un contexte toujours différent. Après avoir envisagé les pronostics respectifs d'un traitement endodontique (classique ou chirurgical) et d'un traitement implantaire, nous passerons en revue les critères qui nous permettent de faire le choix le plus judicieux pour un patient donné. Au-delà des critères classiques, certains critères spécifiques et subjectifs doivent également être pris en compte. Plusieurs cas cliniques seront présentés et discutés. Bertrand et Philippe Khayat interviendront parfois simultanément pour envisager les avantages et inconvénients des différentes options de traitement.

Shabbat de l'ADF : vendredi 30 novembre

En famille, ou en solo, venez partager ce moment de convivialité !
Lieu : Maison Moadon, 66 rue Laugier, 75017 Paris (à 10 mn à pieds du congrès)
PAF : 55 € / adulte et 25 € / enfant – Renseignements : Audrey Ohayon, 06 80 11 71 05
Inscriptions : Catherine, alphaomegaparis@free.fr
Ne tardez pas à réserver votre place !

BIO BROTHERS

Les Biosilicates Septodont **INCONTOURNABLES**

BioRoot™ RCS
"light"
ENDODONTIE

Biodentine™
"Putty"
RESTAURATRICE

ACTIVE BIOSILICATE TECHNOLOGY

• *BioRoot™ RCS*

Ciment de scellement canalaire minéral & bioactif

• *Biodentine™*

Substitut dentinaire bioactif

septodont

Communication France - 0050I - Mai 2018

Septodont - 58, rue du Pont de Créteil - 94107 Saint-Maur-des-Fossés Cedex Tél. : 01 49 76 70 02 - Fax : 01 49 76 70 78 - www.septodont.fr

Dispositifs médicaux de classe III réservé à l'usage professionnel dentaire, non remboursés par les organismes d'assurance maladie au titre de la LPPR. **Biodentine™ :** Marqué CE et Organisme certificateur CE0459 LNE/G-MED. Fabricant : SEPTODONT France. **Bioroot™ RCS :** Organisme certificateur CE0473 AMTAC CERTIFICATION SERVICES Ltd. Fabricant : SEPTODONT - US. Mandataire : MDSS GmbH - Allemagne. Lire attentivement les instructions d'utilisation figurant sur la notice ou l'étiquetage avant toute utilisation.

kuraray

Noritake

40 ANS D'INNOVATION EN DENTISTERIE

MONOMER MDP ORIGINAL DE KURARAY NORITAKE DENTAL

Un monomère adhésif tel que le MDP présente une excellente adhésion chimique avec la zircone. Les composants du monomère MDP conduisent à une adhésion chimique avec des oxydes métalliques, des céramiques à base de zircone et d'autres céramiques. PANAVIA™ V5 comprend le monomère MDP d'origine, qui possède une force de d'adhésion exceptionnelle grâce à un travail de recherches menées pendant 15 ans. Il est conçu pour avoir une excellente force d'adhésion et de durabilité à la zircone.

CEMENTS ADHESIVE RESIN CEMENT SYSTEM PANAVIA™ V5

www.kuraraynoritake.eu/40years

RECHARGES PÂTE PANAVIA V5

4 + 1

PANAVIA™ V5

UN SYSTÈME DE COLLAGE. TOUTES LES INDICATIONS. UN PROTOCOL INTUITIF.

PROMOPACK

TTC 375 €

#1116 PP

*Prix de vente conseillés à titre indicatif. Les produits achetés vous seront envoyés par votre fournisseur selon les conditions de prix habituelles.
Sous réserve de modifications de prix. Offres valables jusqu'au 31 décembre 2018. Les produits sont livrés au prix du dépôt dentaire de votre choix.

Implantologie entièrement guidée avec CEREC Guide 3 :

rapide, sécurisé et au cabinet

Pour le flux numérique de travail implantaire, Dentsply Sirona propose désormais un nouveau guide chirurgical sur le marché. CEREC Guide 3 apporte son soutien aussi bien à la préparation chirurgicale du site implantaire que pour la mise en place de tous les implants de Dentsply Sirona. CEREC Guide 3 complète ainsi le flux de travail numérique implantaire au fauteuil et permet une réalisation cliniquement sécurisée de la planification orientée sur la prothèse grâce à une mise en place entièrement guidée.

CEREC Guide 3 est un guide chirurgical, qui peut être créé facilement et rapidement dans le cabinet avec le logiciel CEREC 4.6.1 grâce à une empreinte optique avec la caméra CEREC Omnicam et une radiographie 3D. Grâce au CEREC Guide 3, une chirurgie entièrement guidée est possible pour les implants de Dentsply Sirona. CEREC Guide 3 est ainsi une version perfectionnée de CEREC Guide 2, le guide chirurgical pour la préparation du site implantaire.

Une solution cabinet : fraisage et utilisation pour le traitement

La création de ce guide chirurgical fait également partie intégrante de la planification implantaire, qui a lieu dans le logiciel Galileos Implant : les informations sur les tissus mous et le projet prothétique sont mises à disposition par le CEREC sous forme de données numériques. Le scan et les images radiographiques 3D peuvent ensuite être superposés dans le logiciel et être utilisés pour la planification implantaire, y compris le guide chirurgical. La position des tubes de guidage du foret est également conçue en fonction des dents adjacentes (ou d'autres structures anatomiques de soutien). Le résultat de cette planification est retranscrit par le praticien au CEREC. La conception du guide chirurgical peut alors être conçue et être adaptée aux besoins individuels du cas, puis être fraisée sur une unité de fraisage CEREC à partir du CEREC Guide Bloc en PMMA.

Contrôle aisé sur le déroulement du traitement

Le guide chirurgical offre plusieurs avantages pour l'implantologie : tout d'abord, il permet le transfert 1:1 de la planification implantaire du projet prothétique du patient. D'autre part, la chirurgie guidée offre une sécurité optimisée et une précision améliorée par rapport à la mise en place de l'implant à mains levées, qui ont été prouvées dans des études. Les utilisateurs du précédent guide chirurgical usiné en cabinet, CEREC Guide 2, peuvent naturellement continuer à l'utiliser. Il peut être utilisé pour fraiser un guide chirurgical pour la phase de préparation du site implantaire pour les implants inclus dans la charte de compatibilité. Si le dentiste souhaite faire fabriquer le guide chirurgical dans un laboratoire, celui-ci est de préférence réalisé avec l'inLab MC XL ou l'unité de fraisage et de meulage inLab MC X5. Dentsply Sirona est ainsi un fabricant qui peut proposer un flux de travail implantaire numérique au cabinet dentaire entièrement intégré avec des produits et des étapes de travail adaptés de façon optimale les uns aux autres. Cela commence par une prise d'empreinte optique et se poursuit par la planification implantaire et la chirurgie guidée à l'aide de CEREC Guide 3 et se termine par la restauration prothétique avec le CEREC.

CEREC Guide 3 est disponible depuis septembre. Il pourra être conçu dans le logiciel CEREC à partir de la version 4.6.1 et produit dans les unités de meulage MC X et MC XL.

CEREC Guide 3 pour la chirurgie entièrement guidée pour la mise en place d'implants de DentsplySirona

Guide chirurgical in situ : pour un traitement sécurisé et des résultats prévisibles

Partners'Days by Biotech Dental :

Les filiales et distributeurs du groupe à l'honneur !

Les 21 et 22 juin derniers, Biotech Dental a tenu son premier « Partners'Days » à Marseille avec pour objectifs : renforcer les liens du groupe avec ses filiales et distributeurs. À l'occasion de cette première édition, c'est une centaine de partenaires – représentant plus de 40 pays –, qui se sont réunis pour partager les valeurs et la stratégie de demain du groupe. Le choix symbolique de la belle cité phocéenne, au cœur de la région qui a vu naitre la société Biotech Dental, a permis de mettre l'accent sur la fabrication et l'Origine France Garantie de ses produits. Les Partners'Days by Biotech Dental, ce sont deux journées d'échanges et d'ateliers exceptionnels exposant les dernières technologies du groupe. Une belle occasion également pour les distributeurs et filiales d'appréhender la solution globale autour des enjeux de leurs marchés respectifs.

La soirée de gala au restaurant Le Môle – Gérald Passedat, a été le théâtre des Awards des distributeurs et filiales ! Une cérémonie symbolique visant à mettre en lumière les plus grandes réussites 2017-2018 à l'international. L'évènement s'est clôturé par une visite du siège et des usines 3D Made in France de Smilers à Salon de Provence. Un véritable plébiscite pour cette première édition des Partners'Days pour le groupe Biotech Dental qui envisage d'ores et déjà une seconde manifestation à Lisbonne, lors de la seconde édition des International Meeting, courant juin 2019. *www.biotech-dental*

shop.dentalinov.com

Facilitateur des commandes consommables, fournitures et petits equipements !

Dentalinov distributeur d'équipements dentaires et apporteur de solutions pour les cabinets dentaires sur Paris et Ile de France, poursuit son développement et a lancé avant les vacances son site web marchand renforçant ainsi sa position de leader sur le marché parisien. **shop.dentalinov.com ce sont plus de 20 000 articles à portée de clic !**

Aller à l'essentiel ! : L'ergonomie compatible tous supports (ordinateur, tablette et smartphone) et résolument sobre, permet aux praticiens d'aller à l'essentiel et de leur faire gagner du temps pour passer leurs commandes. Les fonctionnalités ont été pensées pour rendre les commandes plus rapides et plus simples : par exemple depuis son compte personnel le client créé ses listes d'achats pour optimiser ses commandes. La commande sans contrainte : n'importe où à n'importe quelle heure par n'importe quel ayant droit.

Gagner en efficacité ! : Les commandes web sont directement reliées à notre plateforme logistique nous permettant ainsi d'assurer un service rapide, avec une livraison en 24h. Les transactions sont sécurisées.

Profiter des meilleures offres ! shop.dentalinov.com c'est l'accès à des offres exclusives web qui se cumulent aux promotions en cours. En plus de ces offres exceptionnelles, des contrats fidélité permettent aux praticiens de travailler en toute sérénité. Dentalinov est le partenaire gagnant-gagnant des praticiens d'Ile de France ! www.shop.dentalinov.com

Contact : Emmanuelle de Bovée, emmanuelle.debovee@dentalinov.com

Henry Schein et Internet Brands

annoncent la création d'une coentreprise pour former Henry Schein One

Henry Schein One fournira une technologie intégrée pour améliorer la gestion du cabinet dentaire et permettre aux dentistes de se concentrer davantage sur la prestation de soins de qualité aux patients.

Henry Schein, Inc. principal distributeur mondial de fournitures et de services auprès des praticiens médicaux, dentaires et vétérinaires exerçant en cabinet et Internet Brands, une société du portefeuille de KKR, ont annoncé la création d'une coentreprise : Henry Schein One. **La nouvelle société a été conçue pour fournir une technologie intégrée dédiée au secteur dentaire afin d'aider la profession à améliorer ses activités de gestion et de marketing en cabinet ainsi que la communication avec les patients. La transaction a été annoncée le 3 avril 2018.**

Henry Schein One combine les produits et services d'Henry Schein Practice Solutions, comme Dentrix®, Dentrix Ascend®, Easy Dental®, et TechCentral™, ainsi que les systèmes de gestion de cabinets dentaires internationaux d'Henry Schein, y compris Software of Excellence®, Logiciel Julie, InfoMed®, Exan® et Labnet™, avec les activités dentaires d'Internet Brands, y compris les solutions Web comme Demandforce®, Sesame Communications®, Officite® et DentalPlans.com®. L'entreprise fournira une technologie de pointe et des produits améliorés pour relever les défis engendrés par le manque d'intégration de la technologie dans les cabinets dentaires.

« Avec la création d'Henry Schein One, nous avons fait progresser notre stratégie d'affaires dentaire en réunissant des chefs de file dans le domaine des logiciels dentaires et des applications Web afin de bâtir un nouveau moteur puissant qui permettra aux professionnels dentaires d'être plus efficaces et d'améliorer leur capacité à fournir des soins de haute qualité à leurs patients », a déclaré **Stanley M. Bergman**, Chairman of the Board et Chief Executive Officer, Henry Schein, Inc. *« Nous croyons fermement que les produits, les services et les solutions que nous offrirons grâce à notre expertise combinée permettront de valoriser l'exercice du praticien tout en stimulant la demande, afin de participer à la réussite de leur business. »*

Airflow® Prophylaxis Master et la poudre PLUS d'EMS

La combinaison gagnante en prophylaxie !

EMS innove encore une fois dans le domaine de la prévention et de la maintenance parodontale, implantaire et orthodontique en lançant son révolutionnaire : AIRFLOW® Prophylaxis Master. Cet appareil combinant **aéropolissage et ultrasons** vous séduira par son design, sa pédale sans fil, mais également par son réchauffeur d'eau permettant d'offrir à vos patients un traitement agréable grâce à une température de l'irrigant pouvant atteindre 40 degrés. Conçu pour un usage intensif, il répond aux dernières normes d'hygiène, avec son cycle de nettoyage permettant une désinfection complète de l'appareil, cordons inclus. Doté de la Méthode Originale AIRFLOW®, il est particulièrement adapté à la poudre universelle PLUS d'EMS. Cette poudre ultra fine (14 microns) à base d'Erythritol offre un nettoyage tout en douceur mais efficace, en supra et sous-gingival, aussi bien sur dents naturelles que sur implants. Elle est également idéale pour la maintenance orthodontique. **Nous vous donnons rendez-vous à l'ADF sur notre stand 2M19 pour une démonstration !**

EMS FRANCE – Tél. +33 3 84 51 90 01 – info@ems-france.fr

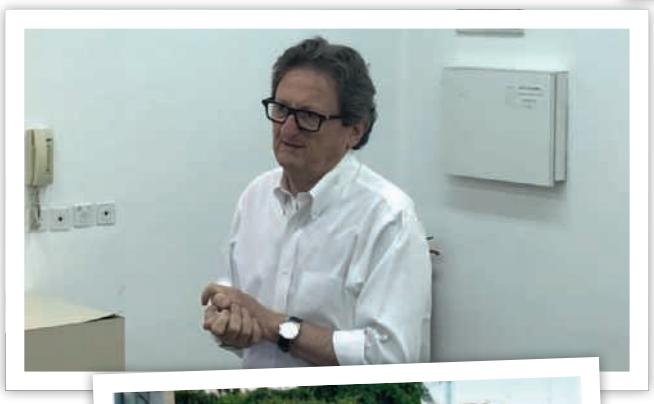
We DId it again !

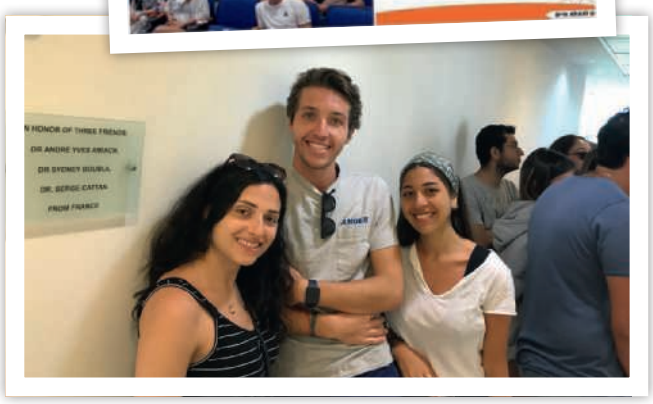
Jérusalem, Massada, Tibériade, Tel Aviv… c'est reparti !

Clara Uzan, présidente de Descartes Israël

Après une première année réussie, Descartes Israël a relevé, encore une fois, le défi avec succès.
Pour cette 2e édition, près de 40 participants, futurs chirurgiens-dentistes et médecins, sont allés à la découverte de l'univers scientifique, culturel et historique israélien.
Le voyage s'est ouvert par la visite incontournable de Jérusalem. Entre émerveillement et émotions, la famille DI a eu la chance de découvrir le Mur des Lamentations, le Saint-Sépulcre tout en passant par l'hôpital Hadassah, et le musée Yad Vashem. De plus, nous avons eu la chance de rencontrer Marc Israel Sellem, photographe au Jerusalem Post. Ainsi que Jonathan Chiche, directeur général de United Hatzalah France, organisation de secouristes bénévoles israéliens.
Départ pour le Nord. De Tibériade au plateau du Golan nous avons pu observer des paysages uniques, en descente en kayak et autour d'une dégustation de vin à Ramat Agolan, qui resteront dans la légende. DI a poursuivi ses aventures vers la frontière israélo-syrienne avec le Mont Bental et ses casques bleus de l'ONU, avant de prendre la route pour le Sud. Arrivée à Massada, la famille DI a été chaleureusement accueillie par les Bédouins. Balade en chameau au coucher du soleil, découverte de la culture bédouine et feu de camp, nous avons pu passer la nuit sous la tente. Puis, nous avons enchaîné dès le réveil pour partir aux aurores à l'ascension de Massada afin d'observer la beauté et la diversité des paysages israéliens. Un matin incroyable et unique !
Après ce réveil riche en émotion, départ pour les chutes d'Ein Guedi : un parc naturel au milieu des montagnes. Nous avons par la suite repris la route pour arriver à la Mer Morte, lieu incontournable d'Israël avec son traditionnel bain de boue.
Départ pour Tel Aviv, pour passer 4 jours entre détente à la plage, visite et soirée dans la ville qui ne dort jamais.
Nous sommes partis à la découverte du shouk Akarmel, Neve Tsedek mais aussi de Jaffa et sa vieille ville. Nous avons aussi eu la chance de faire des rencontres inoubliables avec des migrants d'Érythrée dans le Sud de la ville.
Enfin nous avons terminé ce voyage par des visites scientifiques : une start-up innovante pour aider au dépistage du cancer, puis la découverte de l'école dentaire de l'université de Tel Aviv. Nous avons été accueillis par le doyen Ervin Weiss, ravi de rencontrer un groupe de jeunes français, qui nous a sensibilisés sur les difficultés rencontrées dans le passé pour maintenir la faculté ouverte. Nous avons pu voir les locaux ainsi que les nouvelles salles financées par des chapitres Alpha Omega. Le docteur Rachel Zarig nous a ensuite fait une petite conférence passionnante sur l'importance de la dentisterie dans l'archéologie.
Les participants reviennent ravis de cette expérience, ils ont pu voir ce qu'était la réalité d'Israël et se sont forgé une image objective du pays. **Ils en sont désormais les nouveaux ambassadeurs, comme vous pourrez le voir ci-contre avec certaines de leurs réactions.**

En remerciant nos sponsors et donateurs, ainsi qu'Alpha Omega pour son soutien et sa contribution à la réussite de notre projet.





« *Une expérience unique. Je me suis vraiment senti grandir pendant ce voyage.* »
Thibaud Le Monnier

« *J'étais déjà allée en Israël, mais ça reste un des meilleurs voyages que j'ai fait. Les activités variées et l'ambiance du groupe sont mémorables. Clairement on avait envie d'y rester plus longtemps.* » **Alexandra Sztajnman**

« *Une asso incroyable pour un voyage incroyable* » **Christophe Sifflet**

« *Un pays bien différent de ce qu'on entend dans les médias. J'ai découvert une nouvelle façon de voyager avec vous !* » **Sarah Fidahoussen**

« *Un voyage en Israël hors du commun et très émouvant. Découverte d'un pays et de personnes exceptionnelles.* » **Sarah Carville**

« *Un pays incroyable, avec des paysages magnifiques et des gens adorables. Un voyage qui nous a permis de découvrir Israël grâce à une belle association.* » **Élisabeth Camilli**

« *Un pays plein de richesse qui réserve encore tellement de belles choses* »
Cassandra Boudon

« *DI des souvenirs pour la vie* » **Gabrielle Camilli**

Modern Dental Care Foundation à Madagascar

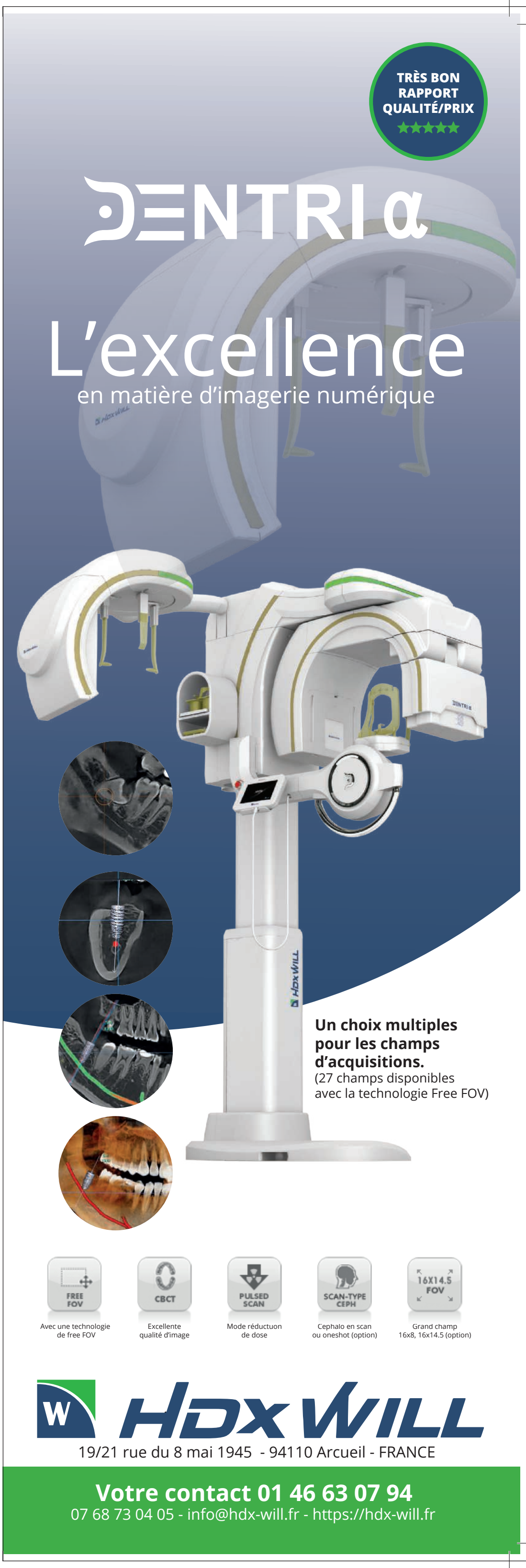
La santé bucco-dentaire pour tous

Du 13 au 19 août dernier, Labocast a accompagné une dizaine de chirurgiens-dentistes européens et malgaches à Sakay (Madagascar) pour 5 jours au service des populations, de leur santé et de leur bien-être.

Après une première mission en mai dernier, où des centaines de patients avaient bénéficié de l'engagement volontaire et bénévole de nos praticiens, cette fois-ci, plus de 630 patients ont été traités et des centaines d'enfants ont accédé à une hygiène dentaire simple et joyeuse.

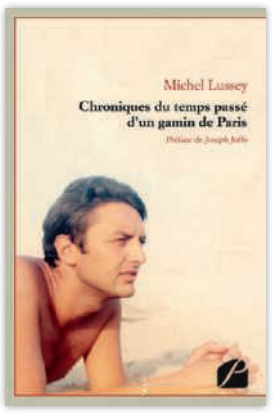
Les sourires de ces enfants, de ces patients, de cette formidable équipe médicale disent mieux que mille mots la magnifique réussite de cette seconde expérience, et nous ne pouvions pas ne pas fixer d'ores et déjà les prochaines dates : **du 16 au 23 février 2019, du 7 au 14 septembre 2019 et, prioritairement pour les praticiens français, du 4 au 11 mai 2019. Rejoignez-nous dans cette belle aventure au service d'une santé bucco-dentaire pour tous.**

Contact et informations : Chrystelle Dejana - Tél. +33 1 53 38 64 66



Chronique du temps passé d'un gamin de Paris

Michel Lussey – Éd. du Panthéon



Le passé n'est jamais simple… Il est souvent (re)composé

Michel est un confrère à la retraite, j'ai été pendant plusieurs années son correspondant pour la chirurgie. Je l'ai rencontré par hasard avant l'été, cela faisait longtemps que je ne l'avais vu et il avait son livre sous le bras. Très fier de me le montrer car il savait que je tenais modestement cette rubrique dans AO News. Il m'a proposé de le lire et d'en faire une critique pour notre revue. Délicat défit, difficile d'être objectif avec un ami mais je dois avouer que le pensum s'est transformé assez rapidement en vrai plaisir.

Le titre est inspiré d'une chanson de Mick Micheyl « Un gamin de Paris », un succès des années 60 dont l'auteur met en exergue une citation : « il (le gamin de Paris) est l'héritier lors de sa naissance de tout un passé lourd de conséquence ». Michel Lussey, comme nous tous, est sorti de l'enfance avec quelques valises parfois lourdes à trimbaler et avec cet œil dans le rétroviseur, d'autant qu'un autre drame l'a frappé en 90, il a choisi certainement la meilleure des thérapies : l'écriture.

Il retrace dans le premier chapitre l'épopée incroyable de ses parents à travers l'Europe de l'est, la Pologne, l'Autriche, l'Allemagne en enfin la France pour fuir, comme des centaines de milliers, l'antisémitisme et les pogroms. L'objectif le plus souvent était la France, le pays des lumières ou les États Unis, terre d'immigration par excellence. Comment ont-ils fait s'interroge Michel Lutzky/Lussey, comment avec quelques modestes économies ont-ils pu traverser cette Europe de l'Est hostile ? Mais ils ont réussi et se sont installés à Paris dans le Marais. Ce chapitre m'a particulièrement touché, car de l'histoire de sa famille, Michel rejoint la sombre histoire du début de notre vingtième siècle. Bon nombre de lecteurs de notre revue y retrouveront leur propre histoire familiale. Joseph Joffo a préfacé ce livre, hasard ou prédestination, on pense inévitablement au ***Sac de Billes***. Le père de Michel crée avec son beau-frère qu'il adore un commerce de chapellerie qui deviendra prospère et en 34, il décide de trouver une épouse de bonne famille, se sera Raymonde Stern. La réussite de son entreprise lui permettra d'offrir à sa famille avec la naissance de Michel en 38 une existence paisible et confortable. On traverse les péripéties politiques de cette époque troublée, les grèves (eh oui déjà… et toujours) le Front Populaire, *l'Anschluss* jusqu'à la déclaration de guerre avec l'Allemagne. À la débâcle de l'armée française succède l'invasion de Paris, les lois anti-juives, le port obligatoire de l'étoile jaune et la fuite à nouveau vers la zone libre du sud de la France. Une bonne étoile (cette fois-ci) planera au-dessus de la famille Lutzky qui traversera la guerre, malgré bien des avatars, jusqu'à la libération. L'auteur a fait véritablement un travail d'historien, l'épopée familiale est ponctuée des dates marquantes de cette époque et de tous les personnages qui ont façonné la collaboration. Plus personnels et plus touchantes à la fois, sont toutes les photos de famille qui émaillent le récit.

Les années bonheur succèdent à la guerre, une adolescence dorée dans le bel appartement du quai Louis Blériot, l'éveil à la sexualité, les premiers flirts, les copains à la vie à la mort, les *surboums*, quelques figures emblématiques des années 60 Richard Anthony, Daniel Hechter, Jean Pierre Melville, son cousin, et bien d'autres, la grande époque de Saint Germain des prés et ses boîtes de jazz mythiques La Huchette, Les Trois Maillets et son QG le Vieux Colombier. Souvenirs… Souvenirs pour tous ceux de notre génération. Après le « *bachot* », à cette époque il y en avait deux, un en première et un en terminale (j'ai eu aussi cette chance !!), la belle vie d'étudiant que vous connaissez tous, chers lecteurs, la vie était simple, insouciante et facile malgré les examens. C'est aussi à cette époque que le père de Michel décide de changer de nom pour que son fils puisse apposer sur sa future plaque de dentiste, un nom bien français. Les cicatrices de la guerre sont à peine refermées !! Mais avant l'installation dans un cabinet dentaire il y a ce voyage de 19 heures en Super Constellation 707, vers l'Amérique pour rejoindre sa tante qui vit à New York. Durant le périple, il rencontre Hélène et se lie d'amitié avec un petit groupe de jeunes avec lesquels il décide de « tailler la route » à travers le sud des États Unis, véritable voyage initiatique, avec de multiples rebondissements que je vous laisse découvrir.

De retour en France, on est au début des années 60, c'est la guerre (inavouée) d'Algérie, Michel est appelé en 62 pour 2 ans et après ses classes au Fort de Vincennes et à Libourne c'est le départ pour Alger dans la prestigieuse Légion Étrangère. Malgré l'entourage des soldats hyperentraînés de la Lgion, la guerre est là avec toutes ses atrocités. Michel nous livre, à nouveau, un témoignage d'historien sur ces années sombres, malgré quelques aventures amoureuses ou rocambolesques, dans lesquelles il a été plongé.

Le livre est écrit dans un style fluide et élégant, le texte est émaillé de citations choisies, témoignant d'une grande culture. Les personnages hauts en couleurs, les amours fous et parfois contrariés, de sa jeunesse, font de cette biographie un roman dans lequel je me suis reconnu à bien des égards et plongé comme dans un bain de jouvence. Les dernières pages du livre sur le drame de sa vie, sont poignantes et magnifiques. Elles vous donneront envie de mieux connaître, tout comme moi, ce gamin de Paris.

MSDENTAL

La référence des espaces dentaires.

ÉQUIPEMENTS
Fauteuils ? Meubles ? Stérilisation ? Périphériques ? Nous vous proposons des équipements de qualité parmi les marques les plus réputées du marché.

ACCOMPAGNEMENT
Des questions ? Un besoin précis ? Nous sommes à votre disposition pour vous conseiller et vous accompagner dans vos envies et vos projets.

FOURNITURES
Nous distribuons également les fournitures dont vous pouvez avoir besoin pour vos équipements.

HIGH-TECH
Nous vous proposons les produits parmi les plus innovants du marché. Nos spécialistes High-Tech et notre Hotline sont à vos côtés pour vous former et vous accompagner.

SERVICE TECHNIQUE
Un soucis technique ? Une maintenance préventive ? Notre équipe est là pour vous épauler dans ces moments d'urgence. Un instrument en panne ? Essayez notre service de réparation Quick Repair.

MSDENTAL
La référence des espaces dentaires.

Tél : 01 30 67 61 60 • contact@groupemsd.com

PROFILE DESIGNER

iphysio®

LA SIMPLICITÉ EN IMPLANTOLOGIE

CONCEPT BREVETÉ 3 EN 1
Cicatrisation - Empreinte - Provisoire

NOUVEAUTÉ

UNIVERSEL
Disponible pour les plus grandes marques d'implants

UN PROTOCOLE SIMPLIFIÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION BIOLOGIQUE

Iphysio® permet de réaliser la cicatrisation, l'empreinte et la prothèse provisoire sans démontage.
Ce Profile Designer de forme anatomique permet de sculpter un vrai profil d'émergence non circulaire, favorise le maintien des papilles et la conservation de la gencive kératinisée.

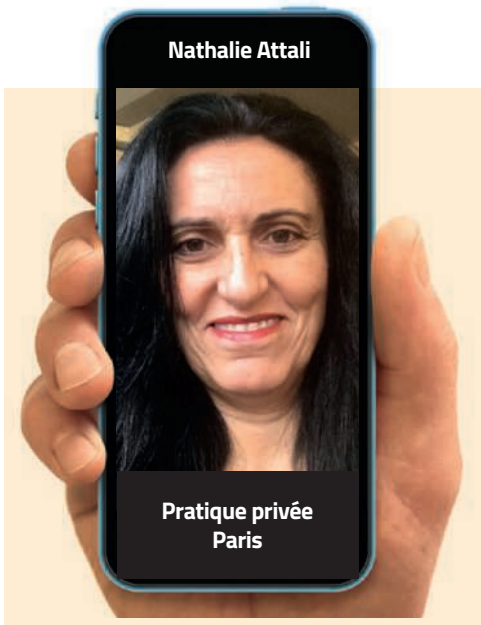
Une (R)évolution majeure qui, en plus d'apporter confort et respect biologique, vous fera gagner un temps précieux.

INFORMATIONS
+33 (0)4 50 91 49 20
info@lyra.dental
www.iphysio.dental

Distribué par LYRA™

Fabriqué par **euroteknika** - 726 rue du Général de Gaulle, 74700 Sallanches (France)
Le Profile Designer iphysio® fabriqué par euroteknika et distribué par LYRA France est un dispositif médical de Classe IIb (Directive Européenne 93/42/CEE) conforme aux normes en vigueur et porteur du marquage CE0459.
Non remboursé par la Sécurité Sociale, il doit être utilisé par des professionnels de la santé bucco-dentaire. Lire attentivement la notice d'instructions et le manuel d'utilisation. LYRA FRANCE, S.A.S. au capital de 10 000€
25 rue Bleue, 75009 Paris - RCS Paris 799 960 067 - Tout document édité par LYRA se réfère à nos conditions générales de vente en vigueur. Photos non contractuelles - Reproduction même partielle interdite.

Selfie AO



Nathalie Attali

Pratique privée
Paris

Votre dîner idéal réunirait...
Des rires, fous de préférence,
idéalement accompagnés d'un bon dîner

Vos 3 films incontournables...
Peau d'âne
Les bronzés
Autant en emporte le vent...
Des films récents quoi !

Vos 3 livres fétiches...
Astérix... J'oublie les titres
au fur et à mesure de mes lectures

Une chanson de votre vie...
C'est un beau roman
(Michel Fugain)

Votre insulte favorite...
Abruti !

Votre madeleine de Proust culinaire...
La crème de marron

Un héros... réel ou imaginaire...
Tous les jeunes soldats israéliens

Salé ou sucré ?
Très sucré !

Une passion, un hobby ?
La mosaïque, l'archéologie

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Sur le terrain : marche nordique, aquabike

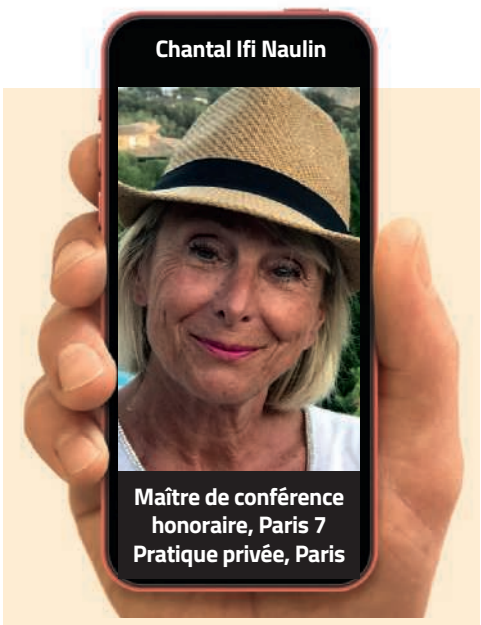
Vos vacances de rêve...
Découverte de pays
aux modes de vie différents du nôtre

Accro au net... ou pas ?
Surtout au portable !

Votre dernier coup de foudre ?
Archéologie

Dans une autre vie vous seriez...
Championne de kite surf !

Enfin, une adresse à recommander...
L'Ebauchoir, rue des Cîteaux
pour sa terrine de gâteau de riz



Chantal Ifi Naulin

Maître de conférence honoraire, Paris 7
Pratique privée, Paris

Votre dîner idéal réunirait...
mes ami(e)s mes amours
(Ils se reconnaîtront)

Vos 3 films incontournables...
Pulp fiction
Les dents de la mer
Nemo

Vos 3 livres fétiches...
La promesse de l'aube
Bonjour tristesse
Le petit prince

Une chanson de votre vie...
Je t'aime moi non plus

Votre insulte favorite...
Axolotl

Votre madeleine de Proust culinaire...
Une galette de sarrasin
cuite au feu de bois

Un héros... réel ou imaginaire...
Patrick

Salé ou sucré ?
Salé

Une passion, un hobby ?
D'après ceux qui m'entourent,
ma profession

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
J'essaie le terrain
mais ce n'est pas gagné !

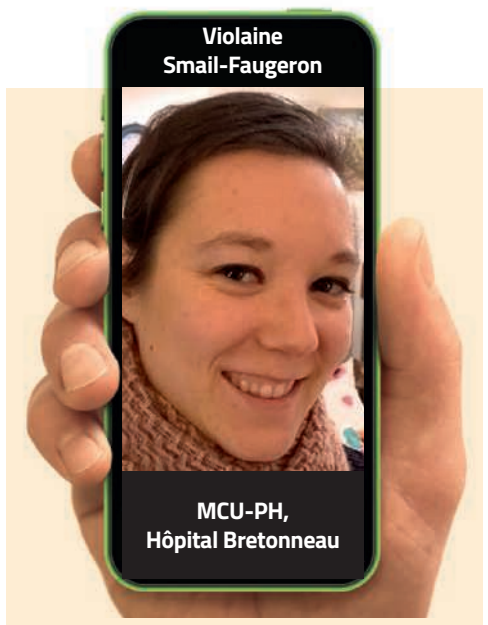
Vos vacances de rêve ?
Sur une Île déserte avec Robinson Crusoë

Accro au net... ou pas ?
Trop

Votre dernier coup de foudre ?
Mes 2 petits « boys »

Dans une autre vie vous seriez...
Cléopâtre

Enfin, une adresse à recommander...
Un spa



Violaine Smail-Faugeron

MCU-PH,
Hôpital Bretonneau

Votre dîner idéal réunirait...
Albert Einstein, Tenzin Gyatso, Simone Veil

Vos 3 films incontournables...
Abyss
L'étrange Noël de Monsieur Jack
L'Histoire sans fin

Vos 3 livres fétiches...
Le merveilleux voyage de Nils Holgersson
à travers la Suède
La nuit des temps
Les contes du chat perché

Une chanson de votre vie...
La Corrida (Francis Cabrel)

Votre insulte favorite...
Gourgandine !

Votre madeleine de Proust culinaire...
Des tomates toutes simples

Un héros... réel ou imaginaire...
Sergent Harry S. Stamper

Salé ou sucré ?
Sucré

Une passion, un hobby ?
Roland-Garros

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Danse (avec les stars)

Vos vacances de rêve ?
L'Atlantide

Accro au net... ou pas ?
Pas accro

Votre dernier coup de foudre ?
A été réciproque

Dans une autre vie vous seriez...
Fantômette

Enfin, une adresse à recommander...
Quinta de S. Caetano, Maria Manuela
e Luis Godofredo Pimentel, Rua de S. Caetano,
38 Livramento. 9500-613 Ponta Delgada.
Sao Miguel. Açores

Brèves de Fauteuil

La sélection
de **Claude Bernard Wierzba**

David est bien embêté. Il va voir son rabbin.
Rabbin, je suis bien embêté.
Et quel est ton problème ?
Ben, mardi soir c'est Kol Nidre.
En effet. Et donc ?
Ben, c'est à la même heure que Liverpool-PSG à la télé.
Et alors, tu n'as pas d'appareil pour enregistrer ?
Ah bon, je peux enregistrer Kol Nidre ?

Un prêtre vient chez le coiffeur.
Sa coupe faite, il demande : *combien je vous dois ?*
Rien répond le coiffeur. *Je ne fais pas payer les prêtres.*
Agréablement surpris, le prêtre part. Le lendemain, le coiffeur trouve à côté de sa porte douze bouteilles de bon vin.
Ensuite c'est un pope qui vient chez le coiffeur. Sa coupe faite, il demande : *combien je vous dois ?*
Rien répond le coiffeur. Je ne fais pas payer les popes.
Le pope s'en va, impressionné par l'amabilité du coiffeur.
Le lendemain, le coiffeur trouve à côté de sa porte douze bouteilles d'excellente vodka.
Quelques jours plus tard, un rabbin vient chez le coiffeur.
Sa coupe faite, il demande : *combien je vous dois ?*
Rien répond le coiffeur. Je ne fais pas payer les rabbins.
Le rabbin s'en va, tout content. Le lendemain, le coiffeur trouve à côté de sa porte douze rabbins.

Comme aurait dit Coluche : *non, non, je ne suis pas de droite mais je ne suis pas de gauche non plus, faut pas déconner*.
Votre « sensibilité » est-elle de droite ou de gauche ?
Quand un mec de droite n'aime pas les armes, il n'en achète pas.
Quand un mec de gauche n'aime pas les armes, il veut les faire interdire.
Quand un mec de droite est végétarien, il ne mange pas de viande.
Quand un mec de gauche est végétarien, il veut faire campagne contre les produits à base de protéines animales.
Quand un mec de droite est homo, il vit sa vie tranquillement.
Quand un mec de gauche est homo, il fait chier tout le monde pour qu'on le respecte.
Quand un mec de droite a loupé un job, il réfléchit au moyen de sortir de cette situation et rebondir.
Quand un mec de gauche a loupé un job, il porte plainte pour discrimination.
Quand un mec de droite n'aime pas un débat télévisé, il éteint la télé ou zappe.
Quand un mec de gauche n'aime pas un débat télévisé, il veut poursuivre en justice les cons qui disent des conneries. Le cas échéant, une petite plainte pour diffamation sera bienvenue.
Quand un mec de droite est non-croyant, il ne va pas à l'église, ni à la synagogue ou à la mosquée.
Quand un mec de gauche est non-croyant, il veut qu'aucune allusion à Dieu ou à une religion ne soit faite dans la sphère publique, sauf pour l'Islam.
Quand un mec de droite a besoin de soins, il va voir son médecin puis s'achète les médicaments.
Quand un mec de gauche a besoin de soins, il fait appel à la solidarité nationale.
Quand l'économie va mal, le mec de droite se dit qu'il faut se retrousser les manches et bosser plus.
Quand l'économie va mal, le mec de gauche se dit que ces sales patrons s'en mettent plein les fouilles et ponctionnent le pays et que les employés sont des victimes.
Test ultime : quand un mec de droite a lu ce test... Il le fait suivre aux amis pour les faire rigoler. Quand un mec de gauche a lu ce test, il ne le transfère surtout pas !

– Félicitations, c'est une fille ou un garçon ?
– Non, c'est la Pkeila...

Le billet d'humeur étudiant

Bonjour à tous,

Nous voilà de retour sur les bancs de la faculté pour entamer notre dernière année, essentiellement clinique. Pendant que certains se reposaient sur les plages de sable blanc de la Méditerranée, les plus courageux ont sacrifié leurs précieux congés pour se lancer dans leur premier remplacement.

On se rend rapidement compte que la gestion des soins est une chose, mais que cela se complique lorsqu'à cela s'ajoutent le téléphone, la stérilisation, le retard, les urgences, etc., sur un planning déjà complètement saturé.

Première difficulté rencontrée dès la rentrée : le stage actif. Nous devons faire un stage d'au moins 250 heures en cabinet pour valider l'année. Entre la recherche d'un praticien et les galères administratives, on découvre rapidement la complexité du système français : plusieurs statuts possibles pour exercer, des documents à fournir qui changent selon les personnes interrogées, des signatures à recueillir aux quatre coins de l'Ile-de-France... de quoi s'arracher les cheveux avant même de commencer à travailler !

Au centre de soins, nous commençons à aider les nouveaux étudiants de quatrième année à démarrer avec leurs premiers patients. On se souvient alors à quel point il était compliqué de poser sa première digue, de prendre sa première radio, etc.

Enfin, chaque lundi, nous assistons à des séminaires à la faculté qui ont pour but de nous préparer à la vie du cabinet : management, cas multidisciplinaires, hypnose, et nouvelles techniques peu ou pas abordées dans notre cursus. À cheval entre centre hospitalier et cabinet dentaire, cette année de transition s'annonce sportive.

Cyril Licha, Patrick Chelala, 6e année

La chronique de Nathalie

Homo archeologus

Nos confrères étaient présents !

Bien que le sujet vous intéresse, les livres d'archéologie vous ennuient ! Rien ne peut être plus grisant qu'une visite sur le terrain, avec les explications d'un guide passionnant et passionné par le sujet. C'est l'expérience qu'ont pu vivre certains de nos confères en novembre dernier lors d'excursions à Yaffo et Césarée, deux villes que je pensais connaître, avant d'avoir été guidée par notre talentueux guide David Ohnona. En effet, notre profession était largement représentée lors de ces excursions.

J'espère avoir pu transmettre à mes amis dentistes l'engouement que j'éprouve pour cette discipline qu'est l'archéologie, que j'ai eu la chance de découvrir en Israël !

Très concentrés, nos confrères Dov Seknazi, Martine Layani, Martine Kohane, Orly Giami, Guillaume Benqué, écoutent « religieusement » les explications, entrecoupées d'anecdotes du Dr David Ohnona, ex-responsable des IAA (Israël Antiquity Autority) et du Dr Uzi Ad, directeur des fouilles de Césarée (IAA). Ce dernier nous a également fait une conférence passionnante sur le site et nous avait préparé une exposition de certains trésors découverts sur place (lampes à huile, ustensiles de cuisine, pièces d'or…). Nous avons eu la chance de pouvoir les tenir en main. L'énergie et l'excitation apportées par le fait d'avoir pu toucher ces trésors n'a rien de comparable avec leur observation à travers la vitrine d'un musée !

Marilyne Palacci et Anne-Hélène Lassin ont pu prendre un peu de repos bien mérité, avant de repartir pour la suite de la visite.

Elie Attali et moi-même avons « volé » quelques instants pour prendre la pose, tout en buvant les paroles de notre guide David.

Il faut savoir qu'il existe en Israël des chantiers de fouilles permanents dont Tel Dor à Nahsholim, Césarée, le Mont du Temple à Jérusalem, Beit Shemesh, Tibériade ou Qumrân font partie. D'autres chantiers sont éphémères et ne durent que le temps nécessaire à vérifier que des trésors ne sont pas enfouis dans le sol, ou à les en excaver le cas échéant.

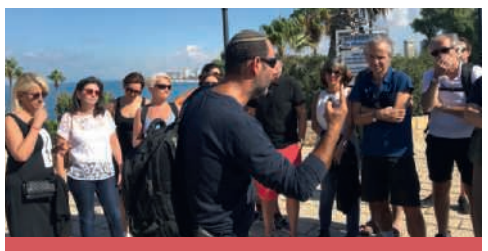
En Israël, lorsque vous achetez un terrain constructible, vous avez obligation de faire passer une équipe officielle spécialisée, à vos frais, avant de démarrer votre chantier. Si les fouilles qui y sont pratiquées ne révèlent rien d'extraordinaire, vous pouvez construire. Si, au contraire, il s'agit d'un lieu exceptionnel, vous serez exproprié et un terrain similaire vous sera proposé. C'est ce qui est arrivé à un riche propriétaire Russe qui avait acheté un terrain à Césarée, avec une l'idée de se faire construire une villa, avec une magnifique vue sur la mer ! Ce qu'il n'avait pas imaginé, c'est que les Romains avaient eu la même idée avant lui ! Rassurez-vous, un terrain similaire, avec une belle vue, lui a été proposé !

Nathalie et Elie Attali

Marilyne Palacci et Anne Hélène Lassin

David Ohnona et Uzi Ad

Dov Seknazi



Dov Seknazi, Guillaume Benqué, Martine Kohane, Martine Layani, Orly Giami

Dov Seknazi et Martine Layani

Vous pouvez, lors de vos séjours en Israël vous porter volontaire, en solo ou en famille pour participer et aider sur certains lieux de fouilles.

La Fondation Israël Archéologie (FIA), sous l'égide de la Fondation de Judaïsme Français, a été créée pour soutenir la sauvegarde et la conservation du patrimoine mondial de l'Humanité en levant des fonds, organisant des événements en France et des voyages et des excursions en Israël sur ce thème.

Ne restez pas spectateur, devenez acteur !
Suivez notre actualité et les dernières découvertes archéologiques via notre page Facebook : **Israël Archéologie - Culture & Éducation**.

Déduction fiscale possible.
Vous êtes assujettis à l'IFI et souhaitez nous soutenir, contactez Elie ATTALI, elie@attali.fr

Fondation ISRAËL ARCHÉOLOGIE Culture & Education

Chocolatez-vous !

Je me souviens du lait frémissant sur le feu, **le chocolat chaud** que mon père me préparait. Il est depuis resté ma madeleine de Proust. Les odeurs dont je me remémore m'ont laissé un souvenir profond. Je suis devenue au fil des ans une passionnée de chocolat et j'ai voulu faire partager ma passion en créant un club d'amateurs et de dégustateurs autour du chocolat.

Je n'en ai pas fait mon métier, mais pourtant, j'ai souhaité en apprendre davantage en suivant régulièrement durant des années, tous les quinze jours, le soir, des conférences sur le cacao à l'**IESA**, **Institut École Supérieure des Arts**. C'est ainsi, que j'ai rencontré des personnes partageant ma passion et mon enthousiasme et que l'idée de créer un **club de dégustation de chocolats** est née.

Nous nous réunissons tous les mois, soit dans la boutique d'un chocolatier, à la fermeture, soit dans une salle, soit chez l'un de nos membres, ou dans un restaurant, pour découvrir le travail des artisans chocolatiers qui défendent cette matière noble qu'est le cacao et qui luttent contre les nouvelles lois qui voudraient ajouter des matières grasses autres que le beurre de cacao, afin de réduire les coûts du chocolat.

Nos dégustations ne se limitent pas qu'au seul chocolat, mais nous faisons des alliances ou des accords vins et chocolats, whisky et chocolats, thés ou cafés et chocolats. Au moment des galettes des rois, nous recherchons le meilleur pâtissier qui fera la galette au chocolat, en été des glaces au chocolat….

Si vous êtes intéressés, venez faire connaissance avec nous et apprendre à déguster. Commencez par découvrir notre site **www.chocolatez-vous.net** et contactez-moi sur **France_chocolat@hotmail.com**

CHOCOLATEZ-VOUS

France Nahum Moatty
Présidente de Chocolatez-vous

53 % des Français sont attachés à l'Union Européenne pour **38 %** des Hollandais et **64 %** des Polonais.

Depuis 1990, la part des enfants âgés de moins de 5 ans victimes de sous-alimentation dans le monde est passée de **25 %** à **14 %**.

En France et aux Pays-Bas, ce sont les **18-25 ans** qui soutiennent le plus fortement l'extrême droite. En Allemagne et au Royaume Uni, ce sont les **50-64 ans**.

Plus de **40 %** des robots en service dans le monde sont utilisés dans l'industrie automobile.

26 % des Américains et **13 %** des Français ne lisent jamais de livre.

Depuis 2008, Walmart a versé **64** milliards de dollars d'impôts sur les sociétés aux États-Unis. Amazon en a payé **1,4** milliard.

Décès consécutifs à l'usage de drogues par millions d'habitants : **7** en France, **22** en Allemagne, **60** en Grande Bretagne et **312** aux États-Unis.

Combien de pays dans le monde ? **195** selon l'ONU et **211** selon la FIFA.

Tokyo et ses **13** millions d'habitants comptent **13 000** employés municipaux. Paris et ses **2** millions d'habitants en comptent **54 000** !

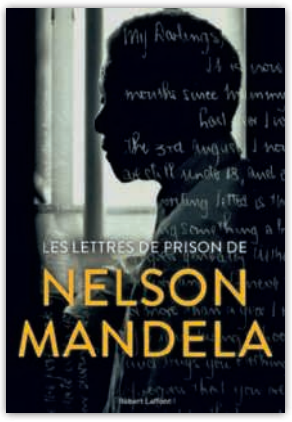
Pour **1500** dollars par mois, vous logez dans **26** mètres carrés à Manhattan, **30** à Paris et **158** à Shanghai.

Marie-Christine Laurent Casile

Mots-clés : chic, culture, voyages, kifs de luxe, humour. #EnjoyLoveShare www.ultimateglance.blogspot.com

Mandela, 8 leçons de leadership du plus grand leader moral

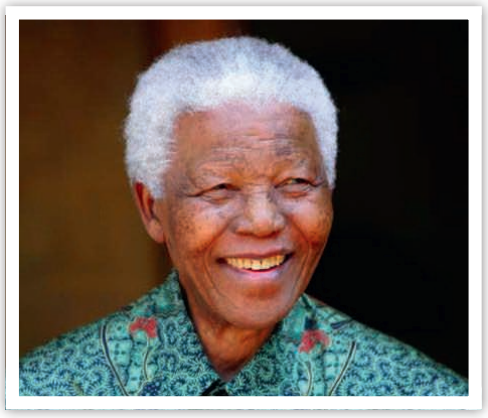
Le leadership et le mode de gouvernement de Mandela, légende absolue, et son histoire personnelle et politique nous obligent à nous demander comment nous pouvons améliorer le monde, écrivait Richard Stengel, directeur de la rédaction de Time* en 2008. Le héros sud-africain, 1er président noir de l'Afrique du sud, partageait 8 leçons de leadership, qui concilient respect, efficience et une autorité altruiste. Ses lettres de prison viennent de paraître, racontant plus encore que son autobiographie « Un long chemin vers la liberté », son parcours incroyable et surtout la puissance phénoménale du personnage, qui me fascine.



Le plus grand leader moral du monde (j'assume ce choix) a réfléchi à une vie de service et à ce que chacun d'entre nous peut apprendre. Il est ce que le monde a de plus proche d'un saint séculier, mais *il est le premier à admettre qu'il est un politicien et un maître tacticien. Il disait souvent qu'un problème n'était pas une question de principe, c'était une question de tactique*, écrit Stengel.

Les clés de Mandela, l'avocat activiste de l'ANC, qui va sortir son pays et le peuple noir de 40 ans d'apartheid, se comprennent en analysant ses 27 années de prison. Il a été incarcéré pour avoir dirigé la lutte armée et clandestine contre le ségrégationnisme. Sa détention s'est passée sur l'île de Robben Island, dans des conditions effroyables, notamment pour les 10 premières années : il a droit à une lettre tous les 6 mois (il garde tous les doubles de ses courriers, sachant la censure implacable et circonstances aggravantes, appliquée par des incultes). Il peut recevoir une visite tous les 6 mois (mais pas celle de ses enfants avant 16 ans), subi des humiliations permanentes, et vit des conditions d'incarcération iniques. Non violent, maîtrisant le verbe avec une autorité calme, il s'efforce de poser des limites à ses gardiens, pour leur faire comprendre le respect, et il apprendra leur langue pour pouvoir échanger avec eux.

Altruiste, et avocat, il plaide sa cause devant les autorités et aussi celle de ses codétenus. *Formidablement pacifique, il est rentré en prison émotif et entêté, et en a émergé équilibré et discipliné*, analyse Stengel. Lorsqu'il est libéré en 1990, il commence à négocier point par point avec le président Frederik De Klerk pour obtenir l'organisation d'élections au suffrage universel sur la base de « une personne, une voix ». Et en 1994, l'ANC remporta haut la main le scrutin, portant à la présidence l'homme qui avait été coupé du monde pendant presque trois décennies. Le premier président noir d'Afrique du Sud n'accomplit qu'un mandat, et se retira en 1999. Il est mort le 13 décembre 2013, à 95 ans, auprès de sa seconde femme Graca Matchell, la veuve du président du Mozambique. L'histoire retiendra aussi la petite et la grande histoire de Winnie, sa femme pendant toutes ses années d'incarcération, une personnalité controversée et puissante.



Mandela a aussi érigé le sourire, en arme pacifique de séduction et de conviction. Le sien était irrésistible, cultivons les nôtres.

Au cours de ma vie, je me suis entièrement consacré à la lutte du peuple africain. J'ai lutté contre la domination blanche et j'ai lutté contre la domination noire. Mon idéal le plus cher a été celui d'une société libre et démocratique dans laquelle tous vivraient en harmonie et avec des chances égales. J'espère vivre assez pour l'atteindre. Mais si cela est nécessaire, c'est un idéal pour lequel je suis prêt à mourir. **Mandela**

Je suis allée 3 fois en Afrique du sud, le pays me fascine, tout autant que son leader mythique. Alors collégienne, je me rappelle un débat familial à propos des oranges Outspan, aperçues par ma mère sur les étals d'un marché et dont la publicité exotique vantait les qualités. Ces fruits qui paraissaient anodins, émanaient de ce pays à la politique inadmissible, et mes parents et grands-parents à la conscience humaniste militante nous expliquèrent comment le boycott orchestré en Europe dans les années 70, contre cette compagnie, symbole de l'apartheid, était une façon de manifester contre la ségrégation en Afrique du sud. Je m'empressai de diffuser cette information au collège le lendemain où elle fut fort bien reçue, et occasionna un cours de géographie et d'histoire qui alimenta ma passion pour ses 2 disciplines totalement imbriquées. Je découvris aussi les beautés d'un pays que je rêvais de visiter plus tard. Peu de temps auparavant, un jeune chirurgien cardiaque Christiaan Barnard devient une star mondiale en réalisant en 1967 la première greffe du cœur dans un hôpital du Cap. Cela rendait le pays encore plus intéressant et intriguant. Il fallut attendre 20 ans pour que l'apartheid soit banni.

Une nation arc-en-ciel, en paix avec elle-même et avec le monde

En 1994, je fis la connaissance de merveilleux Sud-Africains, qui vivaient avec enthousiasme la mutation politique de leur pays, pour laquelle leurs familles (dont l'une était purement afrikaans, l'autre récemment installée) militaient activement. La nation arc-en-ciel, (au drapeau emblématique) était née. Il faudra plusieurs générations pour que chacun y trouve la place qui lui revient. J'y avais acheté anecdotiquement un magnet de Mandela, avec une chemise multicolore, boutonnée jusqu'au cou, un de ses signes de reconnaissance. Je l'ai gardé précieusement, comme un mémo de ses valeurs qui me sont chères.

Rappelons-nous ses 8 leçons de leadership, applicables dans toutes les situations de nos vies personnelles et professionnelles :

1 - Le courage n'est pas l'absence de peur. C'est inspirer les autres à aller au-delà
2 - Menez de l'avant, mais ne délaissez pas votre base derrière
3 - Diriger depuis l'arrière et laisser les autres croire qu'ils sont devant
4 - Connaissez votre ennemi et apprenez-en plus sur son sport favori
5 - Gardez vos amis proches, et vos rivaux encore plus proches
6 - Les apparences comptent, et souvenez-vous de sourire
7 - Rien n'est noir ou blanc
8 - Savoir abandonner, c'est aussi savoir mener

Vous avez envie d'en savoir davantage, ses livres sont précieux pour forger notre mental d'une manière positive. Et je vous souhaite d'avoir la chance de visiter l'Afrique du sud, je garde un souvenir ébloui du Cap et ses côtes sauvages, des vignobles, du bush et de la nature grandiose. Il faut que j'y retourne aussi pour voir des léopards en liberté, c'est le seul des Big 5 animaux qui m'ait échappé. Pour mieux m'inciter à y retourner.

** Time 21 juillet 2008*

DONNEZ UN NOUVEAU SOUFFLE À VOTRE CABINET DENTAIRE

EN ASSISTANT À NOS ATELIERS ET CONFÉRENCES

Alice MODOLO

Chirurgien-dentiste
Vice-championne du monde d'apnée
Record de France de - 88m de profondeur

Accélérez la performance de votre cabinet. Participez à nos conférences !

EXCLUSIF :
« Allier le dépassement de soi à son activité professionnelle » animée par Alice Modolo, vendredi 30 novembre sur le stand Julie.

COM-APADF2018-1806-03-A / www.agence-cwtc.com / Crédit photo : Azur Diving

CONGRÈS ADF 2018

STAND 3L18

Inscrivez-vous dès à présent (places limitées)

www.congresadf.julie.fr

Julie -SOLUTIONS-

Solide comme un roc

De larges indications
Une application des plus simples
Une esthétique étonnante

Injectez !

Stand ADF 1M02

G-ænial® Universal Injectable de GC

Composite de restauration
haute résistance

Indication : composite de restauration pour toutes les classes de cavité sans limitation de taille

Dispositif médical pour soins dentaires réservé aux professionnels de santé, non remboursé par la sécurité sociale. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation. Classe IIa.
Organisme certificateur : n°0086
Distribué par GC France

GC France
Tél. 01 49 80 37 91
info@france.gceurope.com
www.france.gceurope.com

GC

OFR052018