

UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2010

N°.....

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Benoîte DENIS

Née le 16 janvier 1980 à Angers

Présentée et soutenue publiquement le : 19 novembre 2010

***LA MÉDECINE POPULAIRE DES POUSSÉES DENTAIRES:
APPROCHES BIOMÉDICALE, ANTHROPOLOGIQUE ET
PSYCHANALYTIQUE***

Président : Monsieur le Professeur GARNIER François

Directeur : Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. SAINT-ANDRÉ
Pr. BAUFRETON
Pr. RICHARD

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER

Professeurs Émérites : Pr. GUY

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. CHAUVET, Pr. DAUVER, Pr. DENIS, Pr. DESNOS, Pr. EMILE, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESNEAU, Pr. GROSIEUX, Pr. GUNTZ, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM ABRAHAM Pierre	Physiologie
ARNAUD Jean-Pierre	Chirurgie générale
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
Mmes BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM BASLÉ Michel	Cytologie et histologie
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOYER Jean	Gastroentérologie ; hépatologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUPRIS Lionel	Chirurgie infantile
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DELHUMEAU Alain	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DUBAS Frédéric	Neurologie
DUBIN Jacques	Oto-rhino-laryngologie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention

	FOURNIÉ Alain	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
MM	FRESSINAUD Philippe	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GAMELIN Erick	Cancérologie ; radiothérapie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GESLIN Philippe	Cardiologie
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
	MILEA Dan	Ophthalmologie
	PARÉ François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	POUPLARD François	Pédiatrie
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	RACINEUX Jean-Louis	Pneumologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie

VERRET Jean-Luc
WILLOTEAUX Serge
ZANDECKI Marc

Dermato-vénéréologie
Radiologie et imagerie médicale
Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

MM ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
MM BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
BOUYE Philippe	Physiologie
CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM CRONIER Patrick	Anatomie
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
EVEILLARD Matthieu	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
GALLOIS Yves	Biochimie et biologie moléculaire
HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
M. LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
Mmes MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MM MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie
NICOLAS Guillaume	Neurologie
PAPON Xavier	Anatomie
Mmes PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
M PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PUISSANT Hugues	Génétique
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
MM SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
SIX Patrick	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
VERNY Christophe	Neurologie

décembre 2009

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur GARNIER François

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Membres du jury :

Monsieur le Professeur GINIÈS Jean-Louis

Monsieur le Professeur MOUILLIE Jean-Marc

Monsieur le Docteur MALKA Jean

Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean-François HUEZ,
merci pour ta confiance qui a porté la réalisation de ce travail,
merci pour ta critique et ton soutien,
merci pour l'idée de la médecine que tu défends.

À Monsieur le Professeur François GARNIER,
merci pour vos conseils et votre disponibilité,
merci d'avoir cru en l'intérêt de cette thèse.

Aux membres du jury,
Monsieur le Professeur Jean-Louis GINIÈS,
Monsieur le Professeur Jean-Marc MOUILLIE,
Monsieur le Docteur Jean MALKA,
merci d'avoir accepté de juger mon travail.
Soyez assurés de mon profond respect.

À Mesdames les Docteurs Chantal MASSON, Marie-Annick NEVEUR et Catherine DE CASABIANCA, qui ont bien souvent éclairé ma route.

À tous, merci pour la qualité de votre enseignement, qui accompagne si précieusement mon quotidien de médecin.

À Julien,
À Suzon et à cet enfant à venir,
À mes chers parents,
À mes chers frères et sœurs, Katell, Laurence, Thomas et Laurent,
À Lucie, Constance et Alistair
merci d'être là, avec toute mon affection.

TABLE DES MATIÈRES

<u>Introduction</u>	10
<u>Première partie: L'enfant, les parents, le médecin et la question des poussées dentaires</u>	12
1.1- L'enfant confronté aux poussées dentaires	12
1.2- Les poussées dentaires, une affaire de mère?	13
<i>La mère, « médecin du foyer »</i>	13
<i>La mère nourricière</i>	15
<i>Dent et séparation mère-enfant</i>	16
1.3- La place du père	18
<i>Le père et son enfant</i>	18
<i>Les nouveaux pères</i>	19
<i>La fonction paternelle</i>	20
1.4- Attitude des médecins face aux poussées dentaires	21
<i>La méconnaissance des médecins</i>	21
<i>Médecine et croyance: des liens ambigus</i>	22
<i>Le médecin face au savoir du patient</i>	25
1.5- Les maux de dents: un espace possible d'expression	27
<u>Deuxième partie: Savoir et pratiques populaires relatifs à l'éruption des dents de lait</u>	29
2.1- Les maux de dents	29
2.1.1- Précocité et retard d'éruption des dents temporaires	29
<i>Rappel concernant la physiologie de la dentition humaine</i>	29
<i>Les superstitions relatives aux dents natales et néonatales</i>	30
<i>Les dangers liés à la précocité de l'éruption</i>	30
<i>Le retard d'éruption ou la question de la norme</i>	31
<i>Autres croyances</i>	31
2.1.2- La sémiologie de la poussée dentaire	31
<i>Aperçu historique: les maux de dents, une histoire de plus de 5000 ans</i>	31
<i>Un lien entre poussée dentaire et symptômes pour les patients</i>	33
<i>Qu'en est-il pour les professionnels de santé?</i>	33

<i>Les symptômes de la poussée dentaire: du savoir populaire à l'incertitude scientifique</i>	35
a) Les manifestations locales	35
b) Les manifestations systémiques	38
c) Les troubles du comportement	42
<i>La sémiologie des poussées dentaires: mythe ou réalité?</i>	43
2.2- Poussée dentaire et sevrage de l'allaitement maternel	43
2.2.1- De la succion à la mastication, vers une alimentation nouvelle	43
2.2.2- La dent et le sevrage ou la fin du corps à corps de l'allaitement	44
<i>De l'allaitement au sevrage: la question de l'agressivité</i>	45
<i>Du sein nourricier au sein érotique</i>	45
2.3- Les pratiques médicales populaires relatives aux poussées dentaires	47
2.3.1- Qu'est ce que la médecine populaire?	47
2.3.2- Les remèdes	49
<i>Les massages de la gencive</i>	50
<i>L'incision de la gencive</i>	51
<i>Les cataplasmes</i>	51
<i>Le clou dans le mal</i>	52
<i>Les objets de dentition</i>	53
<i>Les colliers de dentition et les amulettes</i>	55
<i>La taupe</i>	57
<i>L'homéopathie</i>	59
2.3.3- La dévotion aux Saints protecteurs et guérisseurs	60
<i>Le culte de Sainte Apolline</i>	60
<i>Les cultes des autres Saints guérisseurs</i>	63
2.3.4- Le recours aux guérisseurs	64
<u>Troisième partie: Représentations associées aux dents</u>	66
3.1- Les dents et la vie	66
3.1.1- L'éruption des dents, une étape de la croissance	66
<i>Achèvement du corps de l'enfant</i>	66
<i>Les dents utiles</i>	67
<i>Les dents, rites de passage</i>	68
<i>L'enfant devient un être social</i>	69

3.1.2- Dents et sexualité	69
<i>Poussée dentaire et fertilité</i>	69
<i>Cavité buccale et sexualité</i>	70
3.2- Les dents et la mort	70
3.2.1- Les poussées dentaires: une menace pour l'enfant	70
<i>Éruption dentaire et mortalité infantile</i>	70
<i>Sevrage et perte de l'enfant symbiotique</i>	71
3.2.2- Les dents et la déchéance	72
<i>Les dents de la souffrance</i>	72
<i>La perte des dents chez le vieillard</i>	73
<i>Les dents destructrices</i>	74
3.3- Les dents agressives	76
3.3.1- Le stade oral	76
<i>Une étape de la sexualité infantile</i>	76
<i>Succion vampirique et succion cannibalique</i>	77
3.3.2- De l'agressivité dans la relation parents-nourrisson	78
<i>L'agressivité du nourrisson</i>	79
<i>L'agressivité de l'adulte envers le bébé</i>	80
<i>De ce tabou</i>	82
3.3.3- La morsure	83
<i>Le contexte</i>	83
<i>La condamnation culturelle de la morsure</i>	84
3.3.4- Les dents dans l'univers du conte	85
<i>L'histoire de Lisa</i>	85
<i>Du loup à l'ogre: la question de l'oralité mise en scène dans le conte</i>	86
<i>La fonction de ces êtres fantastiques</i>	88
<u>Conclusion</u>	90
<u>Références bibliographiques</u>	91

Introduction

La rencontre avec les patients en médecine générale m'a permis de découvrir un monde dont j'avais totalement méconnu l'existence durant mes études: celui de la médecine populaire. Parallèlement aux soins que proposaient les médecins, je réalisais non sans étonnement, que de nombreux patients avaient recours à une médecine bien différente de celle qui m'avait été enseignée. Ainsi, parmi d'innombrables exemples, les patients m'apprenaient qu'ils faisaient conjurer leur zona, manipuler leur entorse, couper le feu de leur brûlure, magnétiser leur cancer. Les nourrissons portaient des colliers de dentition, les personnes âgées souffrant d'hémorroïdes manipulaient des marrons d'inde, les problèmes dermatologiques s'amélioraient grâce à l'application de sel. J'apprenais également l'existence de pathologies dont la symptomatologie m'était totalement inconnue: dartres, carreau, vers, poussées dentaires, etc. Loin d'être l'unique recours possible, le médecin figurait en fait comme un soignant, parmi de nombreux autres, depuis la grand-mère détentrice de remèdes thérapeutiques, jusqu'au grand-oncle au don de conjureur, en passant par le voisin réputé pour ses talents de guérisseur.

Comment avais-je pu ignorer jusque là l'existence de cette médecine populaire? La formation hospitalo-universitaire qui était la mienne, avait probablement concouru à occulter cette réalité, me proposant le modèle unique d'une médecine scientifique, dont je percevais pourtant les imperfections et les limites. Toujours est-il qu'à l'heure où de nombreux médecins voulaient croire en un modèle de science expérimentale pour la médecine, la survie de ce savoir populaire empirique et irrationnel me toucha profondément. Il me sembla qu'il témoignait de la résistance des patients à cette biomédecine, de l'insoumission du sujet à l'objectivation. Le travail en groupe Balint (groupe d'analyse de la pratique) fut à ce moment, essentiel pour moi: restituant au patient sa pleine dimension de sujet, il m'offrit la possibilité de prendre conscience des représentations avec lesquelles je fonctionnais pour m'ouvrir finalement à celles des patients.

L'intérêt pour la question plus spécifique de l'éruption des dents de lait est né là encore de la rencontre des patients et principalement des mères. Celles-ci m'ont fait part de leurs connaissances et de leurs interrogations à ce sujet et m'ont permis de découvrir les multiples pratiques thérapeutiques auxquelles elles avaient recours pour soulager les poussées dentaires de leurs enfants. Ces femmes m'ont ainsi témoigné de l'importance que cette question revêtait à leurs yeux. J'ignorais quant à moi tout du sujet, la médecine scientifique dont j'étais issue n'y accordant que peu d'attention. Pourquoi les patients étaient-ils à ce point touchés par cette question? Difficile de le dire. Il y avait en tout cas très certainement quelque chose à en apprendre. La lecture des écrits de Françoise Loux, ethnologue ayant étudié la médecine populaire dans la société française traditionnelle, a renforcé ma curiosité à ce sujet. Son ouvrage *L'ogre et la dent* a particulièrement nourri et inspiré mes recherches. Il me semble enfin important d'ajouter que mon propre vécu de mère ne fut pas sans influencer mon intérêt pour cette question. Le choix de consacrer mon travail de thèse à ce sujet intervint de manière tout à fait inopinée quelques jours après la percée de la première dent de mon enfant! J'en pris conscience quelques temps plus tard: à l'image de nombreuses mères, j'étais donc moi aussi touchée par cette question. Cette position renforça cependant mon souci d'objectivité.

Avant toute chose, j'aimerais par l'intermédiaire de ce travail, témoigner de la richesse et de la vivacité encore actuelle de la médecine populaire. Après avoir évoqué le lien que chacun des protagonistes confronté à la question des poussées dentaires (parents, enfant, médecin) entretient avec ce sujet, cette recherche consistera à décrire le savoir et les pratiques populaires relatifs à l'éruption des dents lactéales. Une analyse, reposant sur la confrontation de diverses approches (biomédicale, anthropologique et psychanalytique), en sera ensuite proposée afin de dégager les principaux enjeux et les représentations associés à l'éruption des dents de lait. L'objectif de ce travail sera de témoigner combien l'attention du médecin au savoir et aux représentations du patient, même dans un domaine aussi anodin en apparence que celui des poussées dentaires, peut être source d'enseignement, notamment pour saisir les enjeux de la relation parent-enfant.

I. L'enfant, les parents, le médecin et la question des poussées dentaires

1.1- L'enfant confronté aux poussées dentaires



Premières dents

L'enfant est bien entendu le premier concerné par cette question des poussées dentaires: c'est dans sa bouche, support de ses toutes premières expériences sensorielles, dont l'importance est capitale, que se produit le grand chambardement de la poussée dentaire. Ainsi, le nourrisson subit les possibles désagréments liés au cheminement de la dent dans la mâchoire, puis découvre les sensations de cette pointe rugueuse débordant de la gencive. Une fois la dent sortie, l'enfant va explorer puis exploiter toutes les potentialités de ce nouvel attribut. Pour tenter de saisir la portée de cette aventure, Simone Scoatarin, psychothérapeute et orthophoniste, propose d'entrer dans la peau de ce nourrisson: elle tente de lui restituer la parole,

espérant que la traduction approximative de ce vécu ne trahira pas ce bébé. Voici un aperçu de ses propos (1):

« Me voici équipé de quelques dents, en capacité de mordre, et une personne à laquelle je tiens beaucoup - ma maman - vient de m'offrir quelque chose que je ne connais pas; elle m'invite du sourire et du geste à le croquer, à le mâchouiller avant de l'avalier, et elle approuve ce que je fais; ça a plutôt bon goût, bien qu'au début ce soit assez encombrant dans la bouche (...).

A vrai dire, tout ce qui passe à ma portée, un coussin, un bout de tissu, tout et n'importe quoi, je m'en empare si je peux et je poursuis mes explorations buccales, enrichies désormais du fait que j'ai des dents. Tiens, ça c'est pas vraiment bon! En plus, malgré mon insistance, pas moyen d'en détacher des morceaux! Et c'est en procédant comme ça que je commence à découvrir ce qui est comestible de ce qui ne l'est pas, et encore bien d'autres qualités du monde qui m'entoure: le mou, l'élastique, le résistant, l'inattaquable, le liquide, etc.

Grâce à mes dents, j'éprouve, je teste l'environnement mais aussi mon propre corps. Petit à petit, je prends conscience de celui-ci. En mordant! Quand ça me fait mal, c'est à moi, sinon c'est pas à moi. Ainsi, cette main, ce pied que je me fourre dans la bouche, font partie de ma personne puisqu'à les mordre, je ressens une douleur. Sans compter que mes dents, je peux aussi m'abstenir de les utiliser: suçoter mes orteils, c'est le pied, les mordre, pas du tout!

Mais mordre, comme c'est curieux, ça permet aussi d'avoir moins mal. Quand je souffre le martyr avec mes gencives gonflées par ces dents qui cherchent à percer, la personne qui s'occupe de moi, elle le sait que ça me soulage de mordre: elle me donne des trucs exprès, un peu durs, mais pas trop; c'est pas des trucs qu'on peut manger parce que c'est trop gros pour être avalé et en plus, c'est pas bon! C'est juste pour mordre.

Parfois, ces trucs ou d'autres, quand je les mords, ils couinent et la personne que je vous ai dit, elle est tout sourire quand ça arrive (...). Par contre, si je la mords, elle, cette personne, ou bien l'autre, celle qui vient interférer dans notre relation, alors là, ça se gâte

vraiment en général. Ces deux personnes ne me sourient plus, plus du tout, et ça n'a pas l'air de leur plaire: elles froncent les sourcils, font les gros yeux et la grosse voix et je comprends très bien qu'il y a un problème, même si je ne saisis pas du tout lequel (...).

Je commence à entrevoir que ce que je fais avec les dents sera bien ou mal considéré selon l'objet sur lequel je les exerce: très appréciées voire favorisées sur certains objets, mes morsures ne le sont pas sur ces deux individus, qui pourtant, il faut l'avouer ont assez bon goût dans la bouche et sous les dents, même si les morceaux ne sont pas détachables... Tout cela est bien compliqué!

Généralement vers cette époque, pour rendre ma tâche un peu plus difficile, ces deux-là m'enseignent et avec un plaisir évident à approcher ma bouche – mais sans les dents! - de leur pomme de figure et à faire, à son contact, du bruit avec mes lèvres – je ne sais pas encore qu'on appelle ça un baiser, très apprécié dans leur culture. J'apprends donc, simultanément et au moyen des mêmes organes, à effectuer des actes aux antipodes les uns des autres, certains leur procurant une extrême satisfaction, d'autres leur déplaisant tout aussi intensément. Comment s'y retrouver là dedans? »

Cette petite incursion imaginaire de l'adulte dans la pensée du nourrisson, permet d'appréhender ce qu'induit pour l'enfant, la percée des dents: modification de son alimentation, nouvelles possibilités d'exploration de son environnement, vécu de sensations corporelles inédites, support d'interaction et maîtrise d'un certain pouvoir sur son entourage, etc. C'est donc toute une petite révolution physique et psychique que celle des poussées dentaires, qui s'opère. Elle enrichit les possibilités d'échange et d'exploration du tout petit avec son environnement, tant matériel qu'humain.

Forte de son expérience acquise auprès des jeunes enfants, Simone Scoatarin a tenté de reconstituer le discours de ce nourrisson. Mais en réalité, cet enfant est *infans* en cela qu'il n'est pas encore pourvu de parole. Décrypter les émotions propres de cet enfant, ses désirs ou ses plaintes n'est donc pas chose évidente. De multiples occasions, comme autant d'écueils, s'offrent aux parents ou plus largement aux personnes qui l'entourent (nourrice, soignants, et autres intervenants) de projeter sur l'enfant l'interprétation de l'adulte, le discours de ce que l'on croit être le vécu de l'enfant. Le risque est bien celui d'évacuer l'enfant en tant que sujet porteur de ses propres affects. Il incombe aux adultes qui accompagnent l'enfant et tout particulièrement aux soignants, d'être attentifs au respect de son vécu, afin que s'articulent et ne se confondent pas les positions de chacun (2).

1.2- Les poussées dentaires, une affaire de mère?

La mère, « médecin du foyer »

Tous les soignants intervenant auprès de la petite enfance peuvent en témoigner: les mères occupent une place singulière en ce qui concerne la santé de leurs enfants. Ce sont elles qui le plus souvent recueillent les symptômes présentés par l'enfant, échafaudent les hypothèses diagnostiques, apportent les soins, prennent rendez-vous et accompagnent leurs enfants auprès du médecin de famille. Actrices indispensables du soin en pédiatrie, intermédiaires précieuses de la relation médecin - enfant, elles se positionnent en véritable

« médecin du foyer ». Pour quels motifs les mères occupent-elles (et à l'instar des pères) cette place? Plusieurs lectures, biologiques, historiques, sociologiques ou psychanalytiques apportent leurs hypothèses explicatives. La réponse est probablement à la croisée de ces chemins.



Mère et enfant, carte postale, début 20ème s.

C'est avant tout au cœur même du biologique, au plus profond du physiologique, dans l'inégale répartition humaine de la fonction de reproduction qu'on peut saisir la spécificité de la position maternelle. Fécondation, nidation, gestation, naissance puis allaitement sont les étapes initiales indispensables au développement physiologique de l'individu. C'est dans le corps maternel, puis en lien étroit avec ce dernier, que se concentrent ces fonctions essentielles des premiers instants de la vie biologique. Cette fonction de reproduction favorise la création d'un lien intime entre la mère et son enfant.

La sociologie révèle par ailleurs que les mères sont notablement investies dans le soin de leurs enfants, en raison du rôle singulier qu'elles occupent au sein du foyer familial. Les études récentes mettent en effet en évidence, malgré une timide évolution des comportements, une implication nettement prépondérante des mères dans la réalisation des travaux domestiques (3). Ainsi, les femmes en couple consacrent encore aujourd'hui deux fois plus de temps que leur conjoint, à la réalisation de ces tâches (4) et ce, même lorsque les deux conjoints sont salariés (5). Nombre de ces travaux concourent de près ou de loin, à promouvoir la santé physique et mentale de la famille (cuisine, ménage, éducation, soins médicaux destinés aux enfants, etc.) (6).

Cette répartition inégalitaire du travail domestique est probablement en partie héritée du fonctionnement traditionnel de la cellule familiale, dans lequel la femme se consacrait au soin des enfants et à la gestion du foyer. Cette implication actuelle dans la réalisation des tâches domestiques (et notamment celles dédiées à la santé), pourrait résulter d'une transmission culturelle, à travers les âges, du rôle occupé par la femme, depuis nos mères jusqu'à nos plus lointaines grands-mères... La préoccupation des mères pour leur enfant a pris, selon les époques, des formes et des expressions diverses, fonction notamment des conditions de vie parfois très rudes des familles, mais elle est restée en substance, la même (7). Au cours du XIXème siècle, cette implication des femmes en matière de santé s'est sensiblement intensifiée. En réaction à une mortalité infantile jusqu'alors effroyable et devenue insupportable, émergea à ce moment la puériculture médicalisée d'inspiration pastorienne. Ce courant établit les règles qui constituaient la « bonne manière » d'élever un enfant. Parallèlement, fut tenu un discours culpabilisant pour les mères : « lait insalubre », « air froid », « défaut d'hygiène », « maillot trop serré », sirop de pavot (destiné à maintenir l'enfant endormi quand la mère partait au travail), abandon des nourrissons aux nourrices,

furent parmi les principales causes de mortalité invoquées, qui auraient pu et dû être évitées par les mères. Ces dernières furent alors disqualifiées et accusées d'être responsables de la mort de leurs enfants, mortalité qu'on attribuait jusque là, à la fatalité, à la volonté divine (7). Les mères d'aujourd'hui, surinvesties dans la santé de leurs enfants, porteraient-elles encore le poids de la culpabilité de leurs aïeules?

La psychanalyse a largement décrit l'importance de la fonction maternelle quant au développement psychique de l'enfant. Elle a mis en évidence la richesse et la complexité des interactions entre mère et enfant, aussi bien dans les étapes de vie intra, qu'extra-utérines, renforçant l'idée d'un lien éminemment singulier entre la mère et son enfant. Pour Donald Woods Winnicott, pédiatre et psychanalyste, la « mère ordinaire normalement dévouée » à son enfant passe par une phase de « préoccupation maternelle primaire », période recouvrant les derniers mois de la grossesse et ceux qui suivent l'accouchement, durant lesquels elle « fait alors preuve d'une étonnante capacité d'identification à son bébé, ce qui lui permet de répondre à ses besoins fondamentaux comme aucune machine ne peut le faire et comme aucun enseignement ne peut le transmettre » (8).

Toujours est-il que ces éléments confèrent à la mère une place privilégiée dans la gestion et la promotion de la santé, aussi bien au sein de la cellule familiale que dans l'interaction de celle-ci avec les professionnels de santé. Concernant les poussées dentaires, c'est bien la mère qui, avant même que le nourrisson n'ait ressenti les prémices de l'éruption dentaire, attend, guette, traque cette première dent. Elle connaît mieux que quiconque les signes annonciateurs de l'éruption: « il bave », « sa gencive se dédouble », « sa mâchoire blanchit ». Si la première dent tarde à sortir, c'est souvent elle qui s'impatiente. En témoigne la rencontre avec une jeune mère qui, à l'occasion d'une consultation auprès de son médecin généraliste, se désolait que son enfant âgé de dix mois n'arbore aucune dent. Elle avait raconté à son médecin, comment, depuis un après-midi passé avec des amies, elles-mêmes jeunes mamans, elle s'était aperçue que seul son fils n'avait pas encore de dent. Depuis cet instant, elle passait plusieurs fois par jour la pointe de son index, dans la bouche de l'enfant, afin de voir si cette première dent était enfin sortie. Cela semblait manifestement l'angoisser. Elle focalisait ainsi ses inquiétudes sur cette dent qui n'en finissait pas d'arriver, venant par ce biais questionner la normalité de son enfant... Ce à quoi le médecin avait répondu, pensant la rassurer: « Ça viendra, ne vous inquiétez pas. Vous en avez vu beaucoup, vous, des adultes dont les dents n'ont pas poussé?! »

Si la mère est donc d'emblée sensibilisée à la question médicale, la problématique des poussées dentaires va, semble-t-il, pour deux raisons précises, tout particulièrement la toucher.

La mère nourricière

En premier lieu, l'éruption de la dent vient bousculer la mère dans l'une de ses fonctions majeures: celle de mère nourricière. Une des toutes premières fonctions maternelles, sinon chronologiquement la première, est celle de la nutrition de son enfant. In utero, la circulation sanguine maternelle nourrit, via les échanges placentaires, le fœtus. Cette alimentation s'interrompt à la naissance, avec le décollement placentaire et, symboliquement, avec la section du cordon ombilical. Un grand intérêt était d'ailleurs, jusqu'à la médicalisation récente de l'accouchement, réservé au placenta délivré. Françoise Loux, ethnologue française,

nous rappelle par exemple qu'on avait coutume d'enterrer en Anjou le placenta fertilisant du nouveau né, auprès d'un arbre ou d'une fleur (9). Outre cette vertu nutritive, on lui attribuait un pouvoir régénératoire de la peau et notamment des angiomes cutanés surnommés « envies », que l'on pensait contractés par le fœtus, en raison d'un désir maternel inassouvi. Aujourd'hui encore, la croyance en un pouvoir nutritif et réparateur du placenta perdure: il n'est pas rare de rencontrer, en salle d'accouchement, une mère réclamant un extrait placentaire, afin d'en réaliser une préparation homéopathique, censée « fortifier » l'enfant et éventuellement les autres membres de la famille.



Une fois la période intra-utérine achevée, c'est parfois au sein de la mère que l'enfant va s'alimenter. Par le passé, à l'exception des jeunes enfants issus de familles aisées confiés aux seins des nourrices, les enfants étaient exclusivement nourris au sein maternel. Aujourd'hui encore, avec l'allaitement maternel, l'alimentation continue de passer par le corps de la mère: le sein prend le relais du cordon, le lait, celui du fluide vital. Certes, l'allaitement artificiel a changé la donne en offrant une alternative au sein. Pourtant, même allaité au biberon, l'enfant est porté dans les bras de sa mère, baigné de sa chaleur, de son regard et de ses mots doux: le corps de sa mère continue donc symboliquement de le nourrir.

Maternité, Pablo Picasso
Lithographie, 1963

Jadis, c'était l'éruption de la dent qui déterminait la fin de cette période, le terme de ce corps-à-corps nutritionnel et le début du sevrage (10). Aujourd'hui, même si sevrage et poussée dentaire ne sont plus forcément corrélés, cette représentation reste présente dans les esprits (11). L'expression « dent de lait » évoque d'ailleurs l'association étroite unissant première dent et allaitement. La dent de lait est en effet celle qui a grandi grâce au lait, principale nourriture de l'enfant. Son éruption, qui marquait hier le temps du sevrage, continue encore aujourd'hui de symboliser dans les représentations une séparation du bébé et de sa mère (10). C'est un changement qui s'opère pour l'enfant. C'en est également un pour la mère qui doit renoncer à cette place de toute-puissance, à cette exclusivité vis à vis du nourrisson. Certaines sublimeront cette faculté en devenant de véritables cordons (ombilicaux) bleus!

Dent et séparation mère-enfant

Le second élément accompagnant l'éruption dentaire qui concerne particulièrement la mère, est la question de la séparation de la dyade mère-enfant. Catherine Isserlis, pédopsychiatre, nous décrit la genèse de cette entité mère-nourrisson: « Aux premiers pas de

la vie, la fécondation commence par une suite d'effusions, fusion des corps, des sexes, des gamètes, puis vient la symbiose fusionnelle du fœtus dans le corps de la mère » (12). Durant la grossesse, les corps de l'enfant et de la mère sont intimement mêlés, au point de ne faire qu'un.

Les croyances populaires illustrent d'ailleurs cette étroite liaison. Il est admis que le sexe du fœtus peut se lire dans le corps maternel, nous rappelle Françoise Loux: « Ventre pointu, enfant fendu; Ventre rond, garçon » dit le proverbe. Le masque de grossesse indique la venue d'un garçon. Une peau belle et lisse, celle d'une fille. Les gestes machinaux de la femme fournissent également des indices pour prédire le sexe de l'enfant: ainsi la femme se servant plus spontanément du côté droit de son corps porte généralement un garçon, celle utilisant davantage son hémicorps gauche donnera naissance à une fille (9).

Les actions de la mère influencent également le fœtus. La croyance *des envies* évoquée précédemment, est l'une des plus enracinée. Voici l'histoire d'Odile, patiente âgée d'une quarantaine d'années consultant son médecin généraliste. Ce dernier, après s'être entretenu avec la patiente, proposa de l'examiner. Odile commença à se dévêtir, mais alors qu'elle déboutonnait sa chemise, le médecin perçut chez elle un certain embarras. Il lui fit donc la proposition de garder sa chemise. Odile hésita, puis se décida finalement à la retirer, laissant apparaître un grand angiome du tronc. La couleur, intense, rappelait celle du coulis de framboise. « J'ai ça de naissance », lui dit-elle gênée, en désignant son angiome. La patiente évoqua sa difficulté à porter cette tâche, qu'elle gardait secrète. Puis vinrent les questions sur la nature, l'origine de cette lésion. Le médecin apporta ses réponses scientifiques, de médecin scientifique. Odile avait une tout autre explication. Une explication qui faisait sens pour elle: « Je crois que c'est la faute de ma mère » déclara-t-elle. « Enceinte, elle a eu envie de quelque chose, mais elle n'a pas comblé son désir. Ça a causé cette tâche ». De ce désir inassouvi, elle ne savait rien. Pourtant cela l'avait marquée dans son corps et l'affectait encore aujourd'hui. Cette rougeur n'était pas celle d'un angiome, mais bien celle d'une « tâche » inscrite sur sa peau, comme la trace indélébile d'un désir maternel coupable, d'une mémoire honteuse et ineffable... Pensant qu'on ne se libère que des fantômes que l'on connaît un peu, le médecin lui témoigna qu'il serait peut-être important pour elle, de saisir ce qui c'était passé là, pour sa mère... Le silence se fit. Puis le médecin reprit la suite de son examen clinique.

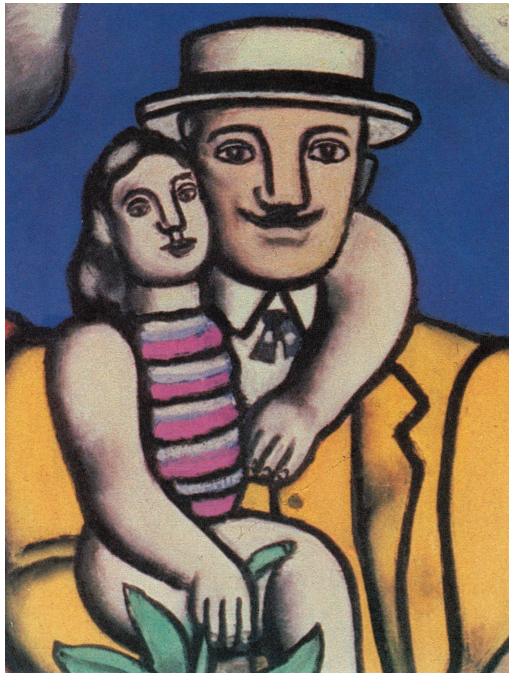
« L'importance et la persistance de cette croyance aux envies s'expliquent par sa profonde signification symbolique » écrit Françoise Loux. Elle montre la future mère comme un être inassouvi et insatisfait, en proie à des désirs étranges, qui ne sont reconnus que pour être « condamnés, sanctionnés par un châtement imprimé sur le corps de l'enfant » (9). Le corps de la mère et de l'enfant forment une unité: ce qui arrive à l'un, marque l'autre.

L'allaitement au sein permet, après la naissance, le maintien du lien étroit entre les corps. Pour le nouveau-né, la mère, le sein et lui ne font qu'un. Durant cette période, poursuit Catherine Isserlis, « le sein fait pont entre deux corps qui se complètent encore ». Puis petit à petit, au rythme des tétées, mettant sans cesse en scène ce processus de séparation/retrouvailles, la dé-fusion des corps va prendre forme, permettant à l'enfant de distinguer « la mère qui *est* le sein », puis celle qui « *a* le sein » (12).

L'éruption dentaire vient, à cet instant, marquer symboliquement l'heure du sevrage et la fin de cette intimité des corps. C'est alors avant tout un processus psychique qui s'opère,

bouleversant le rapport à l'objet qui vient d'être séparé. Pour l'enfant, il s'agit d'une étape essentielle sur le chemin de son individuation (13). Pour la mère, ce renoncement à la fusion n'est possible que si elle consent à investir en l'enfant, son altérité. L'apparition de la première dent vient donc marquer ce temps crucial du détachement, cette indispensable séparation, nécessaire à l'individuation. Catherine Isserlis le résume en ces mots: « Être à l'écoute de l'attachement, c'est être au service du détachement parce que c'est la qualité du lien qui garantit l'autonomie donnée par le détachement. C'est cela, le jeu entre la mère, l'enfant et le sein: permettre à un enfant de comprendre le bon vécu dans l'être-ensemble, que ce soit dans le prénatal ou dans le postnatal; cette force-là est à lui et lui appartient pour toujours et même s'il s'en éloigne. (...) Il faut du temps pour construire progressivement, mais sans retour, une dé-fusion qui laisse l'un et l'autre, l'enfant et la mère, suffisamment intègres et aptes à construire des relations, c'est à dire à s'attacher, à se détacher et à se (re)co-naître » (12).

1.3- La place du père



Détail du tableau *Les Loisirs - Hommage à Louis David*,
Fernand Léger
Peinture à l'huile sur toile, 1848-1849
Paris, Musée national d'Art moderne

Le père et son enfant

Le père se sent-il concerné par cette question des poussées dentaires? A première vue, l'implication du père dans les interactions précoces avec son enfant lors de la grossesse puis des premiers mois néonataux, est très différente de celle de la mère. Plusieurs auteurs s'accordent pourtant à reconnaître que les pères sont confrontés à un processus de maturation depuis le désir d'enfant, jusqu'aux premiers mois du post-partum, les conduisant au même titre que les mères, à la parentalité. Geneviève Delaisi de Parseval, psychanalyste et consultante en bioéthique, en fait

la démonstration dans son travail de recherche. S'appuyant sur de multiples entretiens effectués avec des pères, elle a mis en lumière la similarité des fantasmes des hommes et des femmes face à la procréation, décrit les remaniements psychiques ainsi que les phénomènes de couvade que de nombreux pères expérimentent et qui témoignent de l'expression de la paternité dans leur corps. Elle rapporte l'intense investissement de nombreux pères durant tout le processus de l'enfantement, depuis le désir d'enfant jusqu'à leur relation à l'enfant une fois né, en passant par la grossesse et l'accouchement (11). « Nous avons affaire ici, ajoute l'auteur, à un comportement absolument analogue à celui que, chez la femme, D. Winnicott a appelé la préoccupation maternelle primaire. Il s'agit ici de *préoccupation paternelle primaire* ». Rares sont cependant les voix qui reconnaissent une telle place aux pères, préférant considérer la procréation et la puériculture comme des domaines spécifiquement féminins.

L'apport de l'anthropologie révèle que la reconnaissance d'une prépondérance féminine dans le processus d'enfantement s'appuie, certes sur des données physiologiques, mais émane également de représentations propres à notre société. « Il existe en effet dans chaque société de véritables *théories de la conception* qui, bien que n'ignorant en général pas la réalité physiologique, prennent avec elle des « libertés » qui sont loin d'être neutres » souligne Geneviève Delaisi de Parseval. Ainsi notre société occidentale considère que la procréation repose quasi exclusivement sur la mère. Le père intervient initialement et de façon ponctuelle lors du coït fécondant, pour disparaître aussitôt après. La mère pourvoit ensuite à tous les besoins du fœtus. Le père ne réapparaîtra que bien plus tard, lors de la socialisation de l'enfant. A l'exception de l'acte initial de fécondation, le père est donc considéré comme inutile (voire dangereux, si l'on considère l'interdit des relations sexuelles jadis prôné durant la grossesse). A l'inverse, dans d'autres sociétés non occidentales (notamment chez de nombreux Indiens d'Amérique du Sud), la mère est considérée comme simple réceptacle du fœtus. La semence paternelle figure comme l'unique constituant de l'embryon au moment de la conception. Certes, la femme porte et met au monde l'enfant, mais c'est bien le sperme du père qui est censé nourrir l'enfant durant toute la grossesse. Le père (et non la mère) est également soumis à des tabous alimentaires et comportementaux très stricts. Ailleurs, on considère que père et mère contribuent à parts égales à la croissance du fœtus. L'enfant est considéré comme le fruit d'un long processus mêlant de manière répétée sang menstruel et sperme et non d'un rapport sexuel unique (11).

Ces différentes théories se situent bien au niveau du système de représentation et non à celui de la réalité physiologique. « Celle-ci est, en effet, tantôt ignorée, tantôt connue mais déniée, tantôt connue mais doublée d'un système fantasmatique parallèle ». Or, poursuit Geneviève Delaisi de Parseval, « le système actif, c'est à dire celui qui rend compte de la parentalité, c'est le système symbolique de représentation ». Dans la théorie occidentale, l'implication du père est donc minimisée, voire niée. La société a fait de la grossesse et de l'accouchement les moments essentiels et irremplaçables des interactions précoces avec l'enfant, que le père ne pourra jamais avoir (11). La société aurait-elle conduit à l'évincement du père?

Les nouveaux pères

La seconde moitié du XX^{ème} siècle a vu cependant émerger une figure parentale inédite: celle du nouveau père. Né de l'évolution des mœurs et considéré comme très différent de ses prédécesseurs, ce personnage est un jeune père, qui change les couches de son petit, lui donne le bain, le biberon, le promène, le garde et n'hésite pas à lui manifester toute sa tendresse (14). Ces nouveaux pères remettent en fait en question le concept classique de parentalité qui attribue à chaque parent une position spécifique et immuable, distribuant des fonctions définies autour de l'opposition père/mère. Ces pères, en quête de nouveaux repères éducatifs, interrogent la légitimité d'une telle opposition (13).

Pourtant, ce qui semble nouveau chez ces pères n'est pas tant l'attention et la tendresse qu'ils manifestent envers leurs enfants, que l'évolution du regard que la société pose sur eux. « La tendre affection à l'égard du très petit enfant existait autrefois chez beaucoup de pères, mais on la cachait. De même que les femmes vivaient en leur mari, par procuration, leurs rapports avec la société, de même les hommes vivaient en leur femme, par procuration, leurs

rappports avec le petit enfant», relate Michèle Ménard professeur d'histoire et auteur d'un ouvrage collectif sur l'Histoire des pères et de la paternité (14). Ce qui change, c'est la place et la considération que petit à petit la société entend accorder au père. « Le père de demain, poursuit Geneviève Delaisi de Parseval, ce sera simplement un homme à qui l'on rendra, face au bébé et à l'enfant, les réactions complexes et ambivalentes qu'on a, jusque-là, réservées à la seule mère » (11). Bien des éléments conditionnent cependant l'éclosion de ce père. Le plus essentiel d'entre eux, étant bien entendu l'attitude de la mère.

Le nouveau père est bien souvent ironiquement qualifié de « papa-poule ». Ce volatile, dont la fonction est principalement de pondre puis de couvrir ses œufs, rappelle bien entendu de manière caricaturale la mère. L'enjeu pour le père n'est pourtant pas de ressembler à la mère, mais bien de définir et d'assumer sa propre conception de la parentalité. Si la place du père tend aujourd'hui à évoluer pour être réhabilitée, pour autant, la fonction paternelle, celle en tout cas de *faire tiers*, reste inchangée. Aujourd'hui, l'évolution de la société consent à ce que les fonctions maternelle et paternelle soient exercées, aussi bien par la mère que par le père, voire alternativement (15). Le père peut par exemple, prodiguer des soins corporels à son enfant, endossant alors une fonction maternelle, puis assumer l'instant suivant, une fonction séparatrice. L'essentiel étant, pour l'enfant, que soient représentées ces deux fonctions distinctes et complémentaires.

La fonction paternelle

Comme cela a été souligné, l'émergence des premières dents lactéales, faisant référence au sevrage, sonne symboliquement pour la mère le temps d'une séparation. A première vue donc, les poussées dentaires n'auraient pas pour le père, la résonance qu'elles ont pour la mère. Le père est d'ailleurs, depuis la conception, le premier étranger, le tiers principal de la dyade mère-enfant. C'est en fait précisément en cela que l'émergence de la dent le touche: cette dent, qui met à distance, fait justement écho à sa fonction. Le père est en effet l'acteur principal du processus de dé-fusion et d'individuation de la mère et de l'enfant. Il ne peut donc rester indifférent à cette question des poussées dentaires.

Ceci est d'autant plus vrai si l'on considère que la fonction paternelle ne se résume pas à séparer et intervient bien avant l'époque du sevrage. D'abord, le père assume une fonction d'appui, d'étayage de la fonction maternelle. Il soutient en effet la mère dans son investissement au bébé, dans sa phase de « préoccupation maternelle primaire » (16). Il supporte également ce que Salomon Resnik, psychiatre et psychanalyste, nomme la *fonction pont* du père. A l'image d'un pont qui réunit et sépare tout à la fois, cette fonction, semblable à un espace, autour et entre la mère et son enfant, permet le double mouvement de relier et de séparer. « Le pont paternel permet de rejoindre la rive au delà de la fissure, de rejoindre l'objet, de passer de la fusion à l'identité sans tomber dans le gouffre de la séparation » (16) .

L'allaitement (qui met sans cesse en scène le processus de séparation – retrouvailles) est rendu possible grâce à cette fonction paternelle. Marie-Aimée Hays, psychologue, souligne que dans l'espace ouvert et protégé par le père, « la mère peut respecter le nouveau-né qui essaie de venir vers elle, y réagir pour que le bébé la trouve (...), ou aller vers l'enfant au bon moment pour qu'ils puissent alors agir selon le même rythme » (17). Cet espace, où se déploient les mouvements réciproques de la mère et de l'enfant lors de la tétée, introduit l'idée

d'un tiers qui joue le rôle de liant entre la mère et l'enfant. La fonction pont du père se trouve garante de l'allaitement, car elle protège la mère et le bébé « des angoisses d'envahissement, de mélange, d'absorption, ou au contraire de l'angoisse de ne jamais se contacter, angoisses activées lors des premières expériences de l'allaitement » souligne Marie-Aimée Hays (17).

Les pères ont donc de multiples raisons de s'intéresser aux poussées dentaires. Reste finalement peut-être à la société de les entendre.

1.4- Attitude des médecins face aux poussées dentaires



The Doctor, Sir Luke Fildes
Huile sur toile, 1891
Tate Gallery, Londres

La méconnaissance des médecins

Les études médicales, à l'image de la discipline médicale, sont riches et complexes. Elles offrent aux étudiants la possibilité d'explorer les différentes facettes de la médecine, de découvrir le fonctionnement, les dysfonctionnements et les interactions des multiples organes du corps humain. L'enseignement des deux premiers cycles des études médicales est principalement dispensé par des médecins spécialistes hospitaliers. Ces médecins qualifiés accueillent et soignent des malades souvent lourdement atteints par leurs

pathologies. L'enseignement qu'ils transmettent aux étudiants est nécessairement imprégné de ce quotidien. L'étudiant, en stage dans les services hospitaliers, côtoie également cette réalité et s'imprègne des modalités diagnostiques et thérapeutiques qui sont proposées à ces patients. Au terme du deuxième cycle des études médicales, les étudiants auront les connaissances théoriques requises pour diagnostiquer et traiter les pathologies les plus rares et les plus délicates.

Dans ce contexte, la rencontre de la médecine générale est souvent étonnante pour les étudiants. Car dans cette discipline, il n'y a le plus souvent ni grands syndromes ni traitements compliqués et les patients ne sont même pas forcément malades! De plus, aussi fournies soient les études médicales, il y a des choses, beaucoup même, de « petites choses », que l'on n'apprend pas aux étudiants, mais qu'une fois face au patient, les soignants se sentent bien désarmés de ne pas connaître. Ce qui caractérise ces petites choses, c'est qu'elles sont sans gravité pour le patient. Pour beaucoup, elles ne relèvent même pas de la pathologie. L'intervention du médecin est quasiment sans conséquence quant au cours évolutif de ces événements. Voici à ce sujet, les propos d'un étudiant, recueillis à l'issue d'une de ses toutes premières consultations, en stage de médecine générale. Son histoire pourrait être qualifiée d'anecdotique, mais à en croire le souvenir cuisant qu'il en garde, il n'en est rien. Cet étudiant

recevait pour sa visite du quatrième mois un nourrisson. Le petit garçon arborait un joli sourire édenté et se portait comme un charme. L'étudiant commençait, de son côté, à trouver ses nouveaux repères de soignant: la consultation se passait plutôt bien. Jusqu'au moment où, la mère l'interrogea quant à l'âge et à la localisation d'apparition des premières dents lactéales. Une sensation de chaleur gagna à cet instant le visage du jeune médecin et un sentiment de gêne l'envahit: lui qui connaissait sur le bout des doigts l'anatomie du corps calleux, le fastidieux cycle de Krebs ou encore la sémiologie et le traitement du syndrome de Gougerot-Sjögren, n'avait pas la moindre idée de l'âge moyen d'éruption de la première dent de lait! Pire! Il ne s'était même jamais posé la question. Il avait beau chercher encore et encore dans sa mémoire, fouiller les moindres recoins de sa cervelle: rien ne lui venait. Et pour cause, il ne l'avait jamais appris. Il n'avait d'ailleurs jamais imaginé que cela put avoir une quelconque importance!

Soigner un patient présentant une rhinopharyngite, examiner un enfant qui a les « pieds qui tournent », accompagner un allaitement maternel, sont autant de situations que l'on n'aborde pas ou peu durant les études médicales. Ces connaissances, qui paraissent souvent insignifiantes dans le corpus médical, font pourtant le quotidien du médecin généraliste. C'est probablement en cela qu'est déroutante la rencontre avec la médecine de soins primaires. De fait, on entend régulièrement dans le discours des étudiants qu'ils ne se coltineront pas toutes ces années d'études pour faire, au final, de la « bobologie », sous-entendu de la médecine générale. Et pourtant, pour les patients, il ne s'agit pas de « petites bricoles » mais bien de questions importantes. Pour le médecin qui fait le choix d'accompagner les patients, au fil de leurs interrogations, au gré de leurs symptômes, ces petits riens sont chargés de sens et prennent toute leur importance, pour qui veut bien y être attentif. C'est ce qui fait que la médecine n'est jamais de la « bobologie ».

On peut enfin souligner que la dichotomie des études de médecine et d'odontologie contribue probablement à renforcer le désinvestissement des médecins, des connaissances concernant la dentition. Les médecins sont peu concernés par la physiopathologie de l'odontologie, considérant que ce domaine appartient aux dentistes. Mais ces derniers n'ont pas non plus vocation à accueillir les nourrissons sur leurs divans d'examen!

Médecine et croyances: des liens ambigus

Les représentations et le savoir des patients concernant les domaines de la physiologie, et de la pathologie ne laissent jamais les médecins véritablement indifférents. Le savoir du patient, souvent qualifié de croyance, suscite en effet auprès des professionnels de santé divers sentiments (amusement, agacement, mépris, incompréhension, etc.). Si cette question les touche singulièrement, c'est probablement que médecine et croyance entretiennent des liens intimes. C'est peut-être dans l'avènement même de notre médecine, dite scientifique, qu'il faut rechercher ce lien.

Si la médecine, en tant que réponse humaine à un sujet souffrant est immémoriale, c'est à la période hippocratique, que la médecine dite scientifique va véritablement émerger. Ce qui fonde les bases de cette médecine, c'est qu'elle va s'affranchir des croyances préalablement existantes. Hippocrate va en fait rompre avec le divin, en rejetant les superstitions qui attribuaient les maladies à des causes surnaturelles, à un ordre moral. Cette

rupture va permettre l'établissement d'un savoir, non plus empirique, mais scientifique, basé sur une étude rationnelle d'observation du corps, de la maladie et du malade (18). Cette mise à distance des croyances va bien entendu s'opérer et se poursuivre de manière lente et progressive, pour s'accélérer au XIXe siècle.

On voit donc comment notre médecine hospitalo-universitaire, encore appelée « médecine savante » est née en opposition, en rupture, avec le domaine de la croyance. Et pourtant, comme nous le dit François Laplantine, anthropologue, croire en une médecine scientifique, en un corps humain universel, en un déterminisme biologique seul, n'est-ce pas encore croire? Le modèle de la science expérimentale n'est-il pas un leurre pour la médecine? Si la médecine poursuit aujourd'hui une ambition scientifique, elle ne peut se réduire à être une science: son objet d'étude n'est justement pas un objet, mais bien un sujet, constitué d'un corps et d'un esprit mêlés, uniques et donc par essence non universalisables. C'est là toute l'ambivalence de cette médecine dite « scientifique » (19).

Finalement, l'amusement ou les réactions parfois plus épidermiques exprimés par certains médecins face au savoir des patients et à leurs recours aux soins alternatifs, n'auraient-ils pas à voir avec cette ambivalence inhérente à notre médecine? Voici les propos d'un médecin qui illustreront justement cette idée. Ce dernier, à l'occasion d'une séance de formation médicale continue abordant les relations médecin-patient-guérisseur, avait déclaré avec véhémence, que s'il apprenait qu'un de ses patients traité par ses soins pour un zona, consultait parallèlement un « coupeur de feu », il le sommerait fermement de lui « rendre son Zelitrex » (traitement antiviral précédemment ordonné par le médecin)! Ses mots, teintés d'une profonde agressivité, laissaient entrevoir en miroir, la violence qu'il pouvait éprouver face à une telle situation. Cette réaction quasi viscérale semblait dépasser la lutte intestine contre l'imposture d'un charlatan. N'était-elle pas plutôt à entendre comme la réponse défensive d'un soignant face à la violence suscitée par la prise de conscience brutale d'une dimension subjective et suggestive du soin, qu'il avait refoulée? Isabelle Stengers, philosophe, souligne la sensibilité de cette question par ces propos: « L'astrologue ne hante pas l'astronome, l'alchimiste ne hante pas le chimiste. Dans le cas de la médecine, la référence au charlatan reste centrale » (20). Le médecin ne reste pas indifférent lorsque « son » patient a recours aux soins parallèles. Tantôt agacé, tantôt amusé, tantôt bouche bée, le médecin est de toute façon touché par cette question. Cela n'est pas sans lui rappeler la dimension profondément subjective du patient auquel il a affaire, mais que son modèle scientifique, expérimental et rationnel, ne parvient à intégrer (18). Pour François Laplantine, c'est d'ailleurs cette subjectivité, laissée de côté par le modèle de Claude Bernard, qui est revenue avec d'autant plus de violence qu'elle avait été réprimée, permettant un « engouffrement des médecines parallèles dans cette faille » (19).

Si notre médecine s'est construite en se libérant de certaines croyances, on peut douter qu'elle en soit totalement dépourvue. En effet, rien n'est moins sûr. Aussi scientifique soit l'objectif qu'elle poursuit, la médecine a en permanence affaire à l'imaginaire (18): au sien tout d'abord (croyance en un modèle de science expérimentale, sentiment de toute-puissance, concept de guérison, etc.), à celui du patient ensuite et bien entendu à celui du médecin qui, aussi professionnel qu'il soit, n'en est pas moins un homme. Claude Lévi-Strauss, anthropologue, le dit en ces termes: « Les mythes sont inlassables et font retour là où on les attend le moins, dans la science par exemple ». Il faut, à ce propos, noter l'imprégnation de la mythologie grecque dans la terminologie médicale, actuellement usitée. Simone Gerber,

pédiatre, fait l'inventaire des nombreuses dénominations faisant effectivement référence à cet héritage mythique (21): la morphine, héritée de Morphée, divinité qui endort les mortels, l'hygiène que nous devons à Hygié, fille d'Asclépios, personnifiant la santé et la prévention des maladies, l'atlas ou première vertèbre cervicale en référence au Titan Atlas qui soutenait la voûte céleste, en passant par le complexe d'Œdipe, le tendon d'Achille, ou encore le caducée, figurant le serpent d'Épidaure s'enroulant sur le bâton d'Asclépios.

Le patient dispose d'un savoir populaire relié à la santé et à la maladie qui se distingue du savoir scientifique. Son savoir, à la différence du savoir scientifique, entre en cohésion avec son système culturel. Les connaissances scientifiques que possède le patient ne sont, de plus, que partielles et limitées. Dès lors, comme le souligne Raymond Massé, anthropologue, la décision d'adhérer au système de la médecine scientifique constitue pour le patient un véritable acte de foi, au moins équivalent à celui de se confier aux mains du guérisseur! La décision de suivre ou non les prescriptions du médecin nécessite une confiance aveugle du patient. « Cette confiance est telle, ajoute l'auteur, que l'individu en vient à faire des gestes jugés illogiques dans d'autres circonstances: se déshabiller sans poser de questions devant l'étranger-thérapeute, se soumettre sans dire un mot à des investigations douloureuses ou accepter sans réaction des traitements aux conséquences graves, telles les chimiothérapies ou l'amputation d'un membre » (22).

Le médecin, quant à lui, ne peut s'extraire du bain culturel dans lequel il vit ni s'affranchir de l'héritage historique sur lequel il s'est construit. Sa pratique médicale n'est pas exempte des modes de pensée et des pratiques qui lui ont été transmis par les générations antérieures (21). En témoigne un article paru en 2001 dans la Revue du Praticien, médecine générale, intitulé *Agitation nocturne de l'enfant: des oxyures!* Cet article traitant de l'oxyurose, attribuait pêle-mêle, comme symptômes associés à la parasitose, outre le classique prurit anal, des troubles du comportement (à type de cauchemars, d'énurésie, d'onychophagie), des convulsions, un infléchissement des résultats scolaires et des complications à type de migration hépatique, ovarienne, ou encore transcutanée (23). Un an plus tard, et dans la même revue, un second article, intitulé *Avoir des vers*, traitant lui aussi de cette vermineuse, venait contredire ces propos, attribuant la plupart de ces symptômes, à des croyances populaires, comparativement aux données de la science (24).

Les médecins ont également besoin d'appuyer leurs pratiques sur des théories. Certaines d'entre elles sont scientifiquement validées. D'autres, relèvent encore aujourd'hui de l'empirisme, d'un apparent bon sens qui n'a pas toujours valeur d'exactitude. Ainsi, au sujet de la symptomatologie associée aux poussées dentaires, les médecins argumentent souvent que l'éruption dentaire favoriserait une inflammation des muqueuses ORL, permettant le développement concomitant d'un agent infectieux et donc d'une fièvre, d'un rhume, voire d'une otite. Pour d'autres, l'éruption dentaire engendrerait une modification du pH du tractus digestif, provoquant par la même occasion diarrhée et érythème fessier. Avec objectivité, tous savent bien que rien de scientifique ne soutient de telles théories. Malgré cela, les soignants fonctionnent eux aussi avec leurs propres représentations. Celles-ci permettent une rationalisation, un apaisement des angoisses du patient, tout autant que celles du soignant, face à ce que nous ne maîtrisons pas, à ce qui nous est inconnu, à ce qui échappe (19).

Enfin, les médecins ont, tels des guérisseurs, recours quotidiennement à de nombreux rituels (que l'on pourrait qualifier de magiques). Certains ont une fonction conjuratoire de leur

propre angoisse (rituels des préparatifs du chirurgien avant l'intervention, de la visite du « patron » dans les services hospitaliers, etc.). D'autres viennent également apaiser l'anxiété des patients (rituels du déroulement d'une consultation, de l'examen de la nuque chez un enfant fébrile, etc.).

Le médecin face au savoir du patient

Pour les professionnels comme pour les usagers du système de santé, le constat est là: les soignants, pris par le temps ou par le souci de « bien faire », appliquant rigoureusement leurs connaissances scientifiques, s'intéressent assez peu aux diverses connaissances et représentations du patient concernant sa maladie, sa santé, ses soins. Parmi les médecins, beaucoup ignorent, voire dévalorisent le savoir profane du patient, considérant ses représentations comme fantaisistes et ses traitements comme des « remèdes de bonne femme », cocasses et d'un autre temps. « Remède de bonne femme »... l'origine étymologique supposée de cette expression en dit long sur l'évolution du savoir médical. Pour certains, il serait en effet question de « bonne fame » (du latin *bona fama*), c'est à dire de remèdes de bonne renommée, bien famés. Tombés en désuétude avec l'avènement du savoir médical scientifique, ces remèdes auraient ironiquement été relégués aux « bonnes femmes » et un glissement étymologique aurait remplacé *fame* par *femme*. Pour de nombreux linguistes, cette hypothèse n'est cependant pas valable: c'est selon eux bien de *femme* dont il serait question, mais ces remèdes auraient tout simplement suivi la courbe dépréciative de l'expression « bonne femme », passant des traitements dispensés par des femmes de sagesse et d'expérience au 17^{ème} siècle, à ceux des « gourdes » d'aujourd'hui (25).

Il est important de noter que la majorité des symptômes, quelle que soit leur gravité, ne sont pas exprimés à des professionnels de santé, mais sont pris en charge par l'intéressé lui-même ou par un membre de son entourage. Les estimations à ce sujet varient: ainsi, seul un tiers (26) à un septième (27) des symptômes ou épisodes morbides seraient présentés à un médecin. Ce constat nous amène à reconnaître l'existence d'un travail sanitaire profane (c'est à dire assuré par des non-professionnels) et donc d'un savoir médical populaire concernant la santé, le corps, la maladie et le soin.

Raymond Massé souligne que « loin d'être un amalgame hétéroclite d'explications relatives à la nature et aux causes de la maladie, le savoir populaire se structure autour de modèles explicatifs qui sont fondés sur une véritable science étiologique populaire » (22). Le savoir populaire est en effet un système construit sur des rationalités, qui se distinguent de la rationalité scientifique. Ces rationalités sont contextualisées, c'est à dire conditionnées par le contexte culturel, social et individuel du sujet. Cette logique populaire a également certaines limites et on tolèrera par exemple facilement que certaines théories populaires soient contradictoires ou ne fonctionnent qu'avec certains individus et pas avec d'autres. Malgré cela, le savoir populaire offre une signification et une possibilité d'interprétation de la maladie pour le patient. Il permet à l'individu de « donner un sens à ses propres désordres, de comprendre pourquoi et comment tel désordre l'affecte, à tel moment de sa vie, dans tel contexte ou telle circonstance », ajoute Raymond Massé.

Ce savoir est issu de trois principales sources. La première est non professionnelle, se rapportant à des conceptions véhiculées à travers les discussions des divers membres du

réseau social. La seconde est professionnelle, incluant les modèles explicatifs transmis par les thérapeutes professionnels, par l'éducation ou par les médias. La dernière source est individuelle et est constituée des connaissances que génère l'individu lui-même via ses propres expériences et observations (22).

Le travail profane de santé regroupe une infinité de tâches, dont on peut citer les actes destinés à créer les conditions requises à la santé (se laver, se nourrir, se chauffer, s'aimer, etc.), ceux destinés au soin des malades (réalisation de diagnostics, choix des thérapeutiques, surveillance des malades ou encore administration des traitements), à l'éducation pour la santé ou encore aux relations avec les professionnels du soin (transmission d'information, choix du professionnel, etc.). Ces tâches, prises isolément, peuvent paraître déconnectées les unes des autres. Cependant, elles poursuivent toutes le même objectif: concourir à la constitution d'individus autonomes, dans un état physique et psychique optimum (6).

Pourtant lorsqu'on fait référence à l'offre de soin, on pense presque exclusivement aux professionnels de santé, ne laissant aux non-professionnels, qu'une place de consommateurs passifs de soin (6). Il y a là un paradoxe, mais reconnaître ce savoir populaire constitue un risque pour le médecin: celui de partager et donc de perdre sa suprématie, son pouvoir. Le médecin qui reconnaît la légitimité de ce savoir profane, abandonne en effet la place du maître face à l'élève ou celle du père face à l'enfant. Il reconnaît dans le patient, un sujet détenant des connaissances complémentaires aux siennes et capable lui aussi de réflexion et de décision (28). S'ouvrir à cet alter ego n'est pas toujours chose facile pour le professionnel: cela implique nécessairement de se remettre en question, de se laisser pénétrer par la pensée d'autrui, d'accepter de faire avec ce qui vient de l'autre, mais ne pré-vient pas toujours. Ce partage des connaissances, s'il est efficace, permet d'accéder à une co-décision du médecin et du patient. Cela a des répercussions très concrètes en médecine, notamment dans l'amélioration de l'observance du traitement médicamenteux (29). L'histoire de Jean-Pierre offrira un contre-exemple parfait. Jean-Pierre est un patient âgé de cinquante ans, qui consulte son médecin en raison d'un rhume. Son médecin diagnostique une rhinopharyngite et prodigue quelques conseils d'usage. Alors que Jean-Pierre s'apprête à partir, sur le seuil de la porte, il dit au médecin qu'il a oublié de lui montrer quelque chose. Sa femme, précise-t-il, voudrait qu'il profite de la consultation, pour qu'on jette un coup d'œil à une rougeur, qu'il a au dessus de la cheville. Soulevant la jambe de son pantalon, il offre à découvrir au médecin un érysipèle. Le médecin s'étonne: comment se fait-il que Jean-Pierre consulte pour un simple rhume, alors qu'il a une infection qu'il juge bien plus importante à la jambe? Mais cette rougeur ne préoccupe guère Jean-Pierre et d'ailleurs, il a beaucoup moins mal depuis la veille. Le confrère lui prescrit des antibiotiques et quelques soins locaux. La consultation s'achève ainsi. Une semaine plus tard, Jean-Pierre retourne voir son médecin car il a toujours de la fièvre. Il a en fait interrompu précocement ses antibiotiques: ayant consulté la veille de la première consultation médicale, « une bonne femme », qui lui a « coupé le feu », il n'a pas jugé utile de les poursuivre jusqu'au bout. Le médecin réalise alors qu'il est resté campé sur son savoir scientifique et le patient, sur le sien. Ils n'ont pas partagé leurs connaissances. Cela a abouti à un échec thérapeutique.

Trop souvent, le savoir profane est mésestimé car les connaissances auquel il fait appel sont jugées par comparaison au savoir médical scientifique à qui l'on attribue valeur de vérité. C'est faire fausse route que d'appréhender la question de la sorte. D'abord, nous l'avons vu, le savoir scientifique ne peut prétendre à un tel fantasme d'exactitude: si les connaissances qui le

constituent sont en effet limitées et susceptibles d'évolution, elles sont également imprégnées de croyances. Dès lors, ne serait-il pas plus pertinent de considérer le savoir sanitaire profane, non pas en opposition au savoir scientifique, mais en complémentarité de ce dernier? Au lieu d'en proposer une lecture en terme d'erreurs, ne pourrait-on s'attacher à analyser ce savoir du point de vue de la cohérence et de la cohésion qu'il apporte, au sein d'un ensemble de connaissances, de représentations et de références profanes (6; 22)? La finalité de la connaissance médicale (profane et professionnelle) ne serait plus alors le traitement d'une maladie en tant que réalité biophysique, mais bien le soin efficient et global d'un individu, en cohérence avec ses représentations et son système de pensée.

1.5- Les maux de dents: un espace possible d'expression

Les médecins s'intéressent donc peu à la problématique des poussées dentaires: ils en connaissent mal la physiologie et les éventuelles expressions pathologiques associées leur échappent souvent. Et si ce manque d'intérêt, ce défaut de connaissance médicale était en fait un atout pour la consultation? Et si le fait même que le médecin ne sache pas, pouvait pour une fois, être une chance pour le nourrisson et son parent? Cette hypothèse peut paraître étonnante, mais dans cette problématique des dents, où ne se joue aucun enjeu en terme de morbidité grave, la faible implication du soignant et sa méconnaissance du sujet, vont en fait permettre de favoriser l'expression de la dyade (ou de la triade). Le savoir peut parfois fermer l'échange entre médecin et patient: le médecin « qui sait » n'a pas besoin de s'enrichir de la connaissance de l'autre, puisqu'il sait. Au contraire, celui qui est en position de ne pas savoir (dans une certaine mesure et à la condition de ne pas être trop déstabilisé par cette situation), peut se retrouver dans une dynamique différente, d'ouverture, d'écoute attentive du patient et de son savoir (savoir populaire médical, savoir du parent sur son enfant, savoir du patient sur lui même). Ainsi, peut s'ouvrir un espace où il devient possible pour le nourrisson comme pour son parent d'exprimer chacun leurs affects, leurs plaintes et les enjeux de la relation parent-enfant. Le parent peut également se saisir de cet espace de liberté pour être acteur du soin de son enfant et s'inscrire au moyen d'une thérapeutique populaire, dans une tradition familiale ou dans une identité culturelle, en cohérence avec ses représentations et son système de pensée.

Ainsi, à l'occasion d'une consultation, une mère avait signalé au médecin que sa fille Louise venait d'avoir sa première dent. Alors que le médecin constatait effectivement la sortie de la première incisive du nourrisson, la mère s'était mise à évoquer leurs premiers mois de vie commune. Elle avait expliqué combien les quatre premiers mois passés avec Louise (qui en avait maintenant six) avaient été difficiles, « à cause des dents qui la travaillaient ». Ainsi, la petite fille pleurait sans cesse, de jour comme de nuit, avec un cri qui l'agressait. En journée, elle ne voulait rien manger et portait à la bouche tout ce qui passait devant elle. La nuit, elle avait toujours faim. Les parents étaient désespérés. La situation avait trouvé un apaisement au cinquième mois de l'enfant « grâce au collier d'ambre ». Depuis, une relation de confiance s'était instaurée entre Louise et sa maman. Toutes deux semblaient avoir trouvé une certaine sérénité. D'ailleurs cette première dent était sortie sans encombre, avait ajouté la mère. C'était une amie de la mère qui, forte de l'expérience du collier pour ses propres enfants, lui avait donné ce « bon conseil ». Le médecin, pour qui ces difficultés semblaient plus en lien

avec une difficulté relationnelle entre la mère et l'enfant, n'avait cependant pas cherché à remettre en question l'implication des poussées dentaires dans la genèse de ces troubles. Il avait écouté, manifesté sa surprise quant à l'effet inattendu du collier, puis s'était adressé à la petite Louise, toute calme et attentive, lui disant que cette période n'avait pas dû être facile pour elle et sa maman, que ça n'était pas toujours facile d'être parent ou d'être enfant, que chacun faisait de son mieux. Il avait terminé en ajoutant qu'il était là pour les aider, elle et sa maman, si elles se trouvaient à l'avenir, à nouveau en difficulté. Si l'explication des poussées dentaires n'était probablement pas à l'origine de tous ces maux, si les véritables raisons de ces difficultés étaient sans doute restées latentes, c'est à dire hors du champ de la conscience maternelle, cette consultation avait malgré tout permis à cette mère d'évoquer (et donc de mettre un peu à distance) les difficultés de sa relation avec sa fille, l'ambivalence de ses sentiments, sa difficulté à être mère, sa crainte de ne pas être à la hauteur... Cette question des poussées dentaires avait été le support somatique d'un échange entre Louise, sa mère et le médecin.

Le point de départ de la consultation en pédiatrie est le symptôme et le corps de l'enfant. Les symptômes les plus fréquemment rencontrés (régurgitation, tortillement, troubles du sommeil, pleurs, refus d'alimentation), que l'on nomme parfois aujourd'hui « colique du nourrisson », « pleurs inexplicables », « poussée dentaire » ou encore « reflux gastro-œsophagien », (autrefois, on aurait plutôt parlé de « faire ses poumons » ou d'« avoir des vers ») ont une description nosographique et physiopathologique imprécise. Prenant des aspects et des sévérités différentes, ils relèvent souvent de la physiologie, parfois de la pathologie. Sont-ils l'expression d'un dysfonctionnement physique ou d'un malaise psychique? Ils incarnent probablement les deux, car à l'évidence, *psyché* et *soma* sont indissociables.

Par ailleurs, les symptômes qui amènent parents et bébé à consulter ne sont pas uniquement ceux de l'enfant, car comme le dit Donald Woods Winnicott: « un bébé (seul), cela n'existe pas »! Pour Sylvain Missonnier, psychologue et psychanalyste, ces symptômes sont en fait ceux de la dyade (de la triade) qui fonctionne comme une « unité psychosomatique », le bébé venant exprimer avec son corps des troubles psychiques et conflictuels en lien avec son environnement. Dès lors, le symptôme est « polysémique », exigeant une « compréhension plurielle » et l'utilisation parallèle et superposée de plusieurs grilles de lecture (30). Ainsi, les symptômes présentés par le nourrisson (reflux gastro-œsophagien (31), coliques (32) ou encore troubles du sommeil (33)) peuvent être porteurs d'un sens dont l'interprétation doit nécessairement prendre en considération la triade. Le corps du nourrisson pourra alors devenir un terrain d'expression, notamment des troubles de la relation parent - enfant.

II- Savoir et pratiques populaires relatifs à l'éruption des dents de lait

2.1- Les maux de dent

2.1.1- Précocité et retard d'éruption des dents temporaires

Rappel concernant la physiologie de la dentition humaine

La denture humaine résulte de la succession de deux dentitions. La première se déroule en moyenne entre 6 et 30 mois et aboutit à la mise en place de 20 dents temporaires, également appelées dents caduques, déciduales ou dents de lait. L'éruption des dents temporaires suit le plus souvent la même séquence avec une chronologie moyenne selon les individus qui est la suivante (34):

- . incisives centrales inférieures puis supérieures entre 6 et 8 mois
- . incisives latérales inférieures puis supérieures entre 8 et 12 mois
- . premières molaires entre 12 et 18 mois
- . canines entre 18 et 24 mois
- . deuxièmes molaires entre 24 et 30 mois

Avec le temps et sous l'influence des dents définitives sous-jacentes, les racines des dents temporaires plus fragiles vont progressivement se résorber. C'est le phénomène de rhizalyse, qui aboutit à la chute des dents de lait. Elle suit en moyenne la séquence suivante:

- . incisives centrales: chute entre 6 et 8 ans
- . incisives latérales: chute entre 7 et 9 ans
- . premières molaires: chute entre 9 et 11 ans
- . canines: chute entre 9 et 12 ans
- . deuxièmes molaires: chute entre 10 et 12 ans

Parallèlement à la chute des dents temporaires, se met progressivement en place la deuxième dentition qui aboutit à l'éruption de 32 dents permanentes ou définitives. La première dent à apparaître est la première molaire définitive, aux environs de la sixième année de l'enfant (c'est la « dent de 6 ans » qui se loge derrière les molaires temporaires). Cette seconde dentition se poursuivra jusqu'à 12 – 13 ans, à l'exception des troisièmes molaires, plus communément appelées dents de sagesse, qui pourront apparaître jusqu'à l'âge de 25 ans (34).

Cette séquence d'apparition des dents lactéales est soumise à de nombreuses variations physiologiques selon les individus, aussi bien dans l'ordre, que dans la chronologie d'apparition. Cependant, les spécialistes considèrent que l'éruption dentaire est précoce si elle survient avant le quatrième mois. On qualifie également de « dent natale » une dent présente à la naissance et de « dent néonatale », une dent apparaissant au cours du premier mois de vie.

Le délai pour parler de retard d'éruption est davantage sujet à discussion. Certains auteurs s'accordent pour parler de retard d'éruption au delà de 12 mois, passée la période d'éruption attendue, pour une dent temporaire et au delà 18 mois pour une dent définitive (34). D'autres préfèrent ramener ces délais respectivement à 6 et 12 mois (35). Les éruptions précoces et retardées peuvent être des anomalies isolées ou associées dans divers syndromes. Elles font l'objet de descriptions nosologiques et étiologiques scientifiques précises, qui ne seront pas décrites dans ce travail. Voici plutôt les croyances populaires qui leur sont attachées.

Les superstitions relatives aux dents natales et néonatales

La survenue de dents natales ou néonatales est un phénomène rare, concernant une naissance sur 2000 à 3000 (35). Décrites dès la plus haute Antiquité par Pline l'Ancien, les dents natales et néonatales ont fait l'objet, à travers les époques et les cultures, de nombreuses superstitions. Ces croyances semblent avoir disparu dans notre culture.

Certaines civilisations considéraient que les enfants présentant des dents précoces étaient porteurs de malheur. En Mésopotamie, on disait que si une femme du pays enfantait un enfant porteur de dent à la naissance, le pays entier se verrait menacé par le destin (36). En Chine, on pensait que dès qu'un enfant porteur de dents précoces viendrait à mordre, l'un de ses parents mourrait. Ainsi, on procédait généralement à l'extraction de ces dents, au péril bien souvent de la vie du nouveau-né. Dans d'autres cultures, ces enfants étaient marqués d'une telle crainte, qu'on venait à les laisser mourir, voire à les tuer (37).

Ailleurs, la présence de dents à la naissance augurait au contraire pour l'enfant d'un destin exceptionnel. Selon la légende, quelques illustres personnages de notre histoire seraient nés avec une dent: Louis XIV, Richard III, Mazarin, Mirabeau, Danton, Napoléon, Mozart, Hannibal et bien d'autres encore. En Grande-Bretagne, on destinait ces enfants à une carrière de vaillant soldat. En Suède, on pensait ces enfants dotés de pouvoirs guérisseurs et on apposait volontiers contre la dent magique, le doigt d'un blessé, dans l'espoir d'une guérison (35).

Les dangers liés à la précocité de l'éruption

Outre les croyances relatives aux dents présentes à la naissance, la précocité d'éruption des dents de lait était perçue comme dangereuse pour l'enfant. En témoignent ces proverbes anciens: « Qui met les dents tôt, tôt perd ses parents », « Qui tôt à ses dents, tarde en fosse » (comprendre le verbe « tarder » dans le sens de « passer du temps ») (37; 38). Il était communément admis que l'éruption des dents était une période qui fragilisait dangereusement l'enfant, l'exposant à de multiples pathologies potentiellement létales et provoquant souvent le sevrage de l'enfant. L'enfant devait alors se satisfaire d'une nourriture peu adaptée, venant parfois à manquer. Ces craintes ne semblent plus actuelles.

Le retard d'éruption ou la question de la norme

De nos jours, c'est davantage la question du retard d'éruption qui pose problème aux mères. La crainte du retard, le besoin de réassurance des jeunes parents quant à la normalité de leur enfant, sont des éléments prégnants des consultations médicales. Cela tient possiblement au fait que notre médecine a confondu *la norme*, au sens statistique du terme, avec le sens de ce qui serait souhaitable, de ce qui constituerait un idéal de santé. Parfois, ces deux définitions se rejoignent mais pas toujours. De fait, on a perdu de vue l'idée que cet idéal ne pouvait se définir qu'en référence à l'individu et qu'en aucun cas, il ne pouvait résulter d'une définition objective ou collective (39). De cette confusion, naît pour les parents, mais aussi bien souvent pour le soignant qui les accompagne, un sentiment de crainte, la peur que l'enfant ne corresponde pas aux standards. L'éruption dentaire est, à sa manière, une étape du développement de l'enfant. Un retard d'éruption (particulièrement pour la première dent) peut réveiller pour la mère la crainte de l'anormalité de son enfant.

De même, une perturbation dans la chronologie de l'éruption des dents de lait suscite souvent l'inquiétude. Anatole-Joseph Verrier et René Onillon, folkloristes angevins rapportaient déjà en 1908 que « lorsque la première dent de lait d'un enfant pousse dans la mâchoire supérieure, c'est un fâcheux présage; on dit en effet que cette dent creuse la fosse de l'enfant » (40). De nos jours, cette question fait elle aussi référence à celle de la norme.

Autres croyances

« Heureux seront dans leur existence les enfants qui possèdent le ruisseau du bonheur » rapportaient les deux folkloristes précédemment cités (40). Encore aujourd'hui, le discours populaire qualifie « dents du bonheur » un diastème situé entre les incisives supérieures. Cet espacement entre les dents est en effet réputé apporter chance et bonheur à qui présente cette caractéristique. Par le passé se disait également « qui a le signe près des dents, peut se moquer des ans », ce qui signifiait qu'une verrue, un angiome ou un nævus situé à proximité de la bouche, augurait d'une longue vie (37).

2.1.2- La sémiologie de la poussée dentaire

Aperçu historique: les maux de dents, une histoire de plus de 5000 ans

La préoccupation des maux de dents et particulièrement ceux causés par les dents de lait est une affaire ancienne qui a concerné, bien avant notre ère, de nombreuses générations. Le savoir populaire actuel relatif aux poussées dentaires s'est probablement forgé sur cet héritage. Il a ainsi pu se constituer grâce à la collecte de connaissances populaires et savantes, glanées au fil des époques, puis remaniées et réappropriées. M. P. Ashley, dentiste (41), et Jane Anderson, pédiatre (42), proposent de découvrir cette histoire des maux de dents à travers les cultures et les âges. Voici quelques-unes des principales escales de ce voyage.

Déjà 3000 ans avant notre ère, la douleur causée par les dents fait partie des préoccupations de l'homme: on trouve une description de ce mal dans les tablettes d'argile de

l'époque sumérienne. Il y est attribué à la présence d'un ver qui rongerait la dent. La déesse Ninsutu est considérée comme la protectrice des maux de dents.

Environ 1200 ans avant J.-C., sont décrits, dans les hymnes homériques de la Grèce antique, les troubles causés par l'éruption dentaire. Il est là aussi fait mention d'un ver dentaire auquel on attribue l'origine de ces troubles. La déesse Déméter protégerait les enfants de ses ravages.

En Inde, aux environs de 1000 ans avant J.-C., est formulée dans un livre religieux, une prière destinée à protéger les enfants dont poussent les dents. L'éruption dentaire y est comparée à la furie de deux tigres déchaînés, eux-mêmes symboles de mort dans la culture de l'époque.

Hippocrate (460-377 av. J.-C.), médecin de la Grèce Antique, dans son traité *De la dentition*, affirme que l'éruption dentaire est responsable chez l'enfant de prurit gingival, de fièvre, de convulsions ainsi que de diarrhées, particulièrement quant il s'agit des canines et lorsque les enfants sont plutôt corpulents et constipés.

Pline l'Ancien (30-79 ap. J.-C.), naturaliste et écrivain romain, fait état des grincements de dents qui se produisent durant le sommeil au moment des poussées dentaires.

Soranus d'Ephèse, médecin grec, préconisera en 117 après J.-C., les massages à l'huile d'olive afin de ramollir les gencives et faciliter l'éruption de la dent. Il recommandera également l'utilisation de cervelle de lièvre dans le but d'apaiser les douleurs des poussées dentaires. Ce remède restera prisé jusqu'au XVIIème siècle.

Aetios d'Amida, médecin byzantin du VIème siècle reprendra d'ailleurs cette prescription, préconisant la consommation de la cervelle dudit rongeur, bouillie ou rôtie, en période de poussée dentaire, ou faute de mieux, la consommation de cervelle d'agneau. Il conseillera également le port de bracelets et d'amulettes, en vue d'apaiser les douleurs.

Durant le Moyen-Âge, on va attribuer aux poussées dentaires la responsabilité de toutes sortes de maux: pathologies infectieuses, paralysies, mais aussi de nombreux décès infantiles. On préconise encore à cette époque de frotter les gencives avec des substances animales et les enfants sont invités à mâchouiller divers objets, notamment des racines, en vue de faciliter la sortie de la dent.

Ambroise Paré (1517-1592), chirurgien français, va proposer une nouvelle solution face aux problèmes des poussées dentaires: celui d'inciser la gencive. C'est en observant les corps d'enfant décédés, pense t-il, en raison de la complication d'éruptions dentaires, qu'il va mettre au point cette méthode. De nombreux décès infantiles pourraient d'après lui être évités si les gencives des enfants étaient incisées en période éruptive. Cette technique va devenir très en vogue les siècles suivants et sera reprise par de nombreux médecins. L'incision manuelle des gencives reste encore usitée de nos jours par un nombre non négligeable de parents et de médecins.

Au XIXème siècle, quantité de maux restent encore attribués aux poussées dentaires. Pour preuve, en 1842, le British Registrar General's Office attribue aux poussées dentaires la

responsabilité de 4,8% des décès chez les enfants de moins d'un an et de 7,3% des décès des enfants entre 1 et 3 ans. En 1910, ce registre notifie encore 1600 décès d'enfants causés par les poussées dentaires. Entre 1947 et 1979 la mention « teething convulsions » figurera encore comme cause de décès d'un petit groupe d'enfants britanniques.

Un lien entre poussée dentaire et symptômes pour les patients

Les différentes études sont unanimes à ce sujet: il existe, pour les parents, un lien évident entre les poussées dentaires de leurs enfants et l'expression associée de symptômes. Ainsi en témoigne une enquête française portant sur les croyances et pratiques concernant les poussées dentaires (Guicheney), réalisée par questionnaire dans un cabinet de médecine générale d'un canton rural de Gironde, entre 2004 et 2005, auprès de 96 parents d'enfants âgés de 6 à 30 mois. Cette étude révèle que plus de 91% des parents interrogés constatent un ou plusieurs troubles associés à l'éruption des dents lactéales de leurs enfants (36). Une étude australienne menée en 1997 (Wake), recensant les croyances relatives à l'éruption des dents temporaires ainsi que les thérapeutiques proposées par les parents de 92 nourrissons, révèle qu'un seul parent n'a constaté aucun symptôme associé à l'éruption dentaire de son enfant (43). Cette tendance est confortée par une étude française effectuée en 2003 (Assathiany), analysant les croyances et pratiques de 227 pédiatres et de 2450 parents au sujet des poussées dentaires du nourrisson (44). Cette dernière étude rapporte que 82% des parents interrogés pensent qu'une éruption dentaire peut provoquer une maladie ou une modification de comportement de leur enfant. A l'inverse l'éruption des dents définitives, en dehors de la particularité des dents de sagesse, n'est sujette à aucune description symptomatique particulière.

Qu'en est-il pour les professionnels de santé?

Les professionnels de santé ne sont pas davantage épargnés par cette idée et s'accordent à reconnaître un cortège de symptômes associés à l'éruption des dents lactéales. Ces troubles sont d'ailleurs superposables dans leur description à ceux rapportés par les patients.

En effet, une étude américaine publiée en 2002 (Barlow), comparant en matière de poussées dentaires les croyances de pédiatres, de dentistes et de parents de l'Iowa, révèle qu'une majorité des 70 professionnels interrogés attribue, tout comme les parents, les symptômes suivants aux poussées dentaires: inflammation gingivale, hypersalivation, irritabilité, agitation, insomnie et fièvre (45).

Une autre enquête américaine menée en 1990 auprès de 215 pédiatres de Floride révèle que 35% des praticiens interrogés établissent un lien entre diarrhée et poussée dentaire. La plupart d'entre eux considèrent que cette diarrhée supposée d'origine dentaire est moins dangereuse pour l'enfant et la traitent en conséquence (46).

Cette tendance est confortée par une étude menée en 1997 dans un état australien (Wake) collectant les croyances en matière de poussée dentaire de divers professionnels de la santé sélectionnés au hasard. Parmi les professionnels ayant participé à l'enquête sont

dénombrés 88 pédiatres, 114 médecins généralistes, 73 pharmaciens, 91 dentistes et 98 infirmières. La grande majorité de ces professionnels considère que l'éruption dentaire peut causer irritabilité, hypersalivation, mordillement d'objets, insomnie, inflammation gingivale et érythème jugal. 2 pédiatres, 12 médecins généralistes, 32 pharmaciens, 19 dentistes et 7 infirmières pensent que les poussées dentaires peuvent occasionner une fièvre supérieure à 38°C. 11 % des pédiatres et 30 à 50 % des autres professionnels pensent que les poussées dentaires prédisposent à des infections telles que les otites. Dans chaque groupe, une petite partie des professionnels pense que peuvent s'y associer eczéma, rash cutané, colique, convulsion ou encore constipation. Parmi les infirmières, certaines attribuent aux poussées dentaires la survenue d'un érythème fessier, d'une anorexie, de diarrhée, de rhume, d'urines malodorantes et le besoin de se frotter l'oreille (47).

En France, l'étude d'Assathiany révèle également que, selon les 227 pédiatres interrogés, une éruption dentaire peut entraîner des pleurs (84%), des troubles du sommeil (79%), un érythème fessier (66%), un érythème des joues (63%), des troubles de l'humeur (54%), des modifications de l'appétit (51%), une fièvre et une diarrhée (37%), une rhinopharyngite (20%), une otite (12%), une bronchite (9%) (44).

Diverses hypothèses ont d'ailleurs été avancées afin d'expliquer la genèse de ces symptômes. Mythes ou réalités, ces analyses tentent de confirmer l'impression première des parents et des professionnels de santé, affirmant qu'il existe bien une symptomatologie inhérente à l'éruption dentaire. Certaines de ces explications nous sont rapportées par Fabrice Guicheney, médecin généraliste (36). La théorie virale suppose par exemple l'existence d'un « human teething virus » latent au niveau de la crête alvéolaire, qui se réveillerait lors des poussées et occasionnerait ainsi divers symptômes. La théorie réflexe attribuerait la responsabilité des symptômes à l'activité du nerf trijumeau. Stimulé, ce nerf en étroite connexion avec les autres nerfs crâniens du bulbe pourrait entraîner à la fois l'expression de symptômes locaux mais aussi distants du foyer dentaire. La théorie infectieuse justifie quant à elle ces manifestations, par la colonisation microbiologique de l'enfant au travers de sa gencive, elle-même hyperhémie sous l'influence du foyer dentaire.

Si les professionnels de santé reconnaissent largement l'existence de symptômes causés par l'émergence de la dentition temporaire, nombreux sont ceux qui hésitent pourtant à considérer la « poussée dentaire » comme un diagnostic médical. Ces médecins craignent en effet que cela ne masque ou ne fasse méconnaître une pathologie sous-jacente. De fait, la majorité des études scientifiques souligne que l'éruption dentaire doit rester un diagnostic d'exclusion, au risque de méconnaître une pathologie associée. Il semble en effet que le diagnostic de poussée dentaire diminue le recours au médecin des patients en cas de pathologie et donc l'accès à un traitement adéquat. En témoigne une étude analysant les perceptions de mères de Guinée-Bissau quant aux causes, aux symptômes et aux signes de gravité d'épisodes diarrhéiques. Cette analyse révéla que le recours à la consultation médicale diminuait de 80% lorsque les mères pensaient que la diarrhée de leurs enfants était secondaire à une éruption dentaire (48).

En Angleterre, à la fin des années 70, une étude prospective a été menée en milieu hospitalier durant une année (49). Cette étude a inclus 50 enfants hospitalisés pour des symptômes attribués par les parents ou par leur médecin (11 cas) à une éruption dentaire. Parmi ces enfants, seuls 2 ne présentaient aucune pathologie organique apparente. Pour les

autres, on dénombrait 12 enfants présentant une pharyngite, une angine ou une otite moyenne aiguë, 11 présentant des convulsions hyperthermiques, 6 une bronchite asthmatiforme et 3 de l'eczéma. Les 16 autres enfants présentaient un érythème fessier, une gale, des vomissements, une irritabilité, une balanite ou encore un abcès sous-mandibulaire. Un enfant parmi ce groupe présentait une méningite à *hæmophilus influenzae*.

Les symptômes de la poussée dentaire: du savoir populaire à l'incertitude scientifique

Les enquêtes s'accordent donc pour recenser un florilège de symptômes attribués par les parents et les professionnels de santé à l'émergence des dents lactéales. Les scientifiques sont quant à eux beaucoup plus en difficulté pour décrire cette symptomatologie. En effet, les études menées à ce sujet sont relativement peu nombreuses et les méthodologies utilisées, parfois contestables (petits échantillons de population étudiés, biais dans le recueil des données lorsqu'il est effectué par les parents eux-mêmes, échantillons d'enfants d'âges non comparables, etc.) (50). Les résultats obtenus sont le plus souvent contradictoires: tandis que certaines études valident un lien de causalité entre poussée dentaire et symptômes (51; 52; 53; 54; 55), d'autres, critiquant les méthodologies des premières, infirment ce lien (49; 56; 57). Difficile, dès lors, de se faire une idée objective à ce sujet. L'incertitude est le sentiment qui prédomine à l'issue de la lecture de ces travaux. De nombreuses questions restent par ailleurs sans réponse: Peut-on attribuer une fièvre à une poussée dentaire? Y a-t-il un seuil de température maximale pour retenir cette étiologie? L'éruption dentaire peut-elle être responsable de diarrhée? La symptomatologie causée par une incisive est-elle la même que celle engendrée par une molaire? Les manifestations varient-elles en fonction de l'âge de l'enfant? Combien de temps durent ces éventuels symptômes?

Dans ce domaine, le savoir populaire est en fait probablement bien plus riche que le savoir scientifique: c'est sur plus de 5000 années qu'il s'est construit, s'étoffant aussi bien à travers les époques des observations empiriques des hommes et des femmes intéressés par le sujet, que des discours savants d'hier, aujourd'hui tombés en désuétude.

Les diverses études révèlent qu'aux yeux des parents les symptômes les plus souvent causés par l'émergence des dents déciduales sont l'hypersalivation, le mordillement, l'irritabilité, les troubles du sommeil et la fièvre (36; 43; 45; 58). De nombreux autres symptômes locaux ou systémiques sont également recensés. Pour plus de clarté, ces symptômes seront organisés en manifestations locales, systémiques et comportementales. L'analyse partira des symptômes recensés dans le savoir profane et les confrontera ensuite aux données actuelles de la science.

a) Les manifestations locales

L'hypersalivation

C'est l'un des signes les plus fréquemment observé par les parents (36; 43; 44; 45; 58). Dans l'étude de Wake portant sur la perception des poussées dentaires par des parents australiens, l'hypersalivation est citée par 77% des parents (43). Dans l'enquête française

Guicheney, cette manifestation est citée par près de 58% des parents (36).

Du côté scientifique, l'étude prospective finlandaise de Tasanen (55) menée en 1968 s'appuyant sur l'examen clinique de 150 enfants dans un centre de santé observe effectivement une salivation plus abondante chez les enfants en période de poussée dentaire. Trente ans plus tard, l'étude prospective américaine dirigée par Macknin (53) dont les données reposent sur le recueil quotidien de paramètres par les parents de 125 enfants, sur une période de 8 mois, met également en évidence un lien entre ces événements. L'étude menée par Peretz (52), dans une banlieue de Bogota, incluant 485 enfants âgés de 4 à 36 mois, combinant le recueil régulier de données auprès des parents, associé à un examen clinique répété par un professionnel de santé, sur une période de 4 mois, est aussi en faveur d'une association entre poussée dentaire et hypersalivation. Ce lien n'est pas en revanche objectivé dans l'étude prospective australienne de Wake (56), portant sur le suivi de 21 enfants, âgés entre 6 et 24 mois, fréquentant une garderie au moins trois jours par semaine et basé sur l'analyse de deux questionnaires concernant les symptômes présentés par chaque enfant, remplis séparément par les parents et par l'équipe, ainsi que sur l'examen buccal de l'enfant effectué par un dentiste.

Parmi ces différentes études, plusieurs auteurs interrogent cependant ce lien de causalité, soulignant qu'à partir de l'âge de six mois (qui est justement celui où l'enfant commence à s'endenter), il existe une hypersécrétion salivaire physiologique et qu'à cette époque la fonction de déglutition n'est pas encore mature et donc pas toujours très opérante. Hypersalivation physiologique ou manifestation secondaire à la poussée dentaire, le débat reste entier.

Le mordillement

Le mordillement fait lui aussi partie des symptômes phares reconnus par les parents (36; 43; 44; 58). 78% des parents australiens interrogés considèrent que les poussées dentaires engendrent une activité de mordillage (43). Cela s'expliquerait par la nécessité de soulager la douleur et le prurit gingival, causés par la réaction inflammatoire locale. Ce constat est à l'origine de nombreuses propositions thérapeutiques populaires visant à apaiser ces symptômes.

L'étude de Macknin (53) conforte cette description considérant que les poussées dentaires entraînent une augmentation de ce phénomène. L'étude de Wake (56) aboutit à la conclusion opposée.

La succion / l'action de mettre à la bouche

Ces manifestations sont moins souvent citées par les parents (36; 43). La distinction avec l'activité de mordillage est cependant ténue et possiblement source de confusion. Malgré cela, l'activité de succion est citée dans une étude par environ 40% des parents (43).

Du côté des scientifiques, Macknin (53) est le seul à confirmer cette tendance. Là encore, il n'est pas aisé de faire la part des choses: ces activités du tout petit sont-elles simplement symptomatiques des poussées dentaires ou correspondent-elles à une étape du

développement psychique du jeune enfant? Les théories psychanalytiques de Sigmund Freud, médecin et père fondateur de la psychanalyse, ensuite reprises par Karl Abraham, médecin et psychanalyste et par Mélanie Klein, psychanalyste, offrent en effet un tout autre éclairage à ce sujet, qualifiant de *stade oral* cette période où les activités de succion puis de morsure prédominent (59). Ce point sera plus amplement étudié par la suite.

Les modifications de la gencive

Il est décrit deux types de modifications de la gencive sous l'influence des dents: celles qui seraient préalables à l'éruption de la dent et celles directement liées à la sortie de la dent. Pour désigner les premières manifestations, les parents disent souvent de leur enfant qu'il a « les gencives qui le travaillent », « les mâchoires qui blanchissent » ou encore « les gencives qui se (dé)doublent ». Décrites comme préalables à la sortie de la dent, ces modifications gingivales témoignent pour les parents du déroulement d'une phase de migration de la dent à travers la gencive, phase qu'ils considèrent comme préparatoire à l'éruption proprement dite de la dent. Les parents considèrent que ces manifestations sont inconfortables pour leurs enfants et qu'elles peuvent s'accompagner de l'ensemble des symptômes locaux et systémiques supposés liés aux dents. Elles sont susceptibles de débiter plusieurs mois avant la sortie de la première dent.

Aucune étude scientifique ne fait état de telles manifestations, que ce soit dans leur description ou dans la chronologie de leur apparition. En effet, les études reconnaissant un lien de causalité entre poussée dentaire et symptômes, s'accordent à dire que ceux-ci se produisent dans un laps de temps de quelques jours autour du moment précis de l'éruption: 3 jours avant, pour la fièvre, dans une étude menée par Jaber (51), 4 jours avant et 3 jours après, pour les symptômes observés par Macknin (53). Aucune étude n'envisage la possibilité de symptômes liés à la poussée dentaire en dehors de cette période de quelques jours entourant l'éruption.

A l'inverse, les modifications gingivales directement liées à l'éruption dentaire sont très peu citées par les parents, alors qu'elles sont plus souvent décrites par les professionnels de santé (45; 55) et confirmées par des études scientifiques (54; 56). Parmi ces manifestations, la réaction inflammatoire gingivale entraîne œdème et rougeur gingivale satellites de la dent. L'hématome d'éruption, correspondant à la rupture d'un vaisseau sanguin sur le trajet de la dent, se présente sous la forme d'une tuméfaction hématique de la mâchoire au niveau du point d'éruption. Plus rarement sont décrits la péri coronarite suppurée (correspondant à une infection du sac péri coronaire) ainsi que le kyste d'éruption, accident concernant principalement les deuxièmes molaires temporaires lié à la non-déhiscence gingivale qui précède habituellement l'éruption (ce dernier se présente sous la forme d'une tuméfaction hématique ou bleutée, souvent douloureuse). Enfin sont parfois signalées des stomatites correspondant à la propagation muqueuse de la réaction inflammatoire ou d'agents infectieux éventuellement présents.

Étonnant décalage, là encore, entre ce que décrivent parents et scientifiques. Il faut cependant souligner que les modifications gingivales locales sont plus aisées à observer pour les scientifiques que certains symptômes dont l'appréciation est subjective (comme par exemple la douleur ou les troubles du comportement). A l'inverse, les parents s'attachent

davantage à l'observation de symptômes généraux ou liés à un changement de comportement de leur enfant qu'à celle de symptômes locaux. L'étude de Wake (43) portant sur les croyances de parents australiens révèle que le diagnostic parental de poussée dentaire repose plus souvent sur l'observation de symptômes supposés en lien (65%) que sur la palpation (43%) ou encore la visualisation directe de la dent (36%). Dès lors, pour les parents, il n'est pas nécessaire de constater l'éruption pour parler de poussée dentaire. Tout se passe en fait comme si, dans leur représentation, les manifestations pathologiques étaient liées à ce « travail » invisible de la dent dans la gencive, au difficile cheminement de celle-ci dans la mâchoire, l'éruption de la dent n'étant finalement pas le principal événement de la poussée mais plutôt son aboutissement, le dénouement de cette pénible épreuve infantile.

b) Les manifestations systémiques

La douleur

La douleur n'est jamais nommée en tant que telle dans les études analysées. Ce symptôme semble pourtant fréquemment rapporté par les parents aux professionnels de santé. La douleur pourrait d'ailleurs être à l'origine de certaines des manifestations constatées par les parents et étudiées par les scientifiques (pleurs, irritabilité, mordillement, anorexie, etc.) mais cela n'est jamais étudié ni même mentionné. Pourtant, l'apaisement de la douleur de l'enfant est une préoccupation importante des parents, comme en témoigne l'étendue de l'arsenal thérapeutique populaire.

La diarrhée

Ce symptôme classiquement attribué aux dents dans le discours populaire est mentionné par toutes les études faisant état des représentations parentales au sujet des poussées dentaires. Ce phénomène est classiquement expliqué dans le discours populaire par la déglutition des glaires et de la salive, secrétées en quantité excessive en période d'éruption dentaire. En Turquie, selon l'étude de Baykan, 49% des parents parmi les 335 familles interrogées ayant des enfants d'âge inférieur à 18 mois et présentant au moins une dent, font également ce lien (58). Ce chiffre s'élève à 56,7% au cours de l'étude américaine de Barlow (45). L'enquête française de Guicheney révèle un taux beaucoup plus faible de 11,4% (36). Les perceptions populaires des diarrhées infantiles et notamment leur attribution aux dents, semblent être variables d'une culture à une autre. Chacune définit sa norme entre le physiologique et le pathologique, associe des symptômes en syndromes et constitue ainsi une nosologie qui lui est propre, sous l'influence des croyances, de la situation épidémiologique, des conditions d'accès aux connaissances biomédicales, aux soins et à l'hygiène (60).

En ce qui concerne les études scientifiques analysant cette symptomatologie, les résultats ne sont pas univoques, mais pour la plupart, infirment ce lien. L'étude de Macknin (53) est en faveur d'une telle association, tandis que d'autres démentent ce lien (51; 54; 55; 56).

La fièvre

La fièvre est l'un des symptômes le plus fréquemment cité par les parents dans le cadre des poussées dentaires (36; 43; 44; 45; 58). Dans l'étude française de Guicheney, il est cité par près de 40% des parents interrogés (36). Plus de 70% des parents australiens interrogés lors de l'étude de Wake établissent un lien entre fièvre et poussée dentaire (43).

Dans l'étude menée par Jaber en Israël en 1988, les mères de 46 enfants sains ont relevé quotidiennement durant cinq mois la présence ou non de symptômes, la température rectale des enfants et ont confronté ces données à un examen clinique de la cavité buccale à la recherche d'une éruption dentaire (51). En cas d'éruption constatée par la mère, l'examen devait être confirmé par celui d'un professionnel de santé. L'analyse de ces données a révélé un accroissement progressif et modéré de la température corporelle débutant trois jours avant et maximal le jour de l'éruption (20 des 46 enfants ayant une température supérieure à 37,5°C et 15 une température supérieure ou égale à 38°C). Malgré cela, la température moyenne le jour de l'éruption n'excédait pas 37,8°C. L'étude de Macknin (53) aboutit à des conclusions similaires, établissant un lien entre éruption dentaire et élévation modérée de la température corporelle (jusqu'à 38,8°C). L'étude de Peretz (52) reconnaît une association avec la fièvre, seulement si l'éruption s'accompagne de diarrhée. Pour Tasanen (55) et Wake (56), les données n'objectivent pas de modification de la température en lien avec l'éruption des dents déciduales.

L'âge des premières dents correspond aussi souvent à celui de la survenue des premières infections du jeune enfant. La rencontre avec la collectivité, l'interruption d'un éventuel allaitement maternel corrélé à une plus grande vulnérabilité immunologique, constituent autant de facteurs rendant l'enfant particulièrement sensible aux agents infectieux. Dès lors, les épisodes d'hyperthermie ne sont pas rares à cette période. Y a-t-il pour parents et professionnels de santé confusion entre ces hyperthermies d'étiologie infectieuse et celles supposées d'origine dentaire? Retenir l'étiologie dentaire constitue-t-il un moyen d'apaiser les angoisses des parents comme des professionnels de santé face à la fragilité du tout petit?

L'érythème fessier

L'érythème fessier est également très souvent mentionné par les parents (36; 43; 44). Il est décrit aussi bien en présence, qu'en l'absence de diarrhées. Lorsqu'il est associé à une accélération du transit, il est souvent expliqué par une « acidité des selles » ou par la déglutition des glaires oropharyngées. Les parents dans l'étude de Guicheney (36) établissent un lien avec les poussées dentaires dans plus de 17% des cas, tandis que les parents australiens de l'étude de Wake le citent dans plus de 35% des cas (43).

Pourtant, aucune des études scientifiques parmi celles que nous avons mentionnées n'établit un tel lien de causalité.

L'érythème fessier est une irritation dermatologique du siège du jeune enfant très fréquente. Plurifactorielle, il est admis que cette irritation est favorisée par la fragilité cutanée du jeune enfant ainsi que par l'occlusion de la peau en milieu humide dans les couches et l'agression chimique de la peau au contact des selles, des urines et des produits cosmétiques.

L'érythème jugal et le frottement de la joue ou de l'oreille

Nommé parfois « feu de dent », l'érythème jugal est plus rarement décrit par les parents, même si plusieurs études s'accordent pour le mentionner (36; 43; 44). Il est cité par environ 6% des parents de l'étude de Guicheney (36). Rappelons qu'une théorie neurologique réflexe lui attribuerait une origine parasympathique, en raison de connections avec le nerf trijumeau au niveau du tronc cérébral. Cet érythème pourrait également être secondaire au frottement de la joue ou de l'oreille par l'enfant, phénomène cité par 13% des parents au cours de cette même étude. Le frottement de l'oreille est également rapporté par les parents australiens selon l'étude de Wake (43).

L'étude de Macknin (53) est en faveur d'une association entre érythème jugal et éruption dentaire, ce que dément l'analyse de Wake (56). Une étude souligne enfin qu'une autre étiologie que les poussées dentaires doit être recherchée devant un enfant qui se frotte l'oreille (54).

L'écoulement nasal

Les parents font fréquemment un lien entre écoulement nasal et poussée dentaire (36; 43).

Les études scientifiques précédemment citées ne mentionnent pas ce phénomène.

L'otite et la toux

Dans l'étude de Guicheney (36), les parents signalent en association aux éruptions dentaires « les troubles ORL » (ce terme inclut l'écoulement nasal) dans 20% des cas et les « troubles respiratoires » (comprenant toux, rhinopharyngite et bronchite) dans 13 % des cas. L'étude australienne de Wake (43) révèle que de nombreux parents considèrent les poussées dentaires à l'origine de complications infectieuses. En consultation de pédiatrie, certains parents formulent parfois le diagnostic de « bronchite dentaire », comme si l'agent responsable n'était plus microbiologique mais bien dentaire.

Les études scientifiques n'établissent pas de lien entre les infections ORL et respiratoires et l'éruption des dents temporaires.

L'inappétence

Les troubles de l'appétit sont bien souvent mentionnés par les parents. L'étude de Guicheney les rapporte par exemple dans plus de 20% des cas (36). Les parents d'origine turque de l'enquête de Baykan signalent une baisse d'appétit pour les solides et les liquides à 58% et 56% (58).

L'étude de Macknin est en faveur d'une baisse d'appétit pour les solides, tandis que l'appétence pour les liquides resterait inchangée (53).

Les urines malodorantes

Ce symptôme est assez rarement rapporté. Malgré cela, on le retrouve cité dans plusieurs études recensant les croyances des parents: un parent le cite dans l'étude de Guicheney (36), quelques parents le signalent également dans l'étude australienne de Wake (43). Beaucoup plus nombreux, les parents turcs attribuent les « urines fortes » à 79% aux dents (58).

Aucune des études scientifiques ne décrit de telles manifestations.

L'eczéma

Il s'agit d'un symptôme assez peu retrouvé dans les études recensant les croyances populaires. Il n'est pourtant pas exceptionnel d'entendre les parents évoquer la responsabilité d'une poussée dentaire lors d'une poussée d'eczéma. La dent offre peut-être une explication rassurante à un phénomène qui, bien que concernant de nombreux enfants, fait intervenir de multiples déterminants qui échappent bien souvent aux parents comme aux professionnels de la petite enfance.

Là encore, les études scientifiques ne font pas de lien entre ces événements.

Les vomissements

Il s'agit là d'un symptôme qui était par le passé associé aux poussées dentaires. Aujourd'hui, il n'est plus que rarement cité. Les vomissements restent décrits par des parents lorsque l'éruption s'accompagne de fièvre ou d'infections (les vomissements étant alors la conséquence de ces symptômes, davantage que de la dent elle-même).

Les études scientifiques infirment un tel lien.

Les convulsions

Voici, là encore, un symptôme hérité du passé qui était dans le discours populaire classiquement attribué aux poussées dentaires mais aussi aux vers et aux cris prolongés du jeune enfant (9). Les convulsions étaient particulièrement redoutées: effrayantes dans leurs descriptions, les parents craignaient surtout qu'elles ne mettent en péril la vie des tous petits. Si ces croyances ont fortement régressé dans notre culture, elles n'ont pas pour autant disparu. La crainte que les « vers montent au cerveau » et engendrent des convulsions chez les enfants qualifiés par leurs parents de « véreux » est encore très actuelle dans nos campagnes. La lecture de certains forums de discussion sur internet permet de voir que l'idée qu'une poussée dentaire puisse provoquer des convulsions n'a pas totalement disparu...

Cette croyance reste aujourd'hui marginale mais elle a incontestablement marqué les esprits. Elle contribue sans doute encore de nos jours à laisser planer sur les poussées dentaires un climat d'inquiétude et la menace d'un danger potentiel.

c) Les troubles du comportement

Les troubles du sommeil

La plupart des parents australiens (43) et américains (45) interrogés en font un signe associé aux poussées dentaires. Les troubles du sommeil sont également largement cités en France (44) et on les estime présents, dans l'étude de Guicheney (36), dans près de 15 % des cas.

Côté scientifique, seule l'étude de Macknin distinguant les troubles du sommeil de l'agitation, reconnaît ce lien (53). Le sommeil de l'enfant est une question préoccupante pour les parents. Durant les premiers mois de la vie, le rythme de veille et de sommeil du nourrisson n'est pas calé sur un cycle nyctéméral. Au moment où l'enfant commence généralement à faire ses nuits, arrive l'âge des premières dents mais aussi des premières infections et des premières angoisses du tout petit (angoisse dite du huitième mois, cauchemars, etc.). Dès lors, le sommeil de l'enfant peut être perturbé pour de multiples raisons qu'elles soient d'ordre somatique ou psychologique. Dans quelle mesure les poussées dentaires s'associent-elles à ces perturbations? Favorisent-elles les troubles du sommeil ou constituent-elles un alibi de choix pour les parents qui ne peuvent envisager d'autres explications?

L'agitation et l'irritabilité

Ces troubles sont abondamment cités par les parents, ce qui en fait d'ailleurs l'une des manifestations cardinales de l'éruption. La grande majorité des parents s'accorde en effet, au travers des diverses études, à reconnaître ces manifestations comme inhérentes au processus de poussée dentaire (36; 43; 44; 45; 58). L'enfant qui s'endort est, dans le discours populaire, « grincheux », « grognon » et « ne tient pas en place ».

De nombreux scientifiques confortent cette idée. L'étude de Tasanen révèle un degré de nervosité accru chez les enfants en période éruptive (55). L'enquête de Lloyd déclare que l'éruption dentaire peut inclure certains symptômes, notamment une irritabilité (54). L'étude de Macknin conforte cette analyse (53). En revanche, l'étude de Wake infirme ce lien (56).

Les pleurs

Les pleurs ne sont pas cités par les parents directement en lien avec l'éruption des dents de lait. Ils sont plutôt perçus comme l'expression de l'inconfort physique et psychique du jeune enfant causé par les dents. Les pleurs apportent pour l'entourage de l'enfant, la preuve de ce mal-être.

Aucune étude scientifique, parmi celles mentionnées n'en fait état.

La sémiologie des poussées dentaires: mythe ou réalité?

Répondre à cette question reste difficile. Tandis que le savoir populaire attribue un florilège de symptômes aux poussées dentaires, les scientifiques peinent à s'accorder pour reconnaître et décrire de telles manifestations. Les symptômes rapportés aux poussées dentaires sont également souvent plurifactoriels. L'imputabilité des dents dans la genèse de ces troubles n'en est que davantage soumise à controverse.

Ce qui peut en tout cas être souligné, c'est la capacité de réassurance qu'offre aux parents comme aux médecins, le diagnostic de poussée dentaire. Il permet en effet l'identification d'un agent exogène (la dent), comme responsable de troubles somatiques ou psychiques qui resteraient autrement inexplicables. Les poussées dentaires offrent ainsi une possibilité de rationalisation, constituant par là même un rempart défensif face à l'impuissance ressentie par l'adulte devant la maladie ou la détresse du tout petit.

2.2- Poussée dentaire et sevrage de l'allaitement maternel

Depuis l'avènement du lait artificiel, l'allaitement au sein a très nettement régressé dans notre société: à la naissance, seul un enfant sur deux en bénéficie. Cet allaitement maternel est de plus de courte durée: à 8 semaines de vie, 50% des bébés seraient sevrés, et 70 % le seraient à 12 semaines (Inserm, 1999). Pourtant, malgré la prépondérance du biberon dans l'alimentation du tout petit, le moment du sevrage et celui de l'apparition des « dents de lait » restent intimement liés dans l'esprit des parents. Parmi les mères qui allaitent encore leur enfant à l'âge où celui-ci commence à s'endenter, nombreuses sont celles qui décident de sevrer leur enfant, invoquant « la crainte de la morsure ». A l'inverse, celles qui font le choix d'un allaitement prolongé sont bien souvent critiquées par la société qui voit d'un mauvais œil durer cette relation intime des corps entre une mère et un enfant grandissant.

Pourquoi, malgré l'évolution des pratiques d'alimentation du nourrisson, sevrage et dentition restent associés dans les esprits? L'héritage des traditions en matière de puériculture, continue bien entendu d'imprégner le quotidien des mères. Mais ça n'est pas l'unique raison. Il semble en effet que la dent vienne encore aujourd'hui symboliser une étape du développement de l'enfant, celle de la séparation, qui induit un nécessaire réaménagement de la triade père-mère-enfant.

2.2.1- De la succion à la mastication, vers une alimentation nouvelle

Par le passé, avant l'apparition du lait artificiel, il existait peu d'alternative à l'allaitement maternel: le lait des mammifères domestiques était peu adapté aux besoins nutritionnels du nourrisson et pouvait être vecteur d'infections en raison de ses difficultés de conservation. Outre les bouillies données « à la becquée », l'arrivée des premières dents de lait marquait d'une part l'accessibilité pour l'enfant à une toute nouvelle alimentation et sonnait d'autre part l'heure de la période du sevrage. Ce sevrage était en général progressif,

l'allaitement s'interrompant après une période d'alimentation mixte. Il existait malgré cela des techniques de sevrage plus radicales, plus cruelles aussi, comme l'application d'une pâte poivrée sur le mamelon qui décourageait à coup sûr l'enfant. Parallèlement à cela, la mère employait de multiples procédés pour tarir son lait (application de persil, infusion de chanvre, collier de bouchons de liège, etc.) (9; 38).

Aujourd'hui, la diversification alimentaire du jeune enfant n'est plus corrélée directement à l'apparition de ses premières dents. En raison d'une immaturité intestinale dans les premiers mois de vie et ce, afin de réduire le risque allergique, il est plutôt préconisé d'attendre le sixième mois de l'enfant pour lui proposer une diversification alimentaire. Cet âge coïncide malgré tout avec celui de la première dentition. L'enfant découvre alors une alimentation nouvelle: nouvelle par sa diversité et bien sûr par son goût, nouvelle par sa consistance qui implique non plus la succion mais un effort de mastication, mais aussi nouvelle par le fait qu'elle ne passe plus (directement ou symboliquement) par le corps de la mère. Le sevrage de l'allaitement, qu'il soit artificiel ou maternel se fera à partir de ce moment, de manière très progressive, jusqu'à ce que l'enfant adopte une alimentation entièrement diversifiée, l'activité de succion nutritive faisant place à celle de mastication, pour ensuite totalement disparaître.

C'est donc une étape importante du développement de l'enfant qui s'opère à cet âge. Mais le changement d'alimentation du nourrisson n'est pas le seul enjeu du sevrage et de l'apparition des premières dents. Voici quels en sont les aspects relationnels.

2.2.2- La dent et le sevrage ou la fin du corps à corps de l'allaitement

Les mères invoquent souvent la crainte de la douleur et de la morsure pour justifier l'interruption de l'allaitement. Le sevrage constituerait donc pour elles une façon de se protéger. Mais de quoi, au juste, voudraient-elles se protéger? Des morsures de leurs enfants, de l'emprise qu'ils ont sur elles ou de l'ambivalence de leurs propres sentiments? En plus de voir menacer leur enveloppe physique, redouteraient-elles de voir mise à mal leur intégrité psychique?

Bien loin du discours sociétal et médical qui voudrait faire croire au cliché d'un allaitement maternel idyllique, la réalité de l'allaitement est tout autre. Jacky Israël, pédiatre, dresse dans son *Plaidoyer pour le bébé contre les « sein-tégristes »* la liste de toutes les embuches qui guettent l'allaitement (61). Car l'allaitement ne se résume pas à sa seule fonction biologique nutritive. Il met au travail la dyade mère-nourrisson, la confrontant à un véritable orage pulsionnel. Régine Prieur, sage-femme, le souligne: l'allaitement est infiltré par une activité pulsionnelle forte: « violence-tendresse, amour-haine, sentiment océanique, sentiment d'impuissance, je vais le manger tout cru, il va me manger, etc. » (62). Tout cela agite, bouscule le bébé ainsi que sa mère et favorise leur évolution. Il y a fort à parier que les mères et les enfants concernés par l'allaitement artificiel sont en proie à la même activité fantasmatique. La crainte que ces pulsions réveillent en certaines mères motive d'ailleurs possiblement leur renoncement à l'allaitement (63). Celles-ci espèrent peut-être ainsi se tenir à distance de leurs pulsions et de celles de leur bébé, mais le biberon n'est pas moins qu'un substitut de sein maternel.

De l'allaitement au sevrage: la question de l'agressivité

Pour Sigmund Freud, pulsion de vie et pulsion de mort s'opposent. Bien qu'antinomiques, ces pulsions fondamentales sont fréquemment associées dans nos fonctions biologiques. Ainsi, dans l'alimentation, l'emprise amoureuse sur l'objet coïncide avec l'anéantissement de celui-ci, l'action de manger implique l'assimilation, la destruction. A la période de l'allaitement qui caractérise le stade oral, c'est le sein maternel qui est l'objet de toutes les convoitises: le nourrisson veut se l'approprier, l'incorporer, le détruire. L'éruption dentaire vient en quelque sorte symboliser l'expression de ce comportement agressif. La dent, telle le vestige de notre plus profonde animalité, incarne cette pulsion destructrice du nourrisson.

L'allaitement est pour la mère, l'occasion d'une réactivation de ses propres fantasmes infantiles de destruction. Au fantasme vampirique d'être vidée, pompée, succède lorsque l'enfant s'endort, le fantasme cannibalique d'être dévorée. Confrontée à l'intensité des pulsions de son enfant, la jeune mère doit ainsi renégocier tous ses aménagements défensifs (64). Pour Donald Woods Winnicott, cette phase « particulièrement difficile est inévitable ». « Si la mère comprend ce qui se passe et sait se protéger sans représailles ni rancunes, elle peut accompagner son bébé lors de cette phase où il la détruit parfois. Autrement dit, l'unique tâche de la mère est de survivre quand le bébé mord, griffe, lui tire les cheveux et lui donne des coups de pieds. Le bébé fera le reste » (8).

Au cours de l'allaitement, la mère est elle aussi confrontée à l'ambivalence de ses sentiments. Elle oscille entre amour total et sentiments agressifs à l'encontre de son enfant. La crainte d'être mordue qui souvent, semble-t-il, est associée au sevrage, serait-elle une projection des propres pulsions destructrices maternelles à l'égard de l'enfant? Ferait-elle écho à l'agressivité que cette mère éprouve parfois lorsqu'elle se sent « pompée », « bouffée » par un enfant qui l'accapare, qui l'épuise physiquement et psychologiquement? Cette dent qui pointe serait-elle celle que cultive la mère vis-à-vis de son enfant?

Ce propos n'a pas pour objectif de décourager les mères qui souhaiteraient allaiter. L'allaitement est une expérience unique pour la mère comme pour le nourrisson, source d'une richesse infinie, tant sur le plan physiologique que psychique. Mais le discours ambiant qui voudrait endiguer cette intensité pulsionnelle pour finalement aseptiser l'allaitement des sentiments ambivalents qui le caractérisent, est un leurre. Ce discours qui fait croire en un allaitement idéal est probablement à l'origine de nombreux échecs d'allaitement, de sevrages douloureux et de toute la souffrance qui s'ensuit pour les mères. Reconnaître ces pulsions, les assumer, même hors du champ de la conscience, sont les possibles clés d'un allaitement et d'un sevrage « réussis » (62).

Du sein nourricier au sein érotique

Le plaisir érotique de la mère est un autre aspect libidinal fondamental dans l'allaitement, souligne Régine Prat, psychologue et psychanalyste (64): « La mère accompagne l'avidité orale de son bébé. Elle l'accepte d'autant mieux qu'elle peut elle-même se sentir protégée des angoisses de vidage ou de dévoration et qu'elle s'autorise à des plaisirs variés liés à l'oralité ».



Détail du tableau *Les Trois Ages de la vie*, Gustav Klimt
Huile sur toile, 1905
Musée d'art moderne, Rome

Par le passé, on tentait de maîtriser cette érotisation de l'allaitement en déconseillant les relations sexuelles tant que la mère allaitait. Celles-ci, disait-on, risquaient de corrompre le lait (9; 65). Aujourd'hui encore, certains considèrent que le discours normatif actuel sur l'allaitement (qui protocolise le nombre, la durée des tétées en fonction de l'âge de l'enfant, tout en prônant l'allaitement idéal par une mère bonne et entièrement dévouée) constitue une nouvelle manière d'endiguer le « trop érotique » de cette relation (62). Pourtant, comme le souligne Régine Prieur, « tout signe la proximité entre allaitement et sexualité: l'éjection du lait et l'éjaculation, l'érection du mamelon et celle de la verge. L'ocytocine l'hormone du plaisir, qu'il soit orgasmique, oral, sensuel, est secrétée par la mère tout au long de l'allaitement. L'équivalence lait-sperme infiltre de nombreux rituels dans les sociétés traditionnelles, mais aussi les textes médicaux anciens jusqu'au XVIIIe siècle » (62).

L'histoire de Yasmina rapportée par Jocelyne Lamalle, psychologue exerçant dans un service de protection maternelle et infantile (PMI) illustre ces propos (66).

Yasmina, trente ans originaire du Maroc, rencontre Ariane, trente ans dans la salle d'attente de la PMI. Yasmina a une fille de deux mois nommée Sarah et un fils de deux ans. S'engage un dialogue lancé par Yasmina: « Je n'allaite pas Sarah plus longtemps, parce qu'après, on ne peut plus s'arrêter! » (Elle l'a allaitée un mois). Ariane s'étonne. Yasmina lui explique qu'elle a allaité son fils Yvan jusqu'à dix-huit mois et qu'il a été très difficile de le sevrer. A cet âge, alors qu'il était sevré parce qu'elle était enceinte de Sarah, il réclamait encore le sein de sa mère et l'obtenait, ouvrant lui-même le corsage de sa mère pour aller lui palper le sein. L'entourage portant un regard réprobateur sur cette situation, conseilla vivement Yasmina d'y mettre un terme. Yasmina écouta ce conseil et prescrivit un remède radical (celui précédemment évoqué): de la moutarde sur le mamelon. Yvan hurla et, résigné, finit par accepter le biberon. Mais il n'était pas pour autant sevré du corps de sa mère et Yasmina continua de le laisser chercher dans son corsage « son » sein. Yasmina sentait bien qu'il abusait de la situation mais elle ne parvenait pas à l'en empêcher. Mais au juste qui abusait de qui? demande Jocelyne Lamalle. Que laissait Yasmina croire à son enfant, en ne mettant pas fin à cette situation? Quelle partenaire fut-elle dans les premiers investissements d'Yvan? Cette histoire met en exergue toute l'ambivalence érotique de la relation d'allaitement. Mais dans le cas de Yasmina, qui n'a pu renoncer à ce sein phallique, la relation n'a pu être sublimée pour permettre l'investissement d'un sevrage et l'évolution vers un autre mode de relation

Le plaisir érotique procuré par l'allaitement permet un temps l'acceptation par la mère des contraintes de l'allaitement. Mais l'enfant grandissant, ce plaisir laisse progressivement place au trouble. Ce trouble va contribuer à la décision du sevrage. Ainsi, lorsque la confusion devient trop grande et que les seins nourricier et érotique ne sont plus conciliables, lorsque les deux fonctions mère et femme réunies sur ce sein ressentent nettement le besoin de s'individualiser, l'allaitement prend fin. La mère pourra alors investir une autre relation à son enfant, lui procurant du plaisir, non plus dans le corps à corps, mais avec une certaine distance, médiatisée par le langage (67). L'enfant quand à lui va devenir un être sexué, qui se socialise et se sépare de sa mère. La dent marque ainsi symboliquement la sortie, pour l'enfant, de cette période d'innocence qui le caractérisait jusqu'à présent et le début d'une relation nouvelle à sa mère.

L'apparition de la dent et le sevrage marquent aussi le temps d'un réinvestissement du couple parental. Par le passé, l'arrivée de la première dent était célébrée par des cadeaux rituels offerts par le père à la mère: robe, médaille, bijou ou souliers (38). Ces présents donnés par le mari, comme autant de signes invitant à la coquetterie, marquaient habilement le temps revenu de l'union du couple parental et incitaient la mère à se séparer du nourrisson. A l'apparition de la dent s'associait ainsi le lever de l'interdit de la sexualité qui était officiellement prôné durant la période d'allaitement. Les règles, dont on pensait à une époque qu'elles se transformaient en lait dans les seins maternels (65), réapparaissaient et avec elles, la fécondité. Bien qu'elle ne passe plus par l'offrande rituelle d'une parure, la fonction paternelle de séparation reste aujourd'hui primordiale dans la construction de l'individuation du bébé. Son implication, notamment dans la période du sevrage, est cruciale.

2.3- Les pratiques médicales populaires relatives aux poussées dentaires

2.3.1- Qu'est ce que la médecine populaire?

Il faut d'ores et déjà préciser ce que signifie le terme de *populaire*. Ce terme est généralement confondu avec celui de *traditionnel*. Pourtant, même si ces notions peuvent s'associer, tout ce qui est populaire ne relève pas forcément du traditionnel. Le recours à l'homéopathie est, par exemple, une médication populaire qui ne relève d'aucune tradition. A l'inverse, on peut trouver des traditions dans des domaines qui ne sont pas à proprement parler populaires (par exemple la tradition du bizutage dans les études médicales).

Selon François Laplantine, il existe deux définitions de ce terme qui ne se recoupent pas nécessairement (68). L'une fait référence au nombre, à la quantité. Ainsi, est populaire ce qui est réclamé par le peuple, c'est à dire ce qui est souhaité par le plus grand nombre. Selon cette définition, la médecine populaire d'aujourd'hui correspondrait donc à la médecine scientifique. Une autre acceptation de cette notion de populaire, qui semble dans ce contexte plus pertinente, implique, non plus le quantitatif mais le qualitatif: est populaire, ce qui entre en cohésion avec l'intérêt ou les préoccupations d'une communauté mais aussi avec les représentations et le système de pensée de celle-ci. Pour reprendre les termes de François Laplantine, ce populaire se définit par « un certain contenu idéologique impliquant à la fois

une libération dans l'imaginaire et un enracinement dans le quotidien ».

La multiplicité et la variété des pratiques médicales populaires destinées à prévenir ou à soigner les maux de dents et particulièrement ceux des poussées dentaires sont impressionnantes. Probablement sont-elles à hauteur de l'intérêt (de la crainte?) que vouent les parents à cette question ainsi qu'au désintérêt de la médecine savante. Si à première vue, ces pratiques thérapeutiques peuvent sembler hétéroclites et fantaisistes, force est de constater que bien souvent ces procédés sont en cohérence avec le système de conception de la santé et de la maladie de ceux qui y ont recours. La fonction symbolique de ces pratiques est généralement centrale.

François Laplantine distingue quatre domaines de thérapie en médecine populaire, qui, bien que différenciés, s'articulent et se recoupent (68). Le premier domaine est celui de *la pharmacopée populaire*. Il s'agit de remèdes empiriques, utilisés le plus souvent sur les conseils d'une grand-mère ou d'un voisin, c'est à dire en « automédication familiale », au sens large du terme. Ces remèdes, dont les formules ne sont pas soumises au secret, sont parfois aussi conseillés par le guérisseur. Ils sont composés de matériaux d'origines diverses (végétales, animales, minérales, voire humaines), utilisés soit sous leur forme brute, soit après préparation selon une recette.

Le second domaine de la médecine populaire est celui *des dévotions aux Saints protecteurs et guérisseurs*. Ainsi, la protection ou la guérison d'un Saint est invoquée par le port de médailles consacrées, par la prière, par l'intermédiaire de rituels accomplis auprès d'une statue ou d'une fontaine qui lui sont dédiées ou par le biais d'un pèlerinage. La spécialisation des Saints dans la guérison de telle ou telle pathologie est souvent liée à leur vie et au supplice qu'ils ont enduré. Ainsi, Sainte Agathe, amputée dans son martyre d'un sein, est la patronne des nourrices; Sainte Apolline, dont la mâchoire fut brisée et les dents arrachées, est la protectrice des maux de dents (69). Parfois, seul leur nom leur confère un pouvoir: Sainte Claire guérit les maux oculaires; Saint Genou, la goutte; Saint Aignan, la teigne; Saint Loup, la peur; ou encore Saint Clou, les furoncles (« clous de peau ») (68). Émanant souvent de l'évangélisation d'anciens cultes païens, l'église n'encourage pas ces dévotions et les considère même avec une certaine méfiance. Elles s'apparentent, selon elle, davantage à des pratiques superstitieuses qu'à l'expression d'une véritable foi chrétienne.

Le troisième domaine est celui du *recours aux « panseurs de secret »*. Il s'agit là des traditionnels guérisseurs de nos campagnes, parfois appelés « conjureurs », « toucheux » ou encore « toucheurs » qui grâce à leur don, pansent une maladie, dans le secret de leurs rites et de leurs formules. Ainsi, selon l'affection dont il est atteint, le patient consultera celui qui a le pouvoir de « barrer le feu », de « lever les dartres » ou encore de « couper l'eczéma ». Le plus souvent, le don est légué au guérisseur au cours d'une initiation. Plus rarement, il peut être inné chez les personnes qui ont « le sang fort ». Le moment venu, le guérisseur léguera à son tour ce don à un successeur. Ces panseurs exercent leur art de manière charitable, même s'il est bienvenu de leur laisser un billet ou de les dédommager en nature. François Laplantine les distingue des guérisseurs modernes, qui font profession de leur don et l'exercent, moyennant rémunération.

Le dernier domaine de la médecine populaire est celui de *la sorcellerie*. Jeanne Favret Saada, ethnologue, s'est immergée dans le bocage normand et a décrit dans son ouvrage *Les*

mots, la mort, les sorts, les passionnants rouages de la sorcellerie (70): la maladie et plus généralement le malheur, y ont pour origine un sort jeté par une personne désignée comme agresseur, sur un malade-victime. La victime a alors recours à un « leueur de sort » ou « désensorceleur » qui identifie le responsable du maléfice puis détourne le sort au moyen d'un rituel de conjuration, afin de le renvoyer à l'agresseur. En matière de maux de dents, aucun témoignage faisant état d'un recours à la sorcellerie n'a été retrouvé. Il serait pour autant hâtif de conclure que cette pratique n'existe pas: les soucis causés par les maux de dents, comme n'importe quel autre malheur du quotidien, n'échappent probablement pas au mauvais sort. Mais la sorcellerie est une pratique dont il vaut mieux ne pas trop parler et surtout pas aux médecins...

Les procédés thérapeutiques usités dans le domaine des maux de dents et particulièrement ceux des poussées dentaires, seront décrits et organisés selon les domaines de la médecine populaire distingués par François Laplantine. Cette description ne se veut pas exhaustive.

2.3.2- Les remèdes

C'est au sens large qu'il faut saisir la signification du terme remède. Il n'est pas question seulement de médicaments mais bien de l'ensemble des procédés thérapeutiques, dont les recettes et les modalités d'utilisation sont accessibles à tous, en ce sens qu'elles ne sont pas tenues secrètes. Ces thérapeutiques sont le plus souvent transmises par les femmes. Il s'agit des fameux « remèdes de grand-mères ».

Claudie Haxaire, pharmacienne, botaniste et ethnologue, apporte un éclairage intéressant quant au sens du mot remède (71): d'un point de vue étymologique, *Remedium* désignait « l'écart affiché entre le titre affiché d'une pièce d'argenterie et son titre réel ». Cette notion d'écart a gardé toute son importance. De *remedium*, le remède est venu ensuite désigner le traitement permettant de « combler l'écart » entre un état de santé et un état morbide, définis par le malade. Le remède fait donc référence aux conceptions du normal et du pathologique que définit pour lui chaque patient. C'est en cela qu'il se distingue du médicament, ce dernier étant déterminé, non pas selon les besoins du patient, mais en fonction du savoir médical. Ainsi, le malade s'approprie d'autant plus facilement le remède qu'il entre en cohérence avec sa propre conception de la santé et de la maladie.

Le choix du remède est dicté par son efficacité, reconnue de manière empirique, ou par son pouvoir d'évocation symbolique. La référence au symbole est centrale dans la médecine populaire. Ces remèdes agissent sur un mode le plus souvent homéopathique en aidant la dent à percer la gencive, plutôt qu'en tentant de contrer ses effets de manière allopathique (selon les modèles thérapeutiques définis par François Laplantine) (72).

Les folkloristes qui se sont intéressés à ce sujet étant peu nombreux, il n'est pas toujours aisé de préciser l'ancienneté de chacun de ces remèdes et pour ceux qui ne sont plus utilisés actuellement, la période à laquelle ils ont été délaissés. Cependant certaines pratiques thérapeutiques sont connues depuis l'Antiquité. Certains traitements sont spécifiquement dédiés au soin des poussées dentaires. D'autres, plus largement préconisés, traitent sans

distinction les maux de dents, à tous les âges de la vie.

Les massages de la gencive

Il est habituellement conseillé aux mères de masser avec leur doigt les gencives des enfants en période de poussées dentaires. Ce geste permet un soulagement de la douleur et du prurit local. Par une action mécanique, il est également censé attendrir les chairs et favoriser la percée de la dent.

Ainsi, la mère frictionne la gencive avec toute sorte de produits: de la salive, bien sûr, mais elle peut aussi faire usage de produits gras, tels que l'huile ou le beurre, dont on attend qu'ils ramollissent la gencive. D'autres substances sucrées, telles que le miel, apportent par leur douceur un apaisement de l'enfant et facilitent la réalisation du massage.

Par le passé, l'utilisation de préparations à base de plantes était fréquente. On préconisait l'usage de plantes communes, dont la forme et/ou la couleur rappelaient celles de la dent. C'était l'époque de la médecine des signatures qui décelait les vertus thérapeutiques des plantes dans leur forme, leur couleur ou celles de leurs racines, en raison d'analogies avec la pathologie ou l'organe à traiter. Ainsi on appliquait des feuilles de lierre (de forme analogue à la dent) cuites dans du lait de vache noire; la guimauve et l'ortie blanche, de couleur blanche, comme celle de la dent attendue, étaient également choisies.

Les préparations animales n'étaient pas en reste. Celles à base de cervelles animales étaient particulièrement réputées, notamment la cervelle de lièvre. Une fois cuite, elle garantissait la sortie des dents sans aucune complication. Les dents pointues et en perpétuelle croissance du rongeur conféraient à l'animal une portée symbolique forte. Celle-ci était d'ailleurs renforcée par la méfiance que l'on réservait à l'animal: on croyait par exemple en Lorraine que les sorciers malveillants se métamorphosaient en lièvres une fois la nuit tombée (38).

Une autre application courante était celle de crête de coq ensanglantée. La couleur de la crête, comme celle du sang qui en coulait, était censée extirper l'inflammation, « le feu », qui faisait rage dans la dent. L'utilisation de l'attribut phare de cet animal incarnant la virilité, devait également fortifier l'enfant endurant l'épreuve des poussées dentaires. Peut-être pensait-on enfin que ce symbole phallique favoriserait la maturation sexuelle de l'enfant (38).

Aujourd'hui, les mères continuent de masser les gencives de leurs petits, mais les substances qu'elles utilisent sont plus souvent des gels gingivaux pharmaceutiques. Le gel ou sirop Delabarre est constitué de tamarin (un fruit indien) et de safran. Le gel Dolodent est constitué de chlorhydrate d'amyléine, anesthésique local. Le Pansoral, bien que contre-indiqué avant l'âge de six ans, est aussi utilisé et contient un antalgique (le salicylate de choline) et un antiseptique. On trouve également dans le commerce des brosses à gencives ainsi que des doigtiers de dentition pourvus d'une petite brosse douce, que l'adulte peut utiliser afin de masser les gencives de son enfant.



Kit de brosses pour les poussées dentaires, 21ème s.



Doigtier de dentition, 21ème s.

L'incision de la gencive

Une pratique courante consistait à percer la gencive de l'enfant, en regard de la dent qui cherchait à sortir. Cette technique déjà évoquée précédemment, aurait été mise au point par Ambroise Paré (42). Ce chirurgien français, spécialiste des champs de bataille, préconisait en effet l'incision de la gencive, au moyen d'un stylet, afin de faciliter l'éruption dentaire et donc d'en limiter les dangers potentiellement mortels menaçant l'enfant. L'idée était en fait d'inciser la gencive, à l'image du drainage chirurgical d'un abcès. Les médecins de l'époque et des siècles suivants adoptèrent largement cette technique jusqu'à la première moitié du XXème siècle (41). Mais ils ne furent pas les seuls et les parents s'en emparèrent tout autant (38). Ainsi, les mères perçaient la gencive de leurs enfants, au moyen d'un petit coup d'ongle ou faisaient usage des ustensiles du quotidien: pierre de sucre ou encore dos d'une petite cuillère. Aujourd'hui, ces pratiques bien que plus rares, restent cependant bien vivantes: des parents comme des médecins témoignent avoir recours à l'incision gingivale.

Les cataplasmes

Les cataplasmes faisaient partie de l'arsenal thérapeutique des familles. On les appliquait souvent sur la joue. Ils étaient le plus souvent chauffants et l'on pensait, par ce procédé, attirer l'inflammation à l'extérieur de la cavité buccale. On utilisait pour cela un morceau de coton ou un mouchoir noué au moyen d'un grand bandeau autour de la tête. On ajoutait à la ouate des préparations à base de plantes. Les variétés étaient nombreuses: Françoise Loux en a recensé quatre-vingt-dix-neuf, utilisées dans diverses recettes. Des cataplasmes d'escargots décortiqués, animal bien entendu réputé pour sa bave, pouvaient aussi être proposés (36). L'efficacité thérapeutique invoquée pour ces cataplasmes était celle de nombreux remèdes dits « homéopathiques » (68): pour traiter les brûlures, on avait par exemple recours « feu contre feu », à des compresses de vinaigre ou d'eau de vie; pour faire tomber la fièvre, on couvrait le malade et on lui faisait prendre des infusions chaudes; pour traiter un enfant qui avait la rougeole, on lui faisait porter une étoffe rouge. L'idée était à la fois de favoriser l'expression du symptôme et de l'attirer à l'extérieur du corps, afin d'accélérer le processus de guérison.



L'ail était une plante phare du traitement des maux de dents, notamment ceux attribués aux caries. On utilisait cette plante en cataplasme sur la joue ou en application directe sur la dent. D'autres l'utilisaient en bouchon dans le conduit auditif que l'on pensait en communication avec les dents. On croyait en son efficacité en raison de la forme de sa gousse évocatrice de celle d'une dent mais aussi du fait de ses qualités de vermifuge. Cela faisait de l'ail un remède de choix pour traiter les maux de dent dont on attribuait parfois la responsabilité à la présence du parasite dans la dent.

Illustration d'un cataplasme, carte postale, 20ème s.

Le clou dans le mal



Jusquiam ou herbe dite de Sainte Apolline

De nombreuses autres recettes destinées à traiter le vers dentaire prévoyaient d'obturer la cavité dentaire soit directement sur la dent soit en introduisant des produits par l'oreille, dans le but de l'asphyxier. Le clou de girofle, planté dans la dent, empalait ainsi le vers et par ses propriétés calmantes soulageait la douleur. Des tampons de ouate imbibés d'eau de vie glissés dans la cavité dentaire tuaient aussi le parasite et bouchaient le trou, de même que des préparations à base de cendres animales, de pain bénit ou de lait de femme (38).

La jusquiam, autrement nommée « herbe de Sainte Apolline » était une plante renommée pour soulager efficacement les douleurs d'origine dentaire. Réputées pour leur vertu vermifuge, les graines étaient utilisées en application directe sur la dent. Des fumigations de la plante pouvaient également être effectuées.

Une autre pratique qui n'était d'ailleurs pas spécifique aux maux de dents, consistait à planter dans le tronc d'un arbre miraculeux, un clou préalablement mis en contact avec la zone du corps à traiter. Cela permettait de se débarrasser du mal. Ainsi dans le département du Maine et Loire, à la fin du XIXème siècle, à proximité de Montjean-sur-Loire, un chêne criblé de près de 200 clous était réputé soulager les maux de dents (40).



Arbre à clou: chêne réputé guérir les furoncles, forêt de Saint-Mars-la-Jaille (44)

Les objets de dentition



Racine de violette, également appelée racine d'iris, 21ème s.

Qu'ils soient racines végétales, hochets ou quignon de pain, ces objets sont destinés à être mordillés par le jeune enfant dont « les dents travaillent ». Par le passé, on proposait souvent à l'enfant des racines de guimauve, des bâtons de réglisse, des bois durs à mâchonner ou encore des os d'animaux. Aujourd'hui, la racine d'iris, également appelée racine de violette, est un produit très prisé des mères. Sa texture élastique et ses propriétés bienfaisantes apaiseraient les maux de dents. De nombreux marchands de vente par correspondance en vantent les mérites.

Le hochet fait lui aussi partie de ces objets de dentition. Jouet très ancien, il est utilisé dès l'Antiquité où on lui reconnaît la faculté de distraire l'enfant grâce, d'une part, à sa forme qui facilite son agrippement, mais aussi du fait du tintement amusant des grelots ou de la dent de loup qui l'ornent. Il a l'avantage de faciliter le développement de la dentition en attendrissant la gencive de l'enfant qui le mordille. La dent de loup ou les grelots qu'il contient sont de plus, dotés de vertus protectrices qui mettent à l'abri du « mauvais œil », la dent de loup protégeant, qui plus est, des accidents de la dentition (73). Le hochet a traversé les époques et les âges, et reste encore aujourd'hui un des jouets les plus proposés par les parents aux jeunes enfants. Il a donné naissance aux anneaux de dentition, hochets ayant perdu leur fonction ludique première, consacrés à l'apaisement des maux de dents. Il en existe de toute sorte, dotés de surfaces en reliefs censées masser les gencives, avec des parties vibrantes ou à réfrigérer afin de soulager le nourrisson par l'application de froid. Ils font l'objet d'un commerce florissant.



Hochets anciens, ivoire, argent, nacre et corail
Source: Exposition *L'art dentaire, croyances, soins, préventions*, Rouen 2006



Objets de dentition, 21ème s.

Des aliments à mâcher, tels que le pain ou la pomme furent bien entendu très utilisés (38). Jean-Jacques Rousseau, au siècle des Lumières, remet d'ailleurs en question l'utilisation du hochet, affirmant que « les corps durs appliqués sur les gencives, loin de les ramollir, les rendent calleuses, les endurent, préparent un déchirement plus pénible et plus douloureux ». Aussi, il préconisa « que les enfants s'accoutument à mâcher; c'est le vrai moyen de faciliter l'éruption des dents », ajoutant: « Je leur ferais donc mâcher des fruits secs, des croûtes. Je leur donnerais pour jouer de petits bâtons de pain dur ou de biscuit semblable au pain de Piémont, qu'on appelle dans le pays des grisses. À force de ramollir ce pain dans leur bouche, ils en avaleraient enfin quelque peu: leurs dents se trouveraient sorties, et ils s'en trouveraient sevrés presque avant qu'on s'en aperçût » (73). En Anjou, il était coutume lors de la cérémonie des relevailles (lorsque l'accouchée se relevait de couches) que la mère entende la messe un cierge à la main et offre un pain à l'église. On prélevait ensuite le croûton de ce pain et la mère le rapportait chez elle pour le faire sucer au bébé « afin de lui éviter les maux de dents et de le fortifier » (38). On voit donc que les aliments offraient l'avantage d'allier

facilitation de la dentition et évolution vers une alimentation nouvelle. Aujourd'hui encore, c'est bien naturellement que les parents continuent de proposer à leur enfant un quignon de pain ou un biscuit à mâcher.

Les colliers de dentition et les amulettes

Initialement, les colliers de dentition étaient portés longs. Des objets de dentition, semblables à des pendeloques, y étaient suspendus et mâchonnés par l'enfant. Accrochés au cou, cela garantissait peut-être qu'ils ne soient égarés, avalés ou encore salis. On retrouvait ainsi toutes sortes de racines utilisées en pendentifs: iris, angélique, guimauve, etc. Les racines de pivoine montées en collier long pouvaient également être mâchonnées et avaient l'avantage, de part leurs propriétés sédatives et antispasmodiques, de protéger contre les convulsions. La protection contre l'étouffement en cas de convulsion se trouvait renforcée du fait qu'elles soient portées autour du cou. D'autres objets (pierres, dents, bois) destinés à être mâchonnés pouvaient aussi être fixés au collier.

Le collier d'ambre était très utilisé. Initialement il se présentait également sous forme d'une pendeloque d'ambre, accrochée à un long collier ce qui permettait à l'enfant de le porter à la bouche pour le mordiller. On conférait de plus à la pierre des vertus magiques. Les gisements d'ambre principalement situés en mer Baltique faisaient, dès l'Antiquité, l'objet d'échanges commerciaux. La route de l'ambre acheminait les résines précieuses depuis ces contrées nordiques jusqu'à la mer méditerranée. Aussi, il était fait de multiples usages de l'ambre en Grèce et en Égypte antiques (préparations de remèdes médicaux, parures et parfums). Le mode de découverte de ces pierres, mystérieusement rejetées par les flots sur les côtes, a-t-il contribué à conférer à l'ambre sa réputation magique? Serait-ce la mythologie grecque qui, faisant des perles d'ambre, les larmes solidifiées des Héliades pleurant leur frère disparu, aurait forgé cette renommée? On raconte aussi que Thalès, philosophe et mathématicien grec (625 – 547 av. J.C.), frottant l'ambre contre une étoffe, décrit qu'elle avait le pouvoir d'attirer à elle les corps légers. L'ambre, nommée alors *elektron* aurait ainsi donné son nom à l'électricité. De laquelle de ces légendes l'ambre aurait-elle hérité son pouvoir magique? Nul ne le sait, mais ses vertus ont traversé les âges et les cultures. Le collier, perdant sa fonction première d'objet de dentition, se serait ensuite raccourci, pour ne plus garder que ses pouvoirs magiques de protection contre les maux dentaires (notamment les convulsions) et d'attraction de la dent. On retrouverait trace de ce collier tout le long de la route de l'ambre. En France, son utilisation a quasiment disparu à la fin du XIX^{ème} siècle. Aujourd'hui, depuis une dizaine d'années, on assiste à la renaissance d'un véritable engouement pour ce collier. Porté court, en collier ou en bracelet, il fait l'objet d'un commerce en pleine expansion mais aussi du marché de la contrefaçon, signe de son succès populaire! On confère à l'ambre véritable le pouvoir d'éviter les maux de dent, d'apaiser la nervosité et d'empêcher les irritations des plis du cou du nourrisson. Son efficacité est assurée dit-on, si l'ambre est portée à même la peau, ce qui lui permet de libérer son pouvoir, via son « magnétisme », ou par l'effluve de ses « huiles essentielles ». Certains conseillent de l'exposer au soleil afin de recharger son pouvoir.



Collier d'ambre, 21ème s.



Collier de noisetier et perles de pierre, 21ème s.

Par le passé, les colliers protecteurs étaient également constitués d'autres matériaux. Le corail rouge, dur comme la dent à venir et dont la couleur évoquait celle du sang qui perle de la gencive lorsqu'on l'incise, était considéré comme protecteur de l'enfant et plus particulièrement des accidents de la dentition. C'était un matériau noble plutôt prisé des familles bourgeoises. Plus simplement, on trouvait des colliers dont les perles étaient confectionnées dans des tiges de lierre. L'enfant devait porter le collier jusqu'à ce que toutes les perles tombent, celles-ci disparaissaient d'ailleurs au rythme où les dents sortaient (38). Les colliers en perle de noisetier sont encore portés de nos jours.



Collier de dents de loup, Fécamp, 19ème s.
Source: Exposition *L'art dentaire, croyances, soins, préventions*, Rouen 2006

L'enfant portait également des amulettes protectrices, attachées autour de son cou ou à son vêtement. Ces amulettes étaient souvent composées de dents animales, telles des dents de vipère ou de loup, animaux dont la morsure était particulièrement redoutée. Montées en collier ou enfermées dans un petit sachet accroché au cou, elles protégeaient l'enfant des agressions extérieures et attiraient à elles la dent à venir. Ailleurs, on confectionnait des petits sachets renfermant des têtes de limaces ou les concrétions calcaires qu'elles contiennent et on les suspendait au cou de l'enfant. Inutile d'insister sur le pouvoir symbolique d'un tel procédé. Mais l'amulette la plus prisée était la patte de taupe.

La taupe



Amulette protectrice, passementerie, os et peau de taupe, Provence, fin 19^{ème} s.
Source: Museon Arlaten, musée départemental d'ethnographie

au bonnet de l'enfant (75). Cousues dans un sachet accroché à son cou, les pattes de taupe traitaient également les convulsions que l'on pensait liées à la dentition (75). La peau d'une taupe mâle, dépouillée vivante et appliquée sur la tête de l'enfant, poils en dehors, calmait quant à elle les maux de tête (75). Aujourd'hui encore, des sachets renfermant des pattes de taupe, épinglés au maillot de l'enfant restent utilisés par certains parents.

On fabriquait également en Anjou du fil de taupe. Il suffisait pour le préparer de trouver une taupe mâle et de lui traverser le cou de part en part au moyen d'un fil et d'une aiguille, de sorte que le fil soit bien rouge. Ce fil apposé sur une plaie avait la faculté de stopper l'hémorragie (40). Accroché au cou, il calmait les convulsions des enfants (75).

Enfin la main taupée, c'est à dire la main qui avait permis d'étouffer une taupe, permettait de guérir les maux de dents et les coliques. En Anjou, on précisait qu'il fallait trouver la taupe sans la chercher et qu'à la condition qu'on étouffe l'animal avec la main gauche, celle-ci serait dotée de propriétés merveilleuses (40). Dans le Baugeois, on recommandait d'inciser la peau d'une taupe mâle et d'introduire l'index entre chair et cuir, jusqu'à ce que mort s'en suive. Il suffisait ensuite d'apposer le doigt sur la dent malade pour obtenir une guérison immédiate (75).

Patricia Gaillard-Seux, chercheuse et enseignante angevine en histoire ancienne, décrit combien la taupe avait déjà une grande place dans la magie médicale antique. Pline l'Ancien et Marcellus en décrivaient déjà les nombreux usages ainsi que la place privilégiée réservée à

l'animal en magie. Elle rapporte ainsi les propos de Pline: « De tous les animaux, c'est la taupe que les mages admirent le plus... Il n'est pas de viscères auxquels ils accordent plus confiance, il n'est pas d'animal qu'ils regardent comme plus propre aux rites superstitieux... ». La taupe était ainsi utilisée comme ingrédient dans la préparation de remèdes (la cendre de taupe dans du miel traitait les écrouelles). On l'utilisait également en amulette: la dent de taupe attachée sur soi soignait les maux de dents, la patte droite guérissait quant à elle les écrouelles (74). La parenté entre l'utilisation de la taupe, ainsi que de nombreuses autres recettes médicales, dans la médecine antique et dans notre médecine populaire est saisissante. Ces recettes ont probablement été diffusées depuis l'Antiquité pour atteindre progressivement nos contrées, y être intégrées à la médecine populaire et finalement réinventées.



Collier de pattes de taupes, Normandie, 19ème s.
Source: Exposition *L'art dentaire, croyances, soins, préventions*,
Rouen 2006

Quelles sont les raisons justifiant l'emploi de la taupe en matière de maux de dents? Françoise Loux y voit diverses explications (38). D'abord, les pratiques rituelles ayant recours à la taupe, aussi diverses soient elles, ont en commun leur violence: l'animal doit être capturé et souvent mutilé vivant. Ainsi, la douleur subie par l'animal remplacera et empêchera peut-être celle de l'enfant. Mais tuer l'animal, n'est ce pas aussi symboliquement tuer l'animalité et le potentiel d'agressivité qui naissent en l'enfant au moment où ses dents apparaissent? Cette symbolique se trouve renforcée si l'on connaît la frénésie et la voracité de cet animal lorsqu'il fond sur sa proie. De plus, les pattes de taupe, dont la morphologie évoque étrangement celle d'une main humaine miniature, représentent l'outil de perforation, conférant à l'animal une place thérapeutique privilégiée en matière de percée dentaire: ainsi, telle la taupe dans son monde souterrain, la dent cherche son chemin, se fraye un passage dans la gencive de l'enfant. Le royaume souterrain de la taupe ainsi que la cécité de l'animal évoquent enfin les ténèbres, la mort et l'enfer: tuer cet animal chthonien revient en quelque sorte à repousser la menace de mort qui pèse sur l'enfant.



Le taupier breton, carte postale, 20ème s.

Le taupier était un personnage d'importance dans les campagnes d'autrefois. Il était appelé sur les terrains lorsque l'animal en trop grande abondance fragilisait les cultures. Le métier exigeait un savoir faire et une grande habilité. D'ailleurs, on était taupier de père en fils et seules quelques familles qui « avaient le don » se partageaient la tâche. Le taupier faisait également commerce des fourrures de l'animal. Il fournissait selon ses dispositions les pattes thérapeutiques de l'animal à qui le lui demandait. C'était un personnage mystérieux à qui l'on vouait crainte et répulsion. On lui attribuait des pouvoirs magiques notamment dans le domaine de la sorcellerie. On l'accusait d'ailleurs d'attirer les taupes de la région sur les terres des paysans ne faisant pas appel à lui ou encore de laisser sciemment quelques spécimens afin que l'animal ne disparaisse jamais totalement. C'était un personnage solitaire, dont on se tenait à l'écart, sauf en cas de nécessité (38; 76).

L'homéopathie

Le principe de cette thérapie consiste à administrer au malade des doses infinitésimales d'une substance choisie, en fonction de la pathologie présentée par le patient et selon le principe de similitude (c'est à dire que cette substance, administrée à une personne en bonne santé, provoquerait des symptômes semblables à ceux du malade). Considérer l'homéopathie comme une médication populaire est discutable, car il s'agit d'une médecine alternative récente et qui plus est, savante. C'est en effet à la fin du XVIIIème siècle qu'elle est inventée par un médecin saxon, le Docteur Hahnemann. Malgré cela, on peut remarquer que le principe de similitude sur lequel se fonde cette thérapie est en réalité beaucoup plus ancien. La médecine populaire fonctionne déjà depuis bien longtemps sur le principe de l'homéopathie. L'exemple en est celui de la médecine des signatures: « la cure, fondée sur l'analogie des formes et des couleurs, consiste à administrer au malade des substances de même famille que sa maladie », souligne François Laplantine (68). L'homéopathie reprend également l'utilisation de plantes médicinales, bien connues de la pharmacopée populaire. Le fait que la médecine populaire s'enrichisse d'une pratique savante n'est pas non plus inédit: cela s'est produit à bien des époques, dans bien des cultures. Enfin, l'utilisation qui en est faite en automédication montre combien les patients se sont appropriés cette thérapie.

Les principales substances préconisées dans le cadre des poussées dentaires sont *chamomilla* et *belladonna*. La camomille aurait des vertus excitantes. Administrée à très faible dose, elle aurait donc l'effet opposé de calmer la nervosité du jeune enfant, à quoi s'ajouteraient des fonctions anti-inflammatoires et antipyrétiques. La belladone présente des effets de type atropinique. Son absorption à dose minime aurait des vertus antipyrétiques et anti-inflammatoires.

2.3.3- La dévotion aux Saints protecteurs et guérisseurs

Le culte de Sainte Apolline



Sainte Apolline d'Alexandrie, Francisco de Zurbarán
Peinture à l'huile sur toile, vers 1636
Musée du Louvre

La Sainte la plus invoquée en matière de poussées dentaires est Sainte Apolline. Apolline vivait à Alexandrie et y fut martyrisée en 249, au cours d'une révolte, durant laquelle des païens pillèrent les maisons des chrétiens et lapidèrent plusieurs fidèles. Lors de son martyre, elle aurait eu, selon les versions, la mâchoire brisée à coups de pierre par ses agresseurs ou les dents lui auraient été arrachées ou plus exactement expulsées alors qu'on lui brisait la mâchoire à coups de pierre. Refusant de prononcer les formules de l'impiété réclamées par ses bourreaux, elle s'immola, se jetant dans un bûcher préalablement allumé par les assaillants. Elle y mourut, brûlée vive (77).

Apolline figura au martyrologe à partir du IX^{ème} siècle et fut canonisée en 1634 (77). Son culte se propagea au XIII^{ème} siècle, tant et si bien qu'on dénombrait un peu partout à la fin du XVIII^{ème} siècle, de très nombreuses reliques de la Sainte (on aurait dénombré plus de cent dents lui appartenant!) (37). Elle devint également la patronne des dentistes. Apolline fait l'objet de nombreuses représentations, picturales et sculpturales. On la voit parfois représentée avec un bourreau qui lui arrache les dents. Elle est plus souvent figurée seule, avec ses attributs à la main: une grande tenaille et une dent. Son

visage est des plus impassibles, témoignant de sa grande résistance au mal. Souvent elle porte l'auréole des saints et la palme des martyrs (77).



Martyre de Sainte Apolline, Anonyme
Sculpture sur bois polychrome, 16ème s.
Chapelle Notre-Dame-de-la-Houssaye, Pontivy (56)



Statue de Sainte Apolline dans laquelle sont fichées des épingles
Eglise Sainte-Eugénie, Sainte-Eugénie (50)
Source: Claude Rayon

Par l'intermédiaire d'un saint intercesseur, l'efficacité d'une prière implorant Dieu dans l'espoir d'une guérison est renforcée. Ainsi, dans le cadre des maux de dents, et particulièrement ceux des poussées dentaires, on invoque Sainte Apolline aussi bien de manière préventive que curative. Aujourd'hui encore, les modalités pour invoquer la bienveillance de la Sainte sont multiples: port de médaille, cierges, prières et neuvaines sont d'usage. Une pratique autrefois courante, qui tend aujourd'hui à disparaître, consistait à effectuer des rituels auprès des fontaines guérisseuses dédiées à divers saints. Ainsi, dans le Finistère, à Ergué Gaberic, il était coutume de jeter des croix de bois dans la fontaine Sainte Apolline afin d'être soulagé des maux de dents. Encore aujourd'hui, on peut un peu partout se recueillir devant les statues de la Sainte et se prêter avec elle à diverses pratiques magiques. L'une d'elles consiste par exemple à toucher la statue à l'endroit correspondant à la douleur dentaire. La circumambulation permet d'obtenir les faveurs de la Sainte en effectuant le tour de la statue (généralement trois fois, dans le sens des aiguilles d'une montre). D'autres rituels symbolisent l'échange qui s'opère entre la Sainte et la personne à soigner. On dit que certains fidèles venus prier en la chapelle Sainte Apolline de Kervréach dans le Finistère, ôtaient des fragments de statue qu'ils mâchonnaient ensuite. En Mayenne, à Pontmain, les fidèles enfonçaient des épingles dans la figure de la statue, afin de se décharger de leur mal (38). A Sainte-Eugénie dans la Manche, c'est plutôt dans la robe de la statue d'Apolline que sont fichées les épingles (78). Une autre pratique ayant encore lieu dans le Maine et Loire à Passavant-sur-Layon, consiste en un échange de rubans: un ruban est apporté et déposé sur la statue de la Sainte, tandis qu'un second est prélevé sur la statue et est ensuite noué au poignet

ou accroché aux vêtements de l'enfant à traiter. Un culte identique avec échange de rubans a lieu à Ouville-la-Rivière en Seine Maritime, devant une pierre dite de Sainte Apolline. Ces pratiques figurent de manière symbolique l'échange de la souffrance de l'enfant, contre la guérison de la Sainte (68).



Statue de Sainte Apolline avec rubans
Chapelle Notre Dame de pitié, Passavant-sur-Layon (49)

On peut enfin invoquer le soutien de Sainte Apolline en effectuant un pèlerinage. Par le passé, des pèlerinages étaient recensés un peu partout. Aujourd'hui, si les fidèles sont moins nombreux à faire ce type de voyage, certains lieux de culte persistent. Ainsi, depuis des générations, de nombreux parents emmènent leur enfant en l'église de Lézat-sur-Lèze dans l'Ariège qui conserve des reliques de Sainte Apolline. Le curé de la paroisse déclare accueillir vingt à trente nourrissons par semaine. Le rituel consiste à appliquer la dent de la Sainte sur la gencive du jeune enfant. La dent est désinfectée entre chaque enfant, assure le curé (79)! A Bernac, dans le Tarn, les familles affluent chaque premier dimanche du mois, à onze heures et sont accueillies par deux dames laïques, parfois aidées du curé. A chaque fois, entre trente-cinq et soixante nourrissons font le déplacement. Le rite consiste à appliquer sur la joue de chaque enfant le reliquaire doré, contenant une dent et un fragment de mâchoire de la Sainte (80). A Samatan dans le Gers, l'abbé invoque la Sainte et passe la dent relique autour de la bouche de l'enfant. Il remet ensuite aux parents une médaille accompagnée d'une prière (81).



En l'église de Lézat sur Lèze, « le rituel consiste à appliquer la dent de la Sainte sur la gencive du jeune enfant ». Source: Le point.fr



« A Samatan dans le Gers, l'abbé évoque la Sainte et passe la dent relique autour de la bouche de l'enfant ». Source: La depeche.fr - Photo DDM

Les cultes des autres Saints guérisseurs

D'autres Saints guérisseurs pouvaient par le passé être invoqués en la matière. Saint Laurent, dont le supplice fut de brûler à petit feu sur un gril, était un Saint guérisseur spécialiste du feu et donc principalement des brûlures, mais il avait également le pouvoir d'apaiser les maux de dents. Saint Hubert, chasseur à ses heures, dominait les bêtes sauvages et était de ce fait le guérisseur de la rage. Il était parfois sollicité en matière de poussées dentaires. On citera également Saint Avertin, Saint Maur, Sainte Philomène, Sainte Radegonde, ou encore Saint Blaise.



Collier de Notre Dame des Ardilliers, 21ème s.

Dans la région de Saumur, on peut encore solliciter la Sainte Vierge de Notre Dame des Ardilliers pour soulager les poussées dentaires. Au XVème siècle, une piété y fut découverte par un paysan cultivant son champ. On dit qu'il emporta à deux reprises la statue chez lui mais qu'elle revint à chaque fois sur son lieu de découverte, à proximité d'une fontaine réputée depuis fort longtemps pour ses eaux bienfaisantes. La statue, finalement exposée à la dévotion, fit rapidement l'objet d'un culte local. De nombreux miracles lui furent attribués et firent sa réputation, tant et si bien que Notre Dame des Ardilliers devint l'un des lieux de pèlerinage les plus fréquentés du Royaume de France au XVIIème siècle. Par la suite, son influence déclina progressivement. Malgré cela, Notre Dame des Ardilliers reste aujourd'hui invoquée, tout particulièrement en matière de poussée dentaire. La communauté religieuse confectionne et adresse par voie postale contre donation un collier protecteur, constitué d'une médaille de la vierge et de perles de buis (bois réputé pour sa vertu sédative). Le collier est accompagné d'une prière.

2.3.4- Le recours aux guérisseurs

Le patient peut avoir recours à deux types de guérisseurs: le traditionnel, également nommé « panseur de secret » et le moderne. Dans la cure du guérisseur traditionnel, l'efficacité du soin passe avant tout par la parole et la puissance du verbe. Pour le soin des maux de dents, comme des autres pathologies qu'il traite, le guérisseur a recours à l'utilisation d'une formule tenue secrète. Souvent celle-ci est bâtie sur un mode invocatoire, appelant l'aide d'un saint guérisseur, dont sont rappelés avec respect et emphase les actes glorieux et les vertus qu'on lui attribue. D'autres fois, ces formules s'apparentent à une sorte d'exorcisme: le guérisseur, sur un ton ferme, « commande, ordonne, adjure » que le mal disparaisse du corps de la personne souffrante (78). Ces formules secrètes se prolongent souvent par la récitation du « Notre Père » ou du « Je vous salue Marie ».

A la force de la parole s'associe celle du geste. Il est le plus souvent effectué de la main droite, main considérée comme bénéfique à la différence de la gauche, utilisée par les jeteurs de sort pour leurs maléfices. L'index, doigt qui désigne et le pouce, doigt réputé pour sa force, sont les plus utilisés. Le plus souvent, l'opérateur débute le soin en traçant symboliquement de l'un de ces doigts, un cercle autour de la zone à traiter: il circonscrit ainsi le mal dans un espace délimité, l'empêchant de s'étendre ou de fuir. Puis le guérisseur barre cette zone d'un signe de croix, ce qui contribue à anéantir la maladie ou la douleur. Il peut également faire usage du souffle en expirant sur la zone à traiter. Ainsi, il apaise, « refroidit » les maux de la personne souffrante (78).

La place du sacré dans la cure du panseur de secret est centrale: signe de croix, invocation des saints, prières, sont autant de références à la religion. Cela distingue d'ailleurs fondamentalement sa pratique de celle du guérisseur moderne et lui confère une place d'intermédiaire entre l'homme et le divin (68). Cette référence à la religion est probablement héritée d'une époque où l'on pensait la maladie et la santé œuvres de volonté divine. C'est donc naturellement que la cure thérapeutique se situait dans le domaine du sacré. Aujourd'hui, ces signes religieux ne correspondent plus à l'expression de la foi du guérisseur ou de son patient mais continuent d'inscrire ce soin dans la symbolique d'un moment sacré, empreint de solennité.

Chaque guérisseur a éventuellement recours à d'autres pratiques thérapeutiques, fonction du patient, de la situation morbide ou de sa pratique. La cure peut être ensuite prolongée par la recommandation de remèdes (préparations à base de plantes, port d'amulettes, etc), la récitation de prières ou l'accomplissement de rituels conjuratoires.

Françoise Loux, dans son ouvrage *L'ogre et la dent*, relate le déroulement d'une séance de conjuration de maux de dents. Le panseur de secret débute la séance en énonçant la formule suivante (38):

*Sainte Apolline,
Belle et divine,
Étant assise auprès d'un arbre,
Sur la blanche pierre de marbre,
Jésus notre sauveur*

*Là passant par bonheur
Lui a dit: « Apolline,
Qu'est ce qui te chagrine?
-Je suis ici, maître divin,
Pour ma douleur, pour mon chagrin
J'y suis pour mon chef et pour mon sang
Et pour mon mal de dent. »
Jésus a dit: « Apolline, t'as la foi. »*

Puis le thérapeute imite les signes de croix avec son pouce tout en soufflant sur la joue du patient en regard de la zone douloureuse. Il dit ensuite à trois reprises:

*Sur mon commandement, ô mal, détourne toi!
Si c'est une goutte de sang, elle séchera;
Si c'est un ver, il périra.*

Il recommande enfin la récitation de cinq « Pater » en souvenir des souffrances endurées par le Seigneur sur la croix.

Dans le Beugeois au début du XXème siècle, Camille Fraysse rapportait une variante à ce traitement: dans le souci de compléter l'efficacité thérapeutique, le guérisseur recommandait au patient de se couper les ongles des pieds et des mains après la cure, deux lundis de suite (75).

Le guérisseur moderne, qu'il soit magnétiseur, ostéopathe, iridologue, radiesthésiste ou encore étio-pathe, procède à la « réintégration de la pensée magique dans le courant de la science expérimentale », selon les termes de François Laplantine (68). A la différence du guérisseur traditionnel, issu le plus souvent de la campagne, qui « panse » avec discrétion et charité, le guérisseur moderne se pose lui, en véritable professionnel. Il est installé en cabinet, a le plus souvent une salle d'attente bien remplie et exerce son art moyennant rémunération. Il se situe « sur un terrain para-scientifique tout aussi étrange et incompréhensible des populations rurales que des savants diplômés des universités » souligne François Laplantine. Ces guérisseurs s'apparentent donc bien plus à une figure savante que leurs confrères traditionnels, « caricaturant » en quelque sorte la médecine scientifique. Aujourd'hui le recours aux guérisseurs modernes semble prendre le pas sur la consultation des guérisseurs traditionnels. Reste à savoir si on peut qualifier ce recours de populaire.

III- Représentations associées aux dents

Les représentations correspondent aux perceptions, aux images mentales, le plus souvent inconscientes, qu'associe un sujet à un objet (au sens large du terme). En matière de poussée dentaire, certaines de ces représentations font spécifiquement écho aux dents de lait. D'autres, font référence aux dents en général. Le décryptage de ces représentations permet de mieux appréhender l'importance que la question des poussées dentaires peut revêtir aux yeux des parents. Il apporte également un éclairage quant aux pratiques médicales populaires qui leur sont associées. Trois principales représentations en lien avec l'éruption des dents lactéales seront distinguées: la vie, la mort et l'agressivité.

3.1- Les dents et la vie

3.1.1- L'éruption des dents, une étape de la croissance

Achèvement du corps de l'enfant



Première dent, carte postale, début 20ème s.

Le corps de l'enfant à la naissance est inachevé. Bien qu'il possède déjà tous les organes internes et externes qui vont lui permettre de vivre et de se développer en tant qu'enfant, puis qu'adulte, bon nombre de ses fonctions sont encore immatures, et une chose lui fait encore défaut: il s'agit de ses dents. Cette notion d'inachèvement du corps de l'enfant se retrouve en filigrane dans certaines pratiques de puéricultures anciennes aujourd'hui abandonnées, mais qui soulignent combien cette question était présente pour les parents (9). Le corps du tout petit était par exemple sujet à des pratiques de façonnage. Dès la naissance, il était d'usage que la mère demande à la sage-femme de modeler le crâne de son enfant, afin de donner à sa tête une forme plaisante. Celle-ci lui pinçait également le nez, pour le rendre droit. Ensuite, l'enfant était langé dans un maillot serré et couché dans un berceau étroit auquel il était attaché. Ces pratiques permettaient bien entendu de tenir au chaud et en sûreté le nouveau-né, mais elles avaient aussi la fonction de rigidifier un

corps dont l'absence de tonus inquiétait et vis à vis duquel on redoutait que, non soutenu, il ne reste mou ou ne se déforme.

Aujourd'hui, bien que ces pratiques de façonnage corporel aient disparu (ou presque, si l'on considère le recours croissant à l'ostéopathie pour les nouveaux-nés), l'idée d'immaturité caractérise toujours le nouveau-né. Celui-ci est dans une situation de totale dépendance tant physique que psychique à l'égard de sa mère (ou de son substitut). Il a besoin d'elle pour réguler sa température, s'alimenter et assurer les conditions de sécurité, d'amour et d'environnement nécessaires à sa survie. Au fil du temps, sa maturation physique et psychique va lui permettre de se développer et d'acquérir progressivement une certaine autonomie. L'apparition de la première dentition vient ainsi symboliser une part d'achèvement somatique du nourrisson, mettant un terme à cette période de dépendance absolue. Bien sûr, le jeune enfant reste par la suite étroitement lié à la personne qui prend soin de lui, mais dans une dimension qui ne relève plus de la survie. Il est désormais paré, comme en témoigne l'expression, à « croquer la vie à pleines dents ». D'autres étapes, telles que l'acquisition de la marche, puis celle de la parole, elles-mêmes très attendues des parents, symbolisent également cette autonomisation du nourrisson et un certain achèvement physique.

Les dents utiles

Les dents sont nécessaires à diverses fonctions. La fonction de mastication est celle qui est la plus évidente. L'apparition des dents permet l'évolution de l'alimentation de l'enfant d'une alimentation uniquement lactée vers une alimentation solide et diversifiée.

Une fonction moins connue de la dentition, mais néanmoins importante est celle relative à l'acquisition du langage. Le son de la voix se forme au niveau du larynx et des cordes vocales. Le langage est constitué par la modification du son au niveau du pharynx, de la cavité buccale et des fosses nasales. La denture lactéale donne à la langue les appuis nécessaires à la prononciation de certains phonèmes.

Enfin, les dents ont une autre fonction capitale: celle de contribuer à la formation du sourire. « Bel enfant, jusqu'aux dents » dit le proverbe. Cette implication leur confère une fonction esthétique importante. La société reconnaît parmi les critères de beauté des dents blanches et saines, garantes d'un sourire éclatant. A l'inverse, des dents gâtées, associées à une



Affiche publicitaire, Paris, début 20ème s.



Affiche publicitaire Colgate, Belgique, 1951

image dévalorisante, sont souvent attribuées à un défaut d'hygiène ou à la pauvreté. Par ailleurs, le sourire a une fonction sociale primordiale. Il est le vecteur de l'expression de divers sentiments (joie, gêne, ironie) et constitue un support essentiel de communication et d'échange entre les individus.

Les dents, rites de passage

Les dents accompagnent et rythment les différentes étapes de la vie. La première dentition est associée à la petite enfance. La chute des dents temporaires et la seconde dentition accompagnent la période de l'enfance. La mise en place des dents définitives correspond à l'entrée dans l'adolescence. Le début de l'âge adulte sera ponctué par l'éruption des dents de sagesse. La perte des dents définitives sonnera quant à elle le temps de la vieillesse.

L'apparition et la disparition des dents, comme autant de mues, s'associent à la croissance et à la maturation de l'homme, depuis la période de sa plus tendre enfance jusqu'à celle de sa mort. Ces changements ont valeur de rites de passage, accompagnant l'individu d'un statut à un autre. Bien sûr, l'évolution de la dentition est loin d'être un phénomène isolé. Elle s'associe à d'autres maturations physiques et psychiques, parfois bien plus manifestes. Malgré tout, les dents sont à chaque fois, associées à ces étapes de la vie.



La première dent, la dernière dent, Louis-Léopold Boilly, lithographies, 1826
Bibliothèque nationale

La légende de *la petite souris* est une pratique rituelle, qui accompagne l'enfant lors de la chute de ses dents. L'enfant place sous son oreiller avant de se coucher la dent de lait qu'il a perdue. Le lendemain, il constate que la dent a disparu, emportée par l'animal, qui aura déposé en échange un petit présent (sou ou friandise, le plus souvent.). D'autres versions font intervenir non pas une souris, mais une bonne fée, voire même la Sainte Vierge (75). Par le passé, la souris n'apportait pas de cadeau. On espérait simplement, en échange de la dent

perdue, obtenir une dent aussi fine, aussi blanche et solide que celles du rongeur. On attribue l'origine de cette pratique rituelle à une croyance ancienne, selon laquelle, si une dent de lait était perdue et ensuite avalée par un animal, la dent qui repousserait prendrait une forme semblable à celle de l'animal (38; 75; 82). Ainsi, d'une manière générale, on ne se débarrassait pas à la légère de ses dents. De nombreux rituels désormais désuets, en attestent. Aujourd'hui encore, l'histoire de *la petite souris* permet à l'enfant de supporter la perte de sa dent et donc de son intégrité corporelle, dans l'attente d'une dent définitive, qui mettra souvent plusieurs semaines à venir.

Il est intéressant de noter le parallèle entre le rituel qui fait venir la dent de lait et celui qui accompagne sa disparition. Tous deux font intervenir des rongeurs: la taupe et la souris. D'ailleurs, le terme de « ratiches », utilisé en argot pour désigner les dents, n'est pas sans rappeler ces animaux. Certes, la taupe et la souris vivent et se frayent des chemins, à l'abri des regards, à l'image des dents dans la gencive. Malgré cela, comme le souligne Françoise Loux, tout les oppose: « La taupe est dévastatrice, sauvage et maléfique; la souris, même si elle cause des dégâts dans les provisions familiales, est quasi domestiquée. La taupe détruit et dévore, la souris mange. Elles sont toutes deux bénéfiques à la sortie des dents, mais on torture la première alors que l'on cajole la seconde » (38).

L'enfant devient un être social

L'éruption des premières dents marque de manière symbolique, une étape dans la socialisation du jeune enfant. Cette première dentition s'accompagne, cela a précédemment été souligné, du sevrage de l'allaitement et donc du sevrage d'un « corps à corps » qui unissait l'enfant à sa mère depuis les premiers instants de la conception. Désormais, l'enfant va pouvoir progressivement se séparer et donc s'autonomiser. A cette séparation, s'ajoute pour le jeune enfant l'accès à une alimentation nouvelle, diversifiée. Cette nourriture offre de plus à l'enfant des perspectives de socialisation, en cela qu'elle ne passe plus exclusivement par le corps maternel et qu'elle peut se partager avec les autres membres de son entourage.

3.1.2- Dents et sexualité

Poussée dentaire et fertilité

Par le sevrage et la séparation qu'elles induisaient entre la mère et le nourrisson, les poussées dentaires marquaient autrefois le réinvestissement du couple parental: la femme retrouvait à cette occasion une place d'épouse vis à vis de son mari, place qu'elle avait pu transitoirement abandonner pour se consacrer au soin de son enfant. L'allaitement maternel constituait quant à lui l'une des seules méthodes de régulation des naissances. L'apparition chez le nourrisson des premières dents s'associait donc au retour de la fécondité pour le couple. L'avènement de la contraception a permis aujourd'hui une certaine maîtrise de la fertilité. Celle-ci n'est en tout cas plus tributaire des poussées dentaires. Reste à savoir si fertilité et éruption dentaire continuent d'être associées dans l'inconscient des parents.

Cavité buccale et sexualité

Dans ses *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Sigmund Freud décrit le stade oral comme première étape de la sexualité infantile (83). Dans sa théorie, la cavité buccale constitue le support des premiers investissements libidinaux. Ce point crucial sera plus amplement développé dans le chapitre « les dents agressives », les pulsions agressives et sexuelles étant en étroite interaction.



Cavité buccale et sexualité sont également associées dans le mythe du vagin denté. Cette fois-ci, c'est le sexe féminin qui prend les attributs de la bouche: ce fantasme décrit en effet le vagin comme une bouche dévoratrice pourvue de dents dans laquelle le phallus risque d'être mordu, coupé, avalé (84). Le fantasme d'un tel sexe cannibalique est nourri chez l'homme par l'angoisse de castration. Chez la femme, l'envie du pénis et le désir d'émasculer le mâle soutiennent cette représentation.

Le viol, René Magritte
Huile sur toile, 1934
Collection privée

3.2- Les dents et la mort

Les dents entretiennent avec la mort des liens intimes. Que ce soit par la menace qu'elles font peser sur l'enfant lorsqu'elles poussent, ou par l'annonce d'une fin prochaine lorsqu'elles viennent à tomber de la bouche du vieillard, en passant par les souffrances et la destruction auxquelles elles s'associent, les dents sont associées à la mort.

3.2.1- Les poussées dentaires: une menace pour l'enfant.

Éruption dentaire et mortalité infantile

Par le passé, la période des poussées dentaires était une période réputée dangereuse pour le jeune enfant. L'éruption des dents de lait était associée à l'idée d'un péril, menaçant directement la vie du jeune enfant. Un proverbe aujourd'hui oublié illustre cette association entre dentition et mort: « Qui met longtemps à sa dentition, longtemps vivra », ce qui signifiait que plus les dents pousseront tard, mieux l'enfant supportera cette épreuve (38). Le savoir populaire attribuait en effet aux poussées dentaires tout un cortège de symptômes.

Parmi eux, la fièvre, les diarrhées, les convulsions étaient particulièrement redoutées, d'autant plus que les médications de l'époque peinaient bien souvent à les apaiser. Le terme de « poussée dentaire » recouvrait probablement à l'époque d'autres pathologies méconnues, notamment de nombreuses pathologies infectieuses.

Jusqu'au début du XIX^{ème} siècle, médecins et parents ont connu une mortalité infantile effroyable, face à laquelle ils étaient quasiment impuissants. Les familles, bourgeoises ou paysannes, étaient décimées par ce fléau. La mortalité infantile était omniprésente. Si les décès répétés d'enfants et de nourrissons n'étaient pas à l'époque vécus de la même manière qu'aujourd'hui, l'individu comptant en effet moins que la survie de la lignée dans ces sociétés anciennes, la douleur des parents face à ce drame était cependant intense. Les nombreux rites judéo-chrétiens destinés à apaiser la souffrance des parents en témoignent (85). Les causes de cette mortalité infantile étaient d'une part endogènes (malformations congénitales, accouchements difficiles entraînant des décès précoces) et d'autre part exogènes (épidémies, malnutrition, accidents domestiques, causant la mort dans les mois suivants).

Dans les suites des poussées dentaires et du sevrage de l'allaitement, l'alimentation du jeune enfant n'était pas toujours adaptée: les laits des mammifères domestiqués posaient d'importantes difficultés de conservation. L'alimentation diversifiée ne répondait pas toujours aux besoins nutritionnels et venait parfois à manquer. Ce changement d'alimentation contribuait à fragiliser l'enfant et pouvait, de plus, être le vecteur d'agents infectieux.

La médecine, qu'elle soit populaire ou savante, n'était pas en mesure de lutter contre cette importante mortalité. Dans ce contexte, identifier les dents comme responsables d'une partie de cet immense malheur permettait sans doute d'apaiser un peu l'angoisse éprouvée face à cette fatalité et désignait enfin un ennemi contre lequel lutter. Voilà peut-être une raison pour laquelle la médecine populaire visant à faciliter l'éruption des dents était si développée. La taupe était le remède de choix dans ce domaine. Cet animal entretenait des liens familiers avec le domaine de la mort: animal vivant enfoui sous la terre, dont la piètre vision le faisait évoluer dans les ténèbres, l'expression « partir au royaume des taupes » désignait d'ailleurs le fait de mourir. Tuer cet animal dans le but de faciliter la dentition, c'était d'une certaine manière, mettre à distance de l'enfant cette menace de mort.

Aujourd'hui encore, l'idée que les poussées dentaires fragilisent l'enfant est largement répandue. Le savoir populaire continue d'ailleurs de leur attribuer de nombreux symptômes. Cette représentation de la mort associée aux dents, dont nous avons héritée, continue d'imprégner les esprits. D'autres éléments concourent à accentuer cette idée: sevrage et poussée dentaire restent aujourd'hui associés dans l'esprit des mères. Or, cela a été souligné, l'allaitement maternel procure une protection immunitaire vis à vis des agents pathogènes. Le sevrage s'associe donc fréquemment à une majoration des événements infectieux pour le jeune enfant. Ceci est d'autant plus vrai que l'enfant sevré se socialise et prend contact avec la collectivité, milieu que l'on sait justement favoriser la transmission des agents pathogènes.

Sevrage et perte de l'enfant symbiotique

Ce point a été précédemment évoqué. En voici les caractéristiques importantes. De la conception à la naissance, corps de la mère et du fœtus ne font qu'un. L'allaitement maternel

offre la possibilité de prolonger cette fusion au delà de la naissance par un nouveau corps à corps. Durant ce temps, la mère vit au rythme de son enfant, répondant de manière intuitive à ses besoins. Progressivement va ensuite s'amorcer une dé-fusion de la dyade: mère et enfant apprennent à se séparer et s'autonomisent. Par le passé, l'éruption des premières dents sonnait l'heure du sevrage de l'allaitement et donc le temps d'une mise à distance physique. Aujourd'hui, nombreuses sont les femmes qui n'allaitent que quelques semaines ou qui font d'emblée le choix d'un allaitement artificiel. Malgré cela, l'arrivée des premières dents continue de marquer symboliquement ce temps de la séparation. A l'heure où l'enfant s'endante, la mère doit faire le deuil de ce bébé symbiotique et le laisser se séparer d'elle afin qu'il s'individualise.

3.2.2- Les dents et la déchéance

Les dents de la souffrance



Le baume d'acier, Louis-Léopold Boilly
Lithographie, vers 1825

À chaque étape de leur développement, les dents ont la réputation d'être douloureuses. Que ce soit lors de leur éruption ou lorsqu'elles se gâtent, au moment où on les soigne, ou quand on les arrache, la douleur est classiquement l'un des symptômes les plus redoutés. Cette douleur n'est pas sans évoquer la vulnérabilité et la finitude de l'individu. Il est étonnant de souligner que la réaction d'une personne en proie à une douleur intense, est souvent de serrer les dents, voire de mordre dans un mouchoir, ou de se mordre elle-même. Dents et douleur sont donc là encore en étroite interaction.

Par le passé, les arracheurs de dents sur la place publique faisaient la promesse d'une extraction dentaire sans douleur, d'où l'expression « mentir comme un arracheur de dent ». La mise en scène publique, sur une estrade, parfois en costume et à renfort de musique, contribuait probablement à griser et finalement à apaiser les souffrances liées à l'extraction (38).

La douleur que le savoir populaire attribue aux poussées dentaires figure probablement parmi l'une des premières endurée par l'individu. Cette douleur renvoie les mères à leur impuissance à subvenir totalement aux besoins de leur enfant et donc à être des mères idéales. Elle contribue sans doute également à la désillusion de l'enfant, en lui faisant prendre conscience que sa mère ne peut pas tout pour lui.



Arracheur de dents, Paris
Photographie, vers 1910
Source: Paris en images

La perte des dents chez le vieillard

Chez le vieillard, les dents renvoient elles aussi à la question de la mort. Avec le grand âge, les dents se gâtent, se déchaussent et finissent par tomber. Ces dents détachées sont comme des parties mortes du corps qui se séparent de ce qui reste de vivant. Elles laissent derrière elles un espace vide qui est à l'image de ce corps amoindri, diminué par le temps. Une grande attention était par le passé accordée à ces parties « détachables » du corps (37; 38). Ongles, cheveux, dents, mais aussi cordon ombilical et placenta devaient être traités avec la plus grande prudence. Gare à celui qui s'en débarrasserait n'importe où: ce qu'il en adviendrait, une fois désolidarisés du corps, risquerait d'influencer dangereusement la personne. « Éviter de brûler le cordon, l'enfant périrait par le feu; s'il était jeté à l'eau, l'enfant se noierait » nous rappelle Camille Fraysse (75). « Ne jetez pas votre dent au chien, il vous pousserait une dent de chien », rapporte Henri Cormeau (82). Selon Anatole-Joseph Verrier et René Onillon, il ne faut pas jeter une dent arrachée, cela se solderait par une « rage de dent terrible » (40). Une pratique destinée à soulager le mal de dents recommandait de « se couper les ongles des pieds et des mains et les enterrer ensuite sans que personne ne le voit » soulignant le lien particulier qui unissait ces parties détachables du corps humain (40). L'usage recommandait généralement d'enterrer ces morceaux issus du corps, afin qu'ils ne provoquent aucun désagrément. C'est donc un équivalent de sépulture qu'on leur réservait. Aujourd'hui, les dents de lait sont encore souvent conservées par les familles dans des boîtes prévues à cet effet. Elles sont également parfois montées en bijou. Chez le vieillard la chute des dents définitives reste associée à l'image d'un corps défaillant, qui décline et se désintègre inexorablement, conduisant l'individu à l'étape ultime de son existence: sa mort.

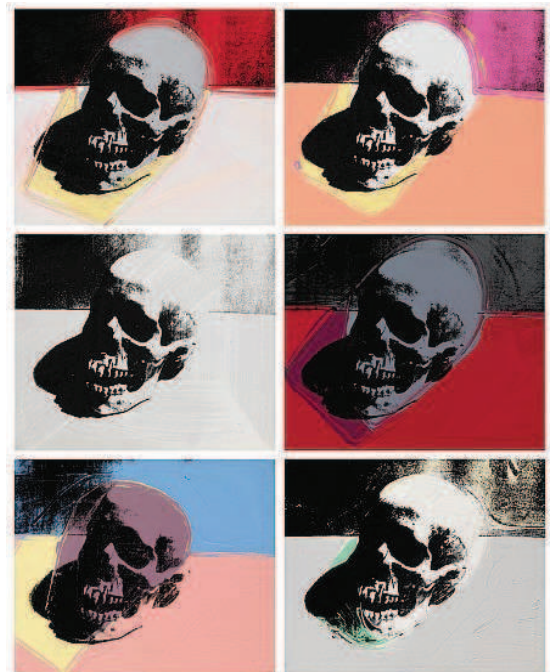
L'association entre chute des dents et mort, est encore présente dans une croyance répandue selon laquelle rêver de la perte d'une dent, présage d'une mort prochaine dans son entourage (37). « Celui qui rêve qu'il lui tombe une dent aura de la mort dans les siens; et plus la dent est grosse, plus la perte sera sensible », rapportait ainsi Henri Cormeau (82). La chute

d'une dent symbolise ainsi la perte, la disparition. Le caractère irréversible de cette perte renvoie à la mort. Là encore, perte des dents et fin prochaine sont donc liées.

Les dents évoquent également de manière symbolique la mort car elles sont très souvent associées à l'image du squelette. Dents et os présentent en effet certaines similitudes: constitués de matières ressemblantes de part leur couleur et leur dureté, dents et os sont également caractérisés par leur imputrescibilité. Ne se dégradant que très lentement, ce sont bien souvent les seuls résidus corporels des dépouilles humaines restant après la mort. Cela leur confère une portée symbolique forte. D'ailleurs, dans les représentations picturales, la mort est souvent figurée par un squelette humain pourvu de dents. Les vanités, ces natures mortes suggérant de manière allégorique que la vie humaine est fragile, brève et vaine, représentent elles aussi souvent un crâne humain, en partie édenté, pour symboliser la mort.



Vanité, Harmen Steenwijck
Huile sur panneau de bois, 1640
Stedelijk Museum de Lakenhal, Leiden



Skulls, Andy Warhol
Sérigraphie sur acrylique, 1976
National Galleries of Scotland

Les dents destructrices

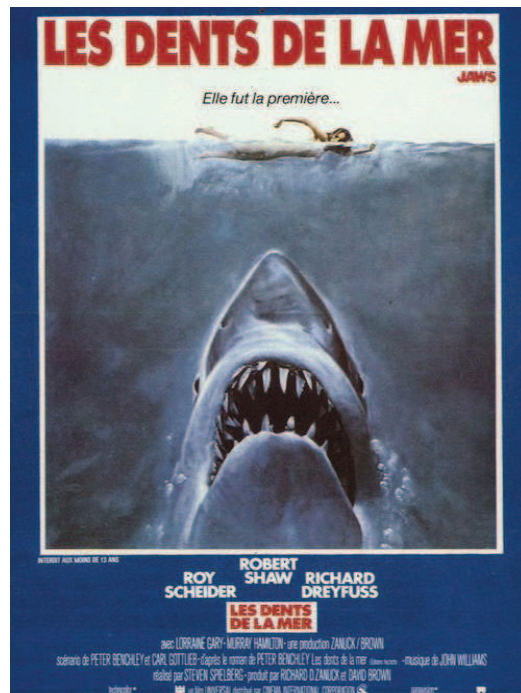
Les dents sont de redoutables outils: qu'elles incisent, broient, croquent, rongent ou encore déchiquètent, la fonction des dents reste la même: celle d'anéantir, parfois même jusqu'à donner la mort. Si l'animal en fait usage pour capturer et manger ses proies, l'homme, lui, ne les utilise plus pour tuer. Il s'en sert pour mâcher, assimiler ses aliments et donc les détruire. Les dents incarnent ce pouvoir de destruction et représentent chez l'homme ce reliquat d'animalité.

Quant elles ne tuent pas totalement, leur morsure peut transmettre des agents infectieux ou des poisons dangereux, responsables de maladies graves. Ainsi, avant son éradication sur le territoire français, la rage était une maladie particulièrement redoutée. On la

craignait de part les symptômes effrayants qu'elle provoquait, mais surtout en raison de la mort certaine qu'elle engendrait. Les remèdes issus de la médecine populaire destinés à traiter de manière préventive ou curative les chiens comme les hommes étaient nombreux. Saint Roch assisté de son chien et Saint Hubert étaient fréquemment invoqués (38). Les morsures de vipères étaient elles aussi fortement craintes car considérées comme potentiellement létales. De nombreux proverbes en témoignent: « aspi mort au lit, couleuvre donne la fièvre, vipère met en bière, orvet couche au tombeau » ou encore « piqure d'orvet et de vipère, l'extrême onction n'arrive pas à temps ». Même lorsque les morsures ne transmettaient pas ces dangereuses maladies, l'infection de la plaie restait toujours à craindre. A chaque occasion, les dents se faisaient donc complices d'empoisonnements.



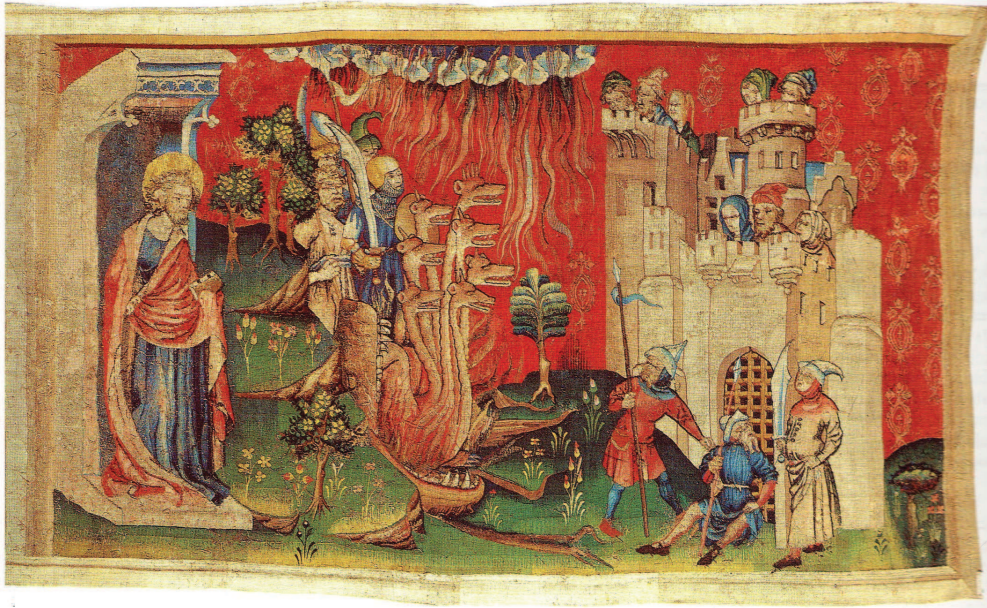
Affiche du film *Le cauchemar de Dracula* (*Horror of Dracula*)
Film réalisé par Terence Fisher, 1958



Affiche du film, *Les dents de la mer* (*Jaws*)
Film réalisé par Steven Spielberg, 1974

Le mythe du vampire symbolise également de manière forte ce lien étroit unissant dents et mort. Selon le folklore populaire, cette créature mi-morte mi-vivante, sortirait la nuit de son tombeau, pour mordre les vivants et se nourrir de leur sang. Laisant ses victimes sans vie, le vampire répandrait ainsi la mort autour de lui. La mâchoire de la créature, constituée de deux canines proéminentes, telles deux poignards, symbolise à elle seule la monstruosité de ce personnage et incarne cette mort menaçante.

Dans la religion chrétienne, la représentation du diable est souvent celle d'un être effrayant représenté avec une gueule dentée béante incarnant la destructivité, l'avidité, la voracité. La religion condamne par cette figure les pulsions orales dévoratrices et plus généralement les passions incontrôlées (38). De la même manière, la porte des enfers est souvent représentée par une gueule ouverte qui dévore les âmes impures ou laisse se répandre sur terre des monstres diaboliques.



Satan assiège la ville, le dragon menaçant, sortant de la gueule de l'enfer menace la ville. Tenture de l'Apocalypse, 14^{ème} s. Sixième pièce, tableau 77, envers, ensemble, cliché inversé
Château d'Angers

3.3- Les dents agressives

En matière de poussées dentaires, une dernière représentation imprègne en filigrane la médecine populaire: c'est celle de l'agressivité. Bien sûr, distinguer cette symbolique de celle de la mort peut paraître artificiel, car nul ne contestera qu'agressivité et pulsion de mort sont liées. Mais dans le cadre des poussées dentaires, la spécificité de l'agressivité est si forte, cette symbolique résonne si précisément, qu'il est utile de s'y intéresser.

Il convient d'apporter quelques repères quant au développement affectif du jeune enfant. La symbolique de violence attachée aux dents en est, en effet, indissociable.

3.3.1- Le stade oral

Une étape de la sexualité infantile

Sigmund Freud élabore en 1905 une théorie psychanalytique de la sexualité infantile. Il y décrit les divers mécanismes pulsionnels élémentaires de l'enfant, dont l'évolution et la transformation aboutissent à la sexualité adulte (génitale). A partir de là, la théorie de la sexualité infantile et plus largement l'organisation sexuelle du psychisme humain resteront centrales en psychanalyse.

Dans la théorie qu'il développe dans ses *Trois essais sur la théorie de la sexualité*,

Sigmund Freud prend comme modèle des manifestations sexuelles infantiles, le suçotement du nourrisson (83). Ce comportement oral va lui servir de fil conducteur pour argumenter l'existence d'une pulsion sexuelle dès l'enfance, malgré l'amnésie qui la dissimule ensuite à la mémoire de chacun. L'auteur s'appuie sur le travail de Samuel Lindner, pédiatre hongrois, qui a consacré son travail à la description du suçotement lors de l'observation de soixante neuf enfants et de quelques adultes. Samuel Lindner mettait en parallèle, dès 1879, ses observations détaillées du suçotement et ses convictions théoriques, suggérant la connotation sexuelle de cet acte.

Sigmund Freud définit le suçotement comme la « répétition rythmique avec la bouche (les lèvres) d'un contact de succion, dont la finalité alimentaire est exclue ». Une partie du corps (langue, lèvre, gros orteil) ou tout objet se trouvant à portée du corps peut être pris comme objet de cette activité. Une pulsion d'agrippement y est souvent associée. Sigmund Freud souligne que « la succion voluptueuse s'accompagne d'une distraction totale de l'attention et conduit, soit à l'endormissement, soit même à une réaction motrice dans une sorte d'orgasme ».

Il décrit ensuite les trois caractéristiques essentielles d'une activité sexuelle infantile, en étudiant le suçotement comme exemple de manifestation de cette sexualité. L'activité sexuelle apparaît initialement par *étayage* sur une fonction vitale du corps (alimentation pour le stade oral, défécation pour le stade anal qui suit) et s'en affranchit plus tard. Cette activité est *autoérotique*, dans le sens où elle se satisfait dans le corps propre de l'individu et n'est pas dirigée vers autrui. Elle est enfin sous la domination d'une *zone érogène*. Au stade oral, cette zone érogène est bien-entendu la cavité buccale, support essentiel de la plupart des expériences sensorielles et affectives du nourrisson. Pour Sigmund Freud, la première expérience de ce plaisir est la tétée maternelle (ou de ses substituts) avec l'afflux de lait chaud comme source de stimulation. On sait aujourd'hui que le phénomène de succion débute bien avant la première tétée du nouveau-né et concerne déjà le fœtus in utero (86). Par la suite, le besoin de répéter la satisfaction sexuelle se distingue de la nutrition, « séparation qui est inévitable au moment où les dents font leur apparition et où la nourriture n'est plus exclusivement tétée, mais mâchée », souligne Sigmund Freud. La pulsion sexuelle infantile reste cependant motivée par la recherche de ce plaisir initial gardé en mémoire: l'enfant suçote alors d'autres parties de son corps (lèvre, pouce, orteil, etc), devenant des zones érogènes secondaires de moindre valeur, voire des corps étrangers (tétine, draps, doudou, etc.).

Succion vampirique et succion cannibalique

Le stade oral correspond à la première organisation prégénitale de la vie sexuelle (au sens où les zones génitales n'ont pas encore acquis leur rôle prédominant). Sigmund Freud qualifie également cette organisation prégénitale orale de *cannibalique*. En effet, le but de cette activité sexuelle consiste en l'*incorporation* de l'objet. L'incorporation est en psychanalyse un « processus par lequel le sujet, sur un mode plus ou moins fantasmatique, fait pénétrer et garde un objet à l'intérieur de son corps » (87). Ceci conduit le sujet, toujours sur un mode fantasmatique, à détruire cet objet et à en acquérir les qualités. L'incorporation au stade prégénital oral correspond donc à un mode de relation du nourrisson qui cherche à s'approprier le contenu du sein maternel (ou son substitut), à détruire le sein, pour mieux l'assimiler.

Karl Abraham poursuit la réflexion de Sigmund Freud et va distinguer deux étapes dans la phase orale freudienne. Le premier, dit *stade oral précoce*, est selon lui caractérisé par l'activité de succion. L'acte d'incorporation lié à la succion ne porte pas atteinte à la personne nourricière. L'enfant, à ce stade, ne distingue d'ailleurs pas encore son moi d'un objet extérieur à lui. Le *stade sadique-oral* qui le suit, correspond à l'apparition des dents. L'activité de succion laisse place à celles de morsure et de dévoration impliquant cette fois-ci une destruction de l'objet. C'est le stade des pulsions cannibaliques où le fantasme du nourrisson de manger le sein, se mêle à la crainte d'être dévoré, détruit par sa mère. Ce stade implique une ambivalence dans la relation d'objet, puisque coexistent des pulsions antagonistes (libido et agressivité toutes deux dirigées vers la mère) (59; 87).

Mélanie Klein soutient l'importance de ce sadisme oral. Elle décrit cependant, à la différence de Karl Abraham, une apparition beaucoup plus précoce, dès la naissance, des tendances sadiques du nourrisson, défendant l'existence chez le nouveau-né de pulsions destructrices innées: « l'agressivité fait partie de la relation la plus précoce de l'enfant au sein, bien qu'à ce stade elle ne s'exprime habituellement pas par la morsure ». « Le désir libidinal de sucer s'accompagne du but destructif d'aspirer, de vider, d'épuiser en suçant » (59; 87).

André Green, psychiatre et psychanalyste, renforce les propos de Karl Abraham et de Mélanie Klein. Il propose de distinguer le plaisir agressif de morsure *cannibalique*, de celui de succion *vampirique*. André Green éclaire son propos par les paroles suivantes: « À la première phase orale, celle où le contenu, le lait, prime le contenant, les fantasmes activés sont des fantasmes de succion, d'aspiration, de pompage, de vidage, d'expression du sein ». Semblable à une situation de « transfusion liquidienne », la mère « se laisse sucer, aspirer, vider, elle ne se laisse pas dévorer, quand l'enfant tente d'agir son désir. Elle l'en empêche préventivement lorsque le sevrage intervient avec la poussée dentaire ». Ainsi, dans la phase de succion vampirique, les fantasmes du nourrisson rencontrent le plaisir de succion, tandis qu'à la phase de succion cannibalique, le fantasme reste le plus souvent inassouvi, frustré (59).

3.3.2- De l'agressivité dans la relation parents-nourrisson

Parler d'agressivité au sujet du nourrisson peut paraître incongru. De l'image du « bébé cadum » idéalisé que diffuse la publicité, au poupon imaginaire fantasmé par les parents et paré des couleurs bleu et rose layette, l'idée d'associer la notion d'agressivité à cet âge dit tendre peut sembler étonnante. Pourtant, si ce petit d'homme procure à qui s'en occupe des joies immenses, il est également incontestable que le bébé fait éprouver à son entourage de non moins intenses mouvements agressifs (88). Ces sentiments d'agressivité perçus à l'encontre du nourrisson par les parents (et plus généralement par tous ceux qui prennent soin de l'enfant) sont souvent vécus comme culpabilisants.

A l'âge où le nourrisson s'endante, les désillusions sont nombreuses, pour l'enfant comme pour sa mère. La mère doit en effet renoncer à l'image d'un enfant parfait satisfaisant pleinement son idéal. L'enfant doit quant à lui abandonner l'image d'une mère entièrement bonne et dévouée, pour accepter celle d'une mère qui le frustre. Il est aisé d'imaginer combien les sentiments agressifs entre le nourrisson et sa mère (ses parents) sont à cet âge nombreux et partagés. Y aurait-il, pour les mères, un lien inconscient entre ces mouvements agressifs et la

première dentition? Dans l'esprit des mères, l'éruption des dents déciduales pourrait-elle représenter l'agressivité du nourrisson qu'elles perçoivent à leur rencontre? Symboliserait-elle à l'opposé leurs propres pulsions agressives, projetées sur le jeune enfant? Dans le cadre de ce travail, tenter de décrypter l'influence de tels mouvements agressifs, quant aux représentations et aux pratiques populaires relatives aux poussées dentaires semble important.

L'agressivité du nourrisson

« Le travail de Mélanie Klein avec de tout petits enfants l'a amenée à développer la théorie de Freud sur la pulsion, et elle en est venue à considérer l'agressivité comme une manifestation de la pulsion de mort, avec ses dérivés: le sadisme et l'envie. C'est pourquoi l'agressivité, selon la théorie kleinienne, est synonyme d'envie, de haine et de sadisme, qui sont tous des manifestations de la pulsion de mort. Puisque la pulsion de mort est innée, l'envie, la haine et le sadisme le sont aussi chez le nouveau-né. (...) Winnicott exprime clairement son désaccord avec la théorie kleinienne de la pulsion de mort, parce qu'il croit que l'envie, le sadisme et la haine sont des signes de croissance émotionnelle qui se développent chez l'enfant avec l'environnement externe. C'est cet environnement externe qui, dans la théorie de Donald Woods Winnicott sur l'agressivité, influence la manière dont le bébé va traiter son agressivité innée. Dans un bon environnement, l'agressivité s'intègre dans la personnalité individuelle comme une énergie au service du travail et du jeu, tandis que dans un environnement défavorisé (deprived) l'agressivité peut se transformer en passage à l'acte violent et en destruction » (89).

Ces propos de Jan Abram, psychanalyste, donnent un aperçu des divers courants de pensée qui caractérisent cette question. Certains psychanalystes considèrent en effet que les fantasmes archaïques violents s'apparentant à de la haine existent dès le premier âge. D'autres soutiennent que cette pulsion agressive, certes innée, est influencée par les conditions d'environnement dans lesquelles évolue l'enfant: tantôt sublimée, c'est à dire mise au service d'un comportement socialement valorisé, la pulsion agressive pourrait au contraire être déchargée dans un passage à l'acte violent, si l'environnement ne permettait pas de la canaliser ou de la métaboliser.

Ceci étant, les manifestations de cette agressivité du tout petit sont diverses et repérables dans le quotidien. Lors de l'allaitement, les nourrissons « mordent le sein de leur mère, parfois jusqu'au sang. Ils peuvent provoquer des crevasses au mamelon avec leurs gencives et, dès qu'ils ont des dents, faire beaucoup de dégâts », rappelle Donald Woods Winnicott. Malgré cela, poursuit-il, « la plupart des nourrissons ne détruisent pas le sein qu'on leur offre, même s'ils en ont envie et croient le détruire en tétant » (90). Cette agressivité peut également s'exprimer par les pleurs, les colères, pour tout, pour rien, pour sortir du bain, mettre le manteau, manger, etc., ou encore par l'apparition du « non » avec lequel l'enfant affirme à tout va son opposition. Cette agressivité peut se percevoir dans les jeux du tout petit, qui bien avant d'être créatifs consistent souvent à casser ou à déchirer. Il arrive également que l'enfant exprime plus lisiblement cette violence en mordant ou en tapant son entourage.

Affirmer cependant que l'agressivité motiverait chacun de ces gestes serait une erreur. « Si un nourrisson est tout à fait capable de destruction, il est tout à fait capable également de protéger ce qu'il aime de sa propre destructivité et l'essentiel de la destruction doit se produire

dans ses fantasmes », tempère Donald Woods Winnicott (90). Certains gestes du nourrisson peuvent également être perçus ou interprétés par l'adulte comme teintés d'agressivité, sans que cela ne corresponde à la réalité. Il faut dans ce contexte veiller à ne pas projeter les pulsions des adultes sur celles des enfants.

L'agressivité de l'adulte envers le bébé

Une partie de l'agressivité de l'adulte peut faire écho à la violence que lui renvoie l'enfant. Donald Woods Winnicott rapporte ainsi les propos d'une mère: « quand on m'a amené le bébé, elle s'est jetée sur mon sein comme une petite sauvage, elle a tiré violemment sur le mamelon avec ses gencives et, très rapidement, le sang s'est mis à couler. J'avais l'impression d'être mise en pièces et j'étais terrorisée. Il m'a fallu du temps avant de me remettre de la haine que j'éprouvais contre ce petit monstre » (90). Qu'il s'agisse d'un mécanisme de projection de l'adulte de sa propre agressivité, ou d'une réactivation au contact du nourrisson de ses propres fantasmes infantiles, les mouvements agressifs circulent entre la mère et le nourrisson.

L'agressivité du parent peut naître du décalage ressenti entre l'enfant dont il avait rêvé et l'enfant réel. L'enfant réel est imparfait et ne parvient donc pas à combler pleinement l'attente parentale. Tout cela créé un sentiment de désillusion. Donald Woods Winnicott illustre cette idée en citant « quelques unes des raisons pour lesquelles une mère hait son petit enfant (91):



Monstre, dessin d'enfant, 21ème s.

- l'enfant n'est pas sa propre conception mentale ;
- l'enfant n'est pas celui du jeu de l'enfance, l'enfant du père, du frère, etc. ;
- l'enfant n'est pas produit par magie ;
- l'enfant est un danger pour son corps pendant la grossesse et à la naissance ;
- l'enfant représente une interférence dans sa vie privée, un défi à l'occupation antérieure. Dans une plus ou moins large mesure, une mère a le sentiment que sa mère à elle exige un enfant, de sorte que son enfant est produit pour se concilier sa mère ;
- l'enfant blesse ses mamelons même en tétant, car téter c'est mâcher ;
- il est cruel, la traite comme moins que rien, en domestique sans gages, en esclave ;
- elle doit l'aimer lui, ses excréments et tout, au moins au début, jusqu'à ce qu'il ait des doutes sur lui même ;
- il essaye de lui faire mal, il la mord de temps à autre, tout cela par amour ;
- il montre la désillusion qu'il ressent à son égard ;
- son amour brûlant est un amour de garde-manger, de sorte que lorsque il a ce qu'il veut, il la rejette comme une pelure d'orange ;
- au début il faut que l'enfant fasse subir sa loi, il faut qu'il soit protégé des coïncidences, il faut que la vie se déroule à son rythme et tout cela exige de sa mère un travail minutieux et constant. Par exemple, il ne faut pas qu'elle soit anxieuse lorsqu'elle le tient, etc. ;

- d'abord, il ne sait pas du tout ce qu'elle fait ou ce qu'elle sacrifie pour lui. Et surtout il ne peut laisser place à la haine de sa mère;
- il est soupçonneux, refuse sa bonne nourriture et la fait douter d'elle même, mais il mange bien avec sa tante;
- après une matinée épouvantable avec lui, elle sort et il sourit à un étranger qui dit: « comme il est gentil! » ;
- si elle lui fait défaut au début, elle sait qu'il le lui fera payer à perpétuité ;
- il l'excite mais la frustre: elle ne doit pas le manger ni avoir un commerce sexuel avec lui. »

L'auteur ajoute « qu'il faut qu'une mère puisse tolérer de haïr son enfant sans rien y faire. (...) Ce qu'il y a de plus remarquable chez une mère, c'est son aptitude à être tellement maltraitée par son enfant et à haïr autant sans s'en prendre à l'enfant ni attendre la récompense qui s'offrira ou ne s'offrira pas à une date ultérieure ». Il semble également important de rappeler deux notions: cette haine est dans l'immense majorité des cas inconsciente et s'inscrit bien évidemment dans l'ambivalence. Haine et amour coexistent dans la même relation unissant la mère à son enfant (88).

Pour qui y prête attention, il est aisé de constater combien la question de l'oralité est prégnante dans la relation qui unit l'adulte à l'enfant (1). Le plus souvent inconsciente, elle émerge dans de multiples attitudes de l'adulte, traduisant combien cette problématique est au travail pour lui. Les pulsions orales sont à l'épreuve dans les contes que lisent les parents à leurs enfants (Le Petit Chaperon rouge, Hänsel et Gretel, Le Petit Poucet, etc), mais aussi dans les comptines qu'ils leur chantent (« Prom'nons nous dans les bois », ou encore « Il était un petit navire », dont on a tendance à ignorer le thème cannibalique). Ce sont parfois les expressions de l'adulte qui trahissent ses pulsions inconscientes: « N'aie pas peur, je ne vais pas te manger! », entend-on souvent de la bouche d'un adulte qui espère ainsi mettre en confiance un enfant méfiant. Les qualificatifs utilisés par l'adulte pour désigner le jeune enfant filent une parfaite métaphore alimentaire: le bébé est « dodu, grassouillet », si appétissant qu'on dit de lui, qu'« il est à croquer », voire qu'« on en mangerait ». D'ailleurs, les petits noms donnés aux jeunes enfants font souvent référence à des aliments. Chez les légumes, c'est le chou qui a la côte, mais la préférence va plus souvent aux noms d'animaux, de préférence comestibles et à la chair tendre: « mon petit lapin, mon agneau, mon poulet, mon canard », etc. De même, la banalisation de la tétine dans notre société témoigne à sa façon d'une prise de conscience de l'importance de la fonction de succion chez le bébé. Mais elle révèle également en arrière plan la nécessité pour les parents de maîtriser, d'endiguer, voire de « museler » par l'intermédiaire de ce « bouchon » l'avidité orale pulsionnelle de leur enfant (59).



Nourrissons aux tétines fantaisistes

Simone Scoatarin dans son ouvrage *C'est pour mieux te manger, mon enfant!* échangeant avec une mère autour de la question de la morsure, rapporte ainsi ses propos (1): « Je crois, mais je ne suis pas sûre, qu'un de mes fils en a mordu un autre et il se peut que je l'aie mordu en retour, pour lui montrer que ça fait mal, mais juste un peu, et je m'en souviens plus. Ce dont je me rappelle, peut-être, c'est de son petit bras tout potelé, je le vois encore, et de mon hésitation, de mon dégoût, à y appliquer mes dents. » Un autre souvenir refait ensuite surface pour cette mère, et fait sens avec le premier. Réveillée une nuit par les pleurs de cet enfant, elle se rend à son chevet où il lui raconte le cauchemar qu'il vient de faire. « C'était une belette qui dévorait un petit lapin qui s'en trouvait tout ensanglanté. » Elle parvient à grand-peine à le rassurer, faisant valoir le côté imaginaire de cette scène, jusqu'à ce que son enfant se calme et se rendorme. Alors qu'elle lui fait une dernière caresse sur les cheveux, c'est horrifiée qu'elle s'entend lui dire tendrement: « Dors bien, mon petit lapin!... » Elle eut elle-même ensuite bien du mal à retrouver le sommeil!

De ce tabou

L'agressivité ordinaire qui teinte très précocement, au même titre que l'amour, les relations parent-enfant, est rarement évoquée. Il est plus souvent fait allusion à ses formes extrêmes, mais heureusement rares, correspondant aux passages à l'acte criminel ou aux sévices infligés par l'adulte à l'enfant. Parler des mouvements agressifs banals (nécessaires?) s'échangeant réciproquement entre parents et jeunes enfants relève quasiment du tabou. Et pourtant envisager une relation parent-enfant aconflictuelle, dépourvue d'agressivité, paraît de toute évidence irréaliste et déraisonnable. La conséquence, à l'échelle de la société, du déni de ces pulsions agressives est la culpabilisation des parents et plus particulièrement des mères qui en font l'expérience, sans possibilité de la partager avec autrui. Ces mères se sentent d'une part coupables d'éprouver de tels sentiments agressifs et d'autre part responsables, puisque l'enfant qu'elles élèvent manifeste lui aussi ces sentiments. Dans tous les cas, ce sont des « mauvaises mères », du moins c'est ainsi qu'elles se considèrent (1).

Cette première dent qui pousse dans la bouche du nourrisson arrive à point nommé car elle offre peut-être la possibilité de matérialiser cette agressivité flottante et indicible de la relation. L'hypothèse suivante peut ainsi être formulée: cette dent pourrait incarner pour les parents, symboliquement et de manière inconsciente, à la fois les pulsions agressives du nourrisson, mais aussi la projection de leur propre agressivité à son encontre. Cette dent représenterait en quelque sorte à la fois la dent de l'animalité menaçante de l'enfant et celle que les parents ont à l'égard de leur tout petit. Le *mal* de dent ferait dans ce contexte non seulement référence à la douleur dentaire, mais aussi et surtout, aux comportements agressifs contraires à la vertu et condamnés par la morale qui les accompagnent. La richesse et l'importance des pratiques populaires entourant les poussées dentaires offriraient finalement une possibilité de maîtrise et d'apaisement de ces mouvements agressifs.

3.3.3- La morsure

Le contexte

« Plus d'une fois, il m'est arrivée d'affirmer que le problème des morsures prenait son ampleur entre l'âge de la marche et celui de la parole. A bien y réfléchir, j'aurais aussi bien pu dire, et sans doute plus justement, que l'envie de mordre apparaissait entre le plaisir de têter et celui de faire tourner les mots dans sa bouche, qu'elle surgissait quand les enfants, repus des plaisirs de la langue, découvraient ceux des dents. Autrement dit, lorsqu'ils commençaient à manger en morceaux ». C'est sur ces mots que José Morel Cinq-Mars, psychologue et psychanalyste, débutant son article *En morceaux*, situe le contexte de la morsure (92). L'envie de mordre a cela de particulier qu'elle émerge chez le nourrisson sous l'influence des pulsions orales, pour se poursuivre ensuite au stade que Sigmund Freud et Karl Abraham qualifient d'« anal », correspondant à la période des acquisitions mettant en jeu la maîtrise des sphincters et plus généralement, la maîtrise musculaire. L'activité de morsure disparaît le plus souvent ensuite au moment de l'acquisition de la parole, c'est à dire lorsque l'enfant acquiert grâce au langage, la capacité de mettre une distance entre son désir et l'objet de son désir (15).

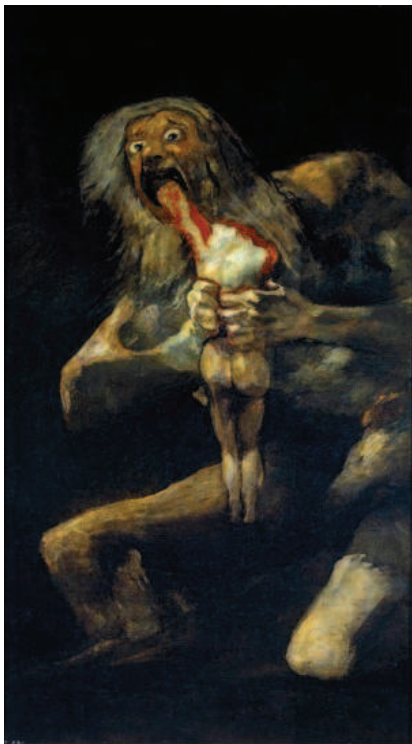
La cavité buccale occupe une place primordiale dans le développement de l'enfant. Support de cette fonction biologique princeps qu'est l'alimentation, la bouche offre au nourrisson la première surface corporelle d'exploration et de perception sensorielles. Cette place de choix en fait le support de ses premières activités pulsionnelles (59). Avec l'apparition des dents, c'est une seconde vague de perceptions que découvre le nourrisson: les sensations liées à la poussée dentaire, celles liées au contact de la langue sur la dent, la nouveauté de l'alimentation qui s'offre à lui, faite de textures différentes, de goûts inédits, de morceaux à mâcher. Les dents, via la morsure, enrichissent les modalités d'exploration du nourrisson, à la fois de l'environnement et de son propre corps (par exemple lorsque l'enfant mord son pied et qu'il perçoit la douleur, il intègre petit à petit que ce pied lui appartient). Elle offre enfin à l'enfant une possibilité d'action, d'emprise sur son environnement et il perçoit de manière pertinente que cette action n'est pas sans effet sur son entourage (1). La morsure constitue donc une modalité nouvelle de découverte et d'exploration pour le tout petit.

Une étude française publiée en 2004 (93), analysant les propos de cent mères d'enfants âgés de 17 mois (âge autour duquel diverses études s'accordent pour dire que l'agressivité physique des jeunes enfants atteint son point culminant (1; 93), révèle que 30% des mères interrogées signalent que leur enfant mord les autres (19% parfois; 11% souvent). Cela place la morsure au troisième rang des agressions physiques de cet âge, après les actions « enlève des choses aux autres » (69%) et « pousse les autres pour avoir ce qu'il veut » (50%).

Support d'expérimentations sensorielle et affective, ou passage à l'acte agressif, la morsure est donc une activité dont la signification n'est jamais univoque. Elle est fréquemment exercée par les nourrissons sur leur entourage. De nombreux parents y sont confrontés et y sont pour le moins sensibles.

La condamnation culturelle de la morsure

Bien que certains comportements agressifs tels que l'esprit de compétition (sportive, intellectuelle, professionnelle, etc.) soient valorisés, notre société condamne largement l'agressivité et particulièrement l'agressivité physique. Comme cela a été évoqué précédemment, les formes extrêmes criminelles de la violence sont à juste titre reconnues et réprimées, tandis que l'agressivité la plus ordinaire, celle qui imprègne les relations inter-humaines et notamment les relations parent-enfant, est le plus souvent ignorée, passée sous silence. La morsure rappelle avec bruit l'existence de cette violence ordinaire, d'abord parce que la douleur qu'elle suscite est vive, mais aussi et surtout parce qu'elle laisse sur la victime atteinte, une trace. Chez l'enfant, la morsure offre parfois la possibilité de décharger l'agressivité qui l'encombre, d'évacuer cette tension interne, dans un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif. Cette agressivité sera née chez lui au contact d'un environnement ou d'un entourage agressant (ou en tout cas insuffisamment protecteur) ou en lien avec sa propre activité pulsionnelle. L'empreinte, que les dents laissent en négatif sur la peau que l'enfant a mordue, témoigne incontestablement de la vitalité de cette violence dont on voudrait pourtant taire l'existence. Ces traces « constituent le sceau de la pulsion, la preuve tangible et irréfutable que l'agressivité sévit (...). On donne à voir ce qui devait rester caché, ce qui est honteux, ce dont rien ne devait transparaître, le tabou... », souligne Simone Scoatarin (1).



Saturne dévorant un de ses enfants,
Francisco de Goya,
Huile sur toile, 1819-1823
Musée du Prado, Madrid

D'autres représentations imprègnent de manière inconsciente l'activité de morsure et concourent à sa condamnation. La première est *l'interdit du cannibalisme*. Dans notre société, il s'agit là d'un interdit fondamental, au même titre que l'interdit de l'inceste ou du parricide. L'anthropophagie s'est vue, dans l'inconscient collectif, associée à des peuplades dites primitives considérées comme sauvages et vivant dans des régions reculées, bien éloignées, donc, à la fois géographiquement et culturellement, de nos contrées dites civilisées. La morsure, qui entame la chair humaine, allant parfois même « jusqu'au sang » n'est pas sans rappeler cette pratique anthropophagique considérée comme sauvage et monstrueuse. La seconde représentation liée à la morsure et qui est aussi d'ailleurs associée à l'interdit du cannibalisme est *le rejet du cru*. Dans notre code culinaire, manger cru ou plus exactement manger de la viande crue, véhicule des valeurs négatives. Rappelons que « cru » vient du latin *crudus*, « saignant ». Cruel en est dérivé et signifie littéralement « qui aime le sang ». Claude Lévi-Strauss a mis en lumière dans son ouvrage *Le cru et le cuit* que la maîtrise du feu par l'homme lui a permis de faire cuire les viandes, le démarquant du carnassier qui

mangeait la viande crue, et du charognard, consommateur de viande corrompue. « Le cuit est au cru comme la culture est à la nature » résume-t-il en ces mots. Le cuit serait donc civilisé, tandis que le cru renverrait là encore au sanguinaire, au barbare (1).

Ces représentations qui colorent en filigrane l'activité de morsure renforcent son caractère sauvage, monstrueux et insupportable aux yeux de la société, et particulièrement à ceux des parents qui y sont confrontés. Les mères formulent souvent la crainte que la poussée des dents de lait de leurs enfants *fasse mal*. Mais au juste, à qui craignent-elles que cela fasse mal? A leurs enfants, dont les dents poussent? Ou à elles-mêmes, qui redoutent plus que tout la morsure de leur progéniture?

3.3.4- Les dents dans l'univers du conte

L'histoire de Lisa

Voici l'histoire de Lisa et de ses parents. Lisa est une enfant âgée de treize mois curieuse, pertinente, qui grandit bien. Elle commence tout juste à marcher. Lisa est pour le moment l'enfant unique de ses parents. Depuis trois mois environ, Lisa mord de temps en temps ses parents et principalement sa mère. Les parents de l'enfant ont repéré que ces morsures surviennent le plus souvent lorsque Lisa est dans un certain état d'excitation suscité par le jeu, la fatigue ou par des émotions vives telles que la jalousie ou la colère. Lisa mord de manière subite, le plus souvent sans qu'aucun des parents ne s'y attende, comme si ce trop plein d'émotion se déchargeait tout à coup dans ce geste. Parfois aussi, Lisa s'approche tendrement du cou de sa mère, comme si elle s'apprêtait à l'embrasser. Pourtant ça n'est pas un baiser qu'elle y dépose, mais bel et bien une morsure! Les parents de Lisa sont surpris par l'agressivité de leur fille. La mère de Lisa ressent une certaine culpabilité à cet égard. Elle pense que tout cela est lié à son travail qui l'accapare et ne lui laisse que peu de temps pour s'occuper de sa fille.

Lisa aime beaucoup les livres et ce, depuis ses premiers mois. Le soir, depuis quelques temps, Lisa est fascinée par la lecture d'un album, *C'est moi le plus fort*, qui relate l'histoire d'un loup se promenant dans la forêt et menaçant tout ce qui bouge par sa gueule béante et ses dents acérées. Lisa demande avec insistance « loup, loup » pour désigner sa lecture préférée. Elle a bien d'autres livres, mais c'est toujours celui-ci qu'elle réclame à ses parents avant de s'endormir. Par la suite, *loup* désignera plus largement dans le vocabulaire de Lisa le mot *livre*, c'est dire l'importance de ce personnage pour l'enfant.



« Qui est le plus fort, s'il te plaît? »
Illustration de Mario Ramos de *C'est moi le plus fort*, 2001

À cette époque, le jeu favori de Lisa est que ses parents lui fassent peur. Ces derniers, qui ne boudent pas non plus leur plaisir, la poursuivent en ouvrant leur bouche pour montrer leurs dents et imiter le grognement d'un animal féroce. Son père la menace même souvent d'un « je vais te manger! ». Lisa fuit, avec un plaisir non dissimulé, du plus vite que lui permet sa démarche encore mal assurée.

L'histoire de Lisa n'a rien d'exceptionnel. Elle pourrait sans doute être celle de nombreux enfants, mais elle a le mérite de mettre deux éléments importants en évidence. Le premier est qu'au contact des pulsions orales de leur fille, les propres fantasmes infantiles des parents sont réactivés: ainsi, sous une forme ludique, les parents font revivre leurs pulsions orales destructrices en se prenant pour un animal qui course sa proie. Le second est que le jeu, comme le conte, offrent à l'enfant et à ses parents une possibilité d'exprimer, de mettre en scène et donc finalement de se décaler de ces pulsions destructrices.

Du loup à l'ogre: la question de l'oralité mise en scène dans le conte

L'histoire de Lisa et de ses parents laisse deviner l'importance que revêt la fonction du conte dans le développement du jeune enfant. Ce type de narration met bien souvent habilement en scène les questions fondamentales qui sont au travail pour l'enfant et notamment la question de l'oralité. Privés de la protection de leur parents, qu'elles qu'en soient les raisons, les divers héros des contes pour enfant se trouvent en situation de danger. L'une des menaces les plus terrifiantes est, pour eux comme pour leur lecteur, la crainte de se faire dévorer. Ainsi, qu'ils soient Petit Poucet, Petit Chaperon rouge, Hänsel, Gretel ou encore Petit Cochon, tous se voient menacés de dévoration par un dangereux prédateur (1).

Le loup est l'animal qui incarne le plus souvent cette menace. Doté d'une immense bouche fendue, toutes dents dehors, et d'un appétit féroce, ce personnage effrayant hante de nombreux contes traditionnels mais aussi une multitude de légendes et de nombreux ouvrages issus de la littérature enfantine contemporaine. Voici certains de ces contes traditionnels qui ont bercé et qui bercent encore aujourd'hui l'enfance des tout petits...



« Le petit chaperon rouge se déshabille, et va se mettre dans le lit, où elle fut bien étonnée de voir comment sa Mère-grand était faite en son déshabillé »

Illustration de Gustave Doré du *Petit Chaperon rouge*, extraite des *Contes de ma Mère l'Oye* de Charles Perrault, 1862

Le Petit Chaperon rouge relate les aventures d'une petite fille qui, se rendant chez sa grand-mère pour lui porter une galette et un petit pot de beurre, fait la rencontre dans la forêt d'un loup mal intentionné. Imprudente, l'enfant fournit à l'animal les indications qui lui permettent de la précéder. Celui-ci, trouvant la maison, ne fera qu'une bouchée de la vieille dame. Il tendra ensuite un piège au Petit Chaperon rouge en se faisant passer pour la grand-mère et parviendra ainsi à dévorer l'enfant. De multiples variantes de ce conte existent. Dans l'une d'elles, intervient à la fin de l'histoire un

chasseur qui capture le loup et l'éventre, permettant de libérer saines et sauvées le Petit Chaperon rouge et sa mère-grand (94).



« Le loup tombe dans la marmite »
Illustration de Léonard Leslie Brooke des *Trois Petits Cochons*, extraite de *The Golden Goose Book* de Léonard Leslie Brooke, 1905

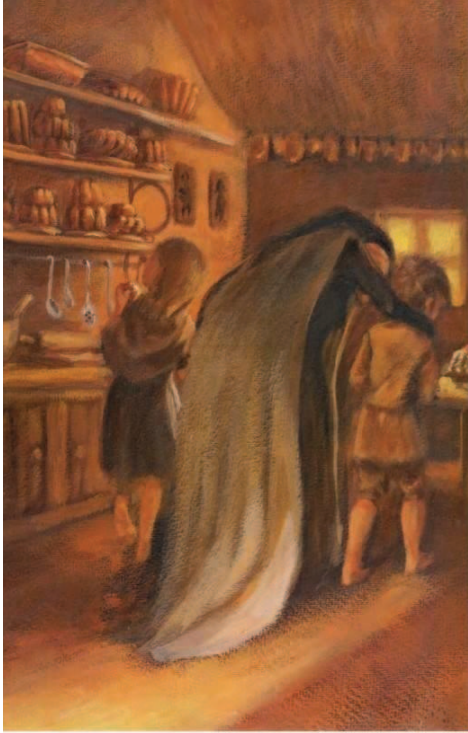
L'histoire des Trois Petits Cochons met en scène trois porcelets qui quittent le foyer familial afin de vivre leur vie. Le premier cochon se construit une maison en paille, le second une maison de bois, le troisième une maison de brique. Le loup affamé parvient à détruire les deux premiers habitats trop fragiles. Selon les versions, les deux cochons sont dévorés ou survivent en se réfugiant chez le troisième petit cochon. Le loup s'attaque ensuite à la maison de brique. Ne parvenant pas à la détruire, il va essayer, par la ruse, d'attraper le troisième frère. Ses tentatives restant vaines, il pénétrera finalement dans la maison par la cheminée et, tombant dans la marmite de l'âtre, sera, selon les versions, tantôt brûlé, tantôt bouilli, voire mangé par le(s) cochon(s) (95).

L'ogre, quant à lui n'est pas en reste en matière de dévoration. Son apparence humaine renforce d'ailleurs sa cruauté. L'histoire du Petit Poucet relate ainsi les aventures de sept frères. Les garçonnetts, issus d'une famille fort démunie, sont abandonnés dans la forêt par leurs parents qui n'ont plus de quoi les nourrir. Les enfants, dont le benjamin se nomme Petit



« En disant ces mots, il coupa sans balancer la gorge à ses sept filles »
Illustration de Gustave Doré du *Petit Poucet*, extraite des *Contes de ma Mère l'Oye*, de Charles Perrault, 1862

Poucet, s'abritent dans une chaumière où vivent un couple ainsi que leurs sept filles. La maîtresse de maison les met aussitôt en garde: ils feraient mieux de partir sur le champ, car son mari est un ogre qui mange les enfants. Les garçons préfèrent malgré tout rester plutôt que de risquer d'être dévorés par les loups de la forêt. Mais par une habile précaution, Petit Poucet, inversera les coiffures des filles de l'Ogre et de ses frères endormis. L'Ogre dupé, pensant tuer les sept garçonnetts afin de les dévorer, égorgera en fait ses filles dans leur sommeil. Les garçons, indemnes parviendront à prendre la fuite et à regagner leur foyer (96).



L'histoire de Hänsel et Gretel raconte là encore les aventures de deux enfants, abandonnés par leurs parents dans la forêt, par crainte de la famine. En errant dans les bois, les enfants découvrent une maison fabriquée en pain d'épice et sucreries. Affamés, ils commencent à la manger. Mais il s'agit d'un piège tendu par une méchante sorcière qui a construit cette maison pour attirer les enfants afin de les dévorer. La vieille femme emprisonne Hänsel et fait de Gretel sa servante, pour engraisser son propre frère. Les deux enfants parviendront finalement à se libérer des griffes de la sorcière et rentreront sains et saufs chez leurs parents (97).

« -Tiens, tiens! Mes enfants chéris, qui vous a menés jusqu'ici? Donnez-vous la peine d'entrer et de rester: il ne vous sera fait aucun mal. Elle les pris par la main et les conduisit dans sa maison »

Illustration de Sibylle Delacroix de *Hänsel et Gretel*, des Frères Grimm, 2004

La fonction de ces êtres fantastiques

Ces histoires sont à première vue terrifiantes: pauvreté, famine, abandon parental, meurtre, dévoration sont les périls qui menacent les jeunes héros de ces aventures. Et pourtant, depuis des générations, les parents se plaisent à raconter ces effroyables histoires à leurs enfants. Les enfants sont quant à eux tout autant fascinés par ces lectures. Si ces contes ont un tel succès, c'est probablement qu'ils touchent l'adulte et l'enfant au plus intime d'eux-mêmes et qu'ils ont pour eux une profonde signification.

Bruno Bettelheim, psychanalyste, dans son ouvrage *Psychanalyse des contes de fées*, montre combien les contes traditionnels, transmis de génération en génération, répondent aux angoisses inconscientes du jeune enfant en lien avec sa vie pulsionnelle (98). Le conte de fées permet à l'enfant d'acquérir la compréhension de son inconscient « en se familiarisant avec lui, en brochant des rêves éveillés, en élaborant et en ruminant des fantasmes issus de certains éléments du conte qui correspondent aux pressions de son inconscient, ce qui lui permet de mieux lui faire face », écrit l'auteur. Avec le conte, les pulsions de l'inconscient prennent corps, ce qui permet de soulager l'enfant de cette pression. Ainsi, « si le matériel inconscient peut à un certain degré accéder au conscient et se livrer à l'imagination, son potentiel de nocivité, pour nous mêmes et pour les autres, est alors très réduit », ajoute Bruno Bettelheim.

L'enfant s'identifie au héros du conte, affronte avec lui les difficultés de la vie, suit son itinéraire. Au bout de ce chemin, l'histoire propose le plus souvent un dénouement heureux, un succès, une victoire sur les monstres. Le héros, comme son lecteur, s'en trouvent grandis (98).



Illustration de Tomi Ungerer de l'Ogre,
Le géant de Zéralda, 1971

Les méchants personnages vont, par un mécanisme de projection défensive, endosser les angoisses archaïques du jeune lecteur et lui permettre de s'en décaler. Ainsi, le loup et l'ogre vont cristalliser les angoisses prédatrices de dévoration, de destruction qu'expérimente l'enfant dans son corps et son fantasme. L'enfant les reconnaît, apprend à vivre avec, pour ne pas en être envahi (99). Cela lui permet de déplacer sur ces personnages agresseurs, l'angoisse flottante interne suscitée par ses propres fantasmes. Selon les mots de Nicole Belmont, anthropologue, « les croquemitaines servent à substituer la peur à l'angoisse » (100). Le bénéfice n'est pas négligeable, « car la première est plus facile à supporter que la seconde, en raison du fait que l'on peut nommer ce dont on a peur, alors que c'est impossible dans l'angoisse ». La peur d'un danger externe est toujours plus vivable que celle suscitée par un danger interne.

Nicole Belmont postule par ailleurs que les fantasmes et pulsions à l'œuvre pour les parents autour de ces êtres fantastiques sont les mêmes. Ceux-ci résulteraient de la réactivation, au contact de leur enfant, de leurs propres fantasmes infantiles (100). C'est cela qui pousserait les parents à proposer de telles histoires à leurs enfants. De même, lors des jeux sadiques du type « je vais te manger » tel que celui qu'expérimentent Lisa et ses parents, l'identification mimée du parent à l'agresseur lui permettrait de mettre en scène et de prendre de la distance vis à vis de ses angoisses de dévoration (99). Pour l'enfant, sa pulsion de dévorer, se renverserait alors en crainte d'être dévoré (100).



Loup, dessin d'enfant, 21ème s.

Pierre Lafforgue, pédopsychiatre et psychanalyste, fait un parallèle intéressant entre l'objet transitionnel de Donald Woods Winnicott et la fonction symbolique du loup (99). D'abord, remarque-t-il, ces deux objets partagent la même origine et la même fin: ils apparaissent tous deux à un âge pré-linguistique du développement de l'enfant, puis sont désinvestis progressivement lorsque l'enfant grandit. De plus, « tous deux concourent à jouer un rôle défensif, antidépressif par la dé-fusion pulsionnelle qu'ils permettent ». Le loup représenterait donc la métaphore des mauvais objets internes. Le succès de ce personnage émane probablement de la projection de ce fantasme cannibalique, à l'échelle de la société (100).

Conclusion

Bien que leurs vécus et implications en la matière divergent, chaque protagoniste du soin en pédiatrie est donc à sa manière touché par la question des poussées dentaires. L'éruption de la dent lactéale implique en effet pour l'enfant la découverte de sensations inédites tout en lui offrant des possibilités nouvelles d'exploration de son environnement. Accompagnant l'évolution de la relation au nourrisson, elle symbolise pour les parents et particulièrement pour les mères, une des nécessaires étapes de séparation conduisant à l'individuation de l'enfant. Elle rappelle enfin au médecin l'existence d'un savoir médical populaire qu'il peut parfois être tenté d'occulter, mais avec lequel il a pourtant bien affaire.

La prise en charge des poussées dentaires témoigne également de la complexité et de la vitalité actuelles de la médecine populaire, tant par la richesse du savoir médical qui la caractérise, que par celle de l'arsenal thérapeutique préventif et curatif dont elle dispose et ce, alors même que la médecine officielle se veut de plus en plus scientifique. Bien évidemment, le champ de la médecine populaire dépasse le simple domaine des dents lactéales et embrasse une étendue en tout point comparable à celle de la médecine scientifique.

Cette médecine populaire présente en dépit des apparences, une logique, qui bien que n'étant pas celle de la rationalité scientifique, est incontestable. Elle entre en effet en cohésion avec un système profane de pensée et de conception de la santé, du corps et de la maladie. Diverses représentations associées à l'émergence des dents lactéales imprègnent et sous-tendent en filigrane ces connaissances et ces pratiques médicales populaires. Parmi elles, certaines relient les dents à la vie, d'autres à la mort ou encore à l'agressivité. Le décryptage de ces perceptions permet de saisir l'importance qu'occupe la question des poussées dentaires pour les parents.

Les dents, à la lumière des concepts psychanalytiques, révèlent la complexité symbolique du corps. Les mains, la peau ou encore le sang pourraient probablement donner lieu à de semblables lectures. Ce pouvoir symbolique témoigne de l'existence d'un corps total, où *psyché* et *soma*, tout en s'articulant, sont indissociables. Dès lors, si elle se veut pertinente, l'interprétation du symptôme ne peut se faire que dans le recoupement de plusieurs niveaux d'analyse. L'anthropologie et la psychanalyse, en association à la médecine scientifique, sont les outils qui permettent de restituer au symptôme sa pleine dimension.

En matière de poussée dentaire, cette étude révèle combien l'attention aux pratiques médicales populaires et la lecture des représentations sur lesquelles elles s'appuient, sont riches d'enseignement. S'y intéresser, amène finalement à s'intéresser à des questions importantes de la relation parent-enfant. Ce travail se garde pourtant bien d'affirmer que chaque poussée dentaire recèle pour les patients des questions existentielles. Il témoigne simplement que le discours, les pratiques et les représentations des patients sont porteuses de sens. Les poussées dentaires, infime détail observé par le tout petit bout de la grande lorgnette de la médecine, révèlent finalement combien l'écoute attentive du patient peut être source d'une richesse infinie pour le médecin dans l'accomplissement de sa fonction. Cela implique pour le soignant de reconnaître et de respecter la subjectivité du patient auquel il a affaire, et de considérer la légitimité de son savoir, en le reconnaissant complémentaire au sien. L'enjeu est de taille: celui de soigner et d'accompagner l'autre dans sa globalité et en cohérence avec ses représentations et son système de pensée.

Références bibliographiques

- 1- SCOATARIN Simone, C'est pour mieux te manger, mon enfant! Paris: Desclée de Brouwer, 2003, 332p.
- 2- FRANCOIS Michelle, Une consultation différente. De l'enfant-objet à l'enfant-sujet dans une consultation de nourrissons. Cahiers de psychologie clinique janvier 2002; n° 18: pp231-253.
- 3- ROY Delphine, L'évolution des temps sociaux à travers les enquêtes « Emploi du temps ». Informations sociales mars 2009; n°153, pp8-11.
- 4- BROUSSE Cécile, La répartition du travail domestique entre conjoints reste très largement spécialisée et inégale. In: France, portrait social 1999-2000. Insee, 1999, pp135-151.
- 5- PONTHEUX Sophie, SCHREIBER Amandine, Dans les couples de salariés, la répartition du travail domestique reste inégale. In: Données sociales: La société française - Edition 2006. Insee, 2006, pp43-50.
- 6- CRESSON Geneviève, Le travail domestique de santé. Paris: L'Harmattan, 1995, 346p.
- 7- MOREL Marie-France, L'amour maternel: aspects historiques. Spirale février 2001; n°18: pp29-55.
- 8- WINNICOTT Donald Woods, Le bébé et sa mère. Paris: Payot, 1992, 150p.
- 9- LOUX Françoise, Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle. Paris: Flammarion, 1978, 276p.
- 10- LOUX Françoise, La dent de lait. In: L'allaitement maternel: une dynamique à bien comprendre, sous la direction de BLIN Dominique, THOUËILLE Édith et SOULE Michel. Ramonville Saint-Agne: Érès, coll. A l'aube de la vie, 2003, pp273-280.
- 11- DELAISI DE PARSEVAL Geneviève, La part du père. Paris: Éditions du Seuil, 2004, 367p.
- 12- ISSERLIS Catherine, Pour conclure: conjuguons séparer et lier. In: Indispensables séparations, sous la direction de ROBINEAU Christian. Ramonville Saint-Agne: Érès, 2008, pp79-84.
- 13- NEYRAND Gérard, Petite enfance et parentalité. Une évolution contradictoire des savoirs. In: Comprendre la famille, sous la direction de LACHARITE Carl et PRONOVOST Gilles. Québec: Presses de l'Université du Québec, 2002.
- 14- MENARD Michèle, Le miroir brisé: une nouvelle image? In: Histoire des pères et de la paternité, sous la direction de DELUMEAU Jean et de ROCHE Daniel. Paris: Larousse, 1990, 445p.

- 15- DELION Pierre, Tout ne se joue pas avant 3 ans. Paris: Albin Michel, 2008, 218p.
- 16- ROUSSILLON René, Fonction paternelle. In: Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. Issy-les Moulineaux: Elsevier Masson, 2007, 702p.
- 17- HAYS Marie-Aimée, Place du père dans l'allaitement. La psychiatrie de l'enfant février 2008; vol 51, pp 515-576.
- 18- MOUILLIE Jean-Marc, Des pratiques thérapeutiques à la biomédecine: Médecine magique, médecine rationnelle. In: Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales, sous la direction de MOUILLIE Jean-Marc, LEFEVE Céline et VISIER Laurent. Paris: Les Belles Lettres, 2007, 667p.
- 19- LAPLANTINE François, RABEYRON Paul-Louis, Les médecines parallèles. Paris: Presses universitaires de France, coll. Que sais-je?, 1997, 128p.
- 20- STENGERS Isabelle, Le médecin et le charlatan. In: NATHAN Tobie, STENGERS Isabelle, Médecins et sorciers. Paris: Les empêcheurs de penser en rond, 2004, 176p.
- 21- GERBER Simone, Pédiatrie, croyances et rituels de soins. Médecine & enfance juin 2001; vol. 21, n°6, pp313-321.
- 22- MASSE Raymond, Culture et santé publique. Montréal: Gaëtan Morin éditeur, 1995, 471p.
- 23- BOUREE Patrice, NOEL Guilhem, LENOIR Karine, Agitation nocturne de l'enfant: des oxyures! La revue du praticien. Médecine générale février 2001; tome 15, n°526, pp299-301.
- 24- CHAMBONET Jean-Yves, MAHOT Emmanuelle, LEMORT Jean-Pierre, GILLIER Sylvie, MARJOLET Michel, OKOME Madeleine, « Avoir des vers ». La revue du praticien. Médecine générale janvier 2002; tome 16, n° 560, pp73-77.
- 25- CERQUIGLINI Bernard, Remède de bonne femme. Merci Professeur! (En ligne), page consultée le 25 septembre 2010.
http://www.tv5.org/TV5Site/lf/merci_professeur.php?id=2689
- 26- GRUNOW-LUTTER Vera, GRUNOW Dieter, « Self help » et gestion de la maladie dans la vie quotidienne familiale. Sciences sociales et santé juin 1987; vol. 5, n°2, pp5-30.
- 27- LITMAN T.J, The family as a basic unit in health and medical care: a Social-behavioral overview. Social Science & Medicine 1974; vol. 8, pp495-519.
- 28- BREMOND Alain, GOFFETTE Jérôme, MOUMJID-FERDJAOUI Nora, Qui décide en médecine? : La relation médecin-malade: entre obéir, consentir et s'accorder. In: Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales, sous la direction de MOUILLIE Jean-Marc, LEFEVE Céline et VISIER Laurent. Paris: Les Belles Lettres, 2007, 667p.

- 29- HAXAIRE Claudie, La participation du malade aux soins: comment le médicament devient-il un remède? L'observance dans le traitement médicamenteux: les apports de l'anthropologie. In: Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales, sous la direction de MOUILLIE Jean-Marc, LEFEVE Céline et VISIER Laurent. Paris: Les Belles Lettres, 2007, 667p.
- 30- BOIGE Nathalie, MISSONNIER Sylvain, La consultation de gastro-pédiatrie psychosomatique. Une affaire de traduction et de collaboration. Le carnet PSY juin 2008; n°127, pp34-38.
- 31- MISSONNIER Sylvain, KELAFA-FOUCAUD Françoise, BOIGE Nathalie, Le reflux gastro-oesophagien du nourrisson (RGO): un avatar de la transmission orale? Champs psychosomatique janvier 2002; n°25, pp75-93.
- 32- GERBER Simone, La colique des premiers mois, petite chronique du temps passé. Médecine & enfance mai 2006; vol. 26, n°5, pp 247-249.
- 33- DE LEERSNYDER Hélène, Les difficultés de sommeil du bébé de la naissance à l'âge de 6 mois. Spirale février 2005; n°34, pp165-170.
- 34- CHEVREL Jean-Paul, FONTAINE Christian, L'appareil manducateur - Les dents. In: Anatomie clinique - Tome 3 - Tête et cou, Springer, 1996, pp117-136.
- 35- BAUMGAART Manuela, LUSSI Adrian, Dents natales et néonatales. Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie septembre 2006; vol. 116, pp904-909.
- 36- GUICHENEY Fabrice, La poussée dentaire et sa prise en charge, du mythe à la réalité. Thèse de médecine, Bordeaux, 2006, 75p.
- 37- LAMENDIN Henri, Petites histoires de l'art dentaire d'hier et d'aujourd'hui: Anecdodontes. Paris: L'Harmattan, 2006, 208p.
- 38- LOUX Françoise, L'ogre et la dent. Paris: Berger-Levrault, 1981, 182p.
- 39- LEFEVE Céline, Qu'est ce que la médecine? Le normal et le pathologique. In: Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales, sous la direction de MOUILLIE Jean-Marc, LEFEVE Céline et VISIER Laurent. Paris: Les Belles Lettres, 2007, 667p.
- 40- VERRIER Anatole-Joseph et ONILLON René, Glossaire étymologique des patois et des parlers de l'Anjou. vol.2, Angers: Germain et Grassin, 1908, 587p.
- 41- ASHLEY M.P., It's only teething... A report of the myths and modern approaches to teething. British dental journal juillet 2001; vol. 191, n°1, pp4-8.
- 42- ANDERSON Jane Elizabeth, « Nothing but the tooth » : Dispelling myths about teething. Contemporary pediatrics juillet 2004; vol. 21, n°7, pp75-87.

- 43- WAKE Melissa, HESKETH Kylie, ALLEN Morton, Parents beliefs about infant teething: A survey of Australian parents. *Journal of paediatrics and child health* 1999; vol. 35, pp446-449.
- 44- ASSATHIANY Rémy, L'éruption dentaire du nourrisson. Croyances et pratiques. *Les Journées de techniques avancées en Gynécologie et Obstétrique PMA Périnatalogie et Pédiatrie*; 2006.
- 45- BARLOW Bradley S, KANELLIS Michael J, SLAYTON Rebecca L, Tooth eruption symptoms: a survey of parents and health professionals. *ASDC journal of dentistry for children* mai 2002; vol. 69, pp148-150.
- 46- COREIL J, PRICE L, BARKEY N, Recognition and management of teething diarrhea among Florida pediatricians. *Clinical Pediatrics* 1995; vol. 34, n°11, pp591-596.
- 47- WAKE Melissa, HESKETH Kylie, Teething symptoms: cross sectional survey of five groups of child health professionals. *British medical journal* 2002; vol. 325, p814.
- 48- SODEMANN M., JAKOBSEN M. S., MOLBAK K., MARTINS C., AABY P., Maternal perception of causes, signs and severity of diarrhoea in a suburban West African community. *Acta paediatrica* 1996; vol. 85, n°9, pp1062-1069.
- 49- SWANN Ian L, Teething complications, a persisting misconception. *Postgraduate medical journal* janvier 1979; vol. 55, Issue 639, pp24-25.
- 50- TIGHE M., ROE M.F.E., Does a teething child need serious illness excluding? *Archives of disease in childhood* mars 2007; vol. 92, n°3, pp266-268.
- 51- JABER L, COHEN IJ, MOR A, Fever associated with teething. *Archives of disease in childhood* 1992; vol. 67, n°2, pp233-234.
- 52- PERETZ Benjamin, RAM Diana, HERMIDA B Laura, OTERO M Margarita Maria, Systemic manifestations during eruption of primary teeth in infants. *Journal of dentistry for children* 2003; vol. 70, n°2, pp170-173.
- 53- MACKNIN ML, PIEDMONTE M, JACOBS J, SKIBINSKI C, Symptoms associated with infant teething. A prospective study. *Pediatrics* avril 2000; vol. 105, n°4, pp747-752.
- 54- LLOYD S, Teething in babies: separating fact from fiction. *Professional Care of Mother and Child* 1996; vol. 6, pp155-156.
- 55- TASANEN A, General and local effects of the eruption of deciduous teeth. *Annales paediatricae Fenniae* 1968; vol. 14, suppl. 29, p1.
- 56- WAKE Melissa, HESKETH Kylie, LUCAS James, Teething and tooth eruption in infants: a cohort study. *Pediatrics* décembre 2000; vol. 106, n°6, pp1374-1379.

- 57- MCINTYRE GT, MCINTYRE GM, Teething troubles? *British Dental Journal* mars 2002; vol. 192, n°5, pp251-255.
- 58- BAYKAN Z, SAHIN F, BEYAZOVA U, OZCAKAR B, BAYKAN A, Experience of Turkish parents about their infant's teething. *Child Care, Health and Development* juin 2004; vol. 30, Issue 4, pp331-336.
- 59- MISSONNIER Sylvain, BOIGE Nathalie, Psychanalyse de la succion, clinique de la sucette. *Champ psychosomatique* janvier 2003; n°69, pp9-35.
- 60- DESCLAUX A, Les perceptions populaires des diarrhées infantiles: diversité et invariants. *Archives de pédiatrie* 1998; vol. 5, n°2, pp213-239.
- 61- ISRAËL Jacky, Plaidoyer pour le bébé contre les « sein-tégristes ». *Spirale* février 2008; n°46, pp135-140.
- 62- PRIEUR Régine, Allaiter, ça fait mal? *Spirale* janvier 2008; n°45, pp99-107.
- 63- PARAT Hélène, Heurs et malheurs de l'allaitement maternel. *Médecine et enfance* octobre 2009; vol. 29, n°8, pp4-5.
- 64- PRAT Régine, « L'érotique maternelle. Psychanalyse de l'allaitement » de Hélène Parat. *Revue française de psychanalyse* janvier 2002; vol.66, pp277-282.
- 65- PARAT Hélène, BOISSEL Anne, Tétons juteux, tétons charnus. Entretien avec Hélène Parat réalisé par Anne BOISSEL. *La lettre du Grape* février 2003; n°52, pp19-26.
- 66- LAMALLE Jocelyne, La moutarde me monte au lait, quel mal y a-t-il à cela? Ou « quand le manque s'emmêle ». *La lettre du Grape* mars 1998; n°31, pp35-42.
- 67- LIGHEZZOLO Joëlle, BOUBOU Floriane, SOUILLOT Céline, DE TYCHEY Claude, Allaitement prolongé et ratés du sevrage: réflexions psychodynamiques. *Cliniques méditerranéennes* février 2005; n°72, pp265-280.
- 68- LAPLANTINE François, *La médecine populaire des campagnes françaises d'aujourd'hui*. Paris: Éditions universitaires, 1978, 234p.
- 69- LOUX Françoise, *Traditions et soins d'aujourd'hui*. Paris: InterEditions, 1990, 292p.
- 70- FAVRET-SAADA Jeanne, *Les mots, la mort, les sorts*. Paris: Gallimard, 1977, 424p.
- 71- HAXAIRE Claudie, La participation du malade au soin: comment un médicament devient-il un remède? Du médicament du point de vue du médecin au remède du point de vue du malade. In: *Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales*, sous la direction de MOUILLIE Jean-Marc, LEFEVE Céline et VISIER Laurent. Paris: Les Belles Lettres, 2007, 667p.

- 72- LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie*. Paris: Payot, 1986, 388p.
- 73- VANDROUX Karine, *Le hochet dans l'histoire*. Spirale avril 2002; n°24, pp113-123.
- 74- GAILLARD-SEUX Patricia, *Pratiques magiques antiques et médecine populaire en Anjou (XIXe – XXe siècles)*. In: *Médecine et hôpitaux en Anjou du Moyen Age à nos jours*, sous la direction de PETIT Jacques-Guy et SAINT-ANDRE Jean-Paul. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2009, pp221-231.
- 75- FRAYSSE Camille (père), *Le Folklore du Baugeois: recueil de légendes, traditions, croyances et superstitions populaires*. Bauge: Imprimerie R. Dangind, 1906, 196p.
- 76- ROUSSEAU Xavier, *La Normandie ignorée. Les métiers originaux de la campagne (taupiers, sourciers, guérisseux, rebouteux, etc.)*. Caen: Jouan, 1913, 48p.
- 77- TRIOULAIRE Apolline, *Apolline, l'histoire devenue légende*. Actes. Société française d'histoire de l'art dentaire 2008; vol. 13, pp6-8.
- 78- CAMUS Dominique, *L'univers des guérisseurs traditionnels. Panseurs de secrets et conjureurs*. Rennes: Éditions Ouest-France, 2010, 125p.
- 79- ABADIE Laurent, *En Ariège une dent de Sainte a la réputation de calmer le mal de dents des bébés*. Le Point (En ligne), 08 avril 2010, page consultée le 03 septembre 2010.
<http://www.lepoint.fr/actualites-insolites/2010-04-08/en-ariege-une-dent-de-sainte-a-la-reputation-de-calmer-le-mal-de/918/0/442226>
- 80- DELBOUYS Alain-Marc, *Une relique pour soulager bébé*. La Dépêche (En ligne), 03 février 2003, page consultée le 03 septembre 2010.
<http://www.ladepeche.fr/article/2003/02/03/188506-Une-relique-pour-soulager-bebe.html>
- 81- SCH. J., *Par le truchement de la sainte Dent*. Le petit bleu de Lot et Garonne (En ligne), 26 avril 2010, page consultée le 03 septembre 2010.
<http://www.ladepeche.fr/article/2010/04/26/823773-par-le-truchement-de-la-sainte-Dent.html>
- 82- CORMEAU Henri, *Terroirs Mauges. Miettes d'une vie provinciale Tome 2: La tradition*. Turquant: Cheminements, 2000, 444p.
- 83- FREUD Sigmund, *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris: Gallimard, 1987, 211p.
- 84- LASCAULT Gilbert, *Article « dévoration »*. In: *Figurées défigurées. Petit vocabulaire de la féminité représentée*. Paris: Éditions du Félin, coll. Les marches du temps, 2008, 209p.
- 85- MOREL Marie-France, *La mort d'un bébé au fil de l'histoire*. Spirale mars 2004; n°31, pp15-34.
- 86- LECANUET Jean-Pierre, *Des rafales et des pauses: les suctions prénatales*. Spirale février 2002; n°22, pp37-48.

- 87- LAPLANCHE Jean, PONTALIS Jean-Bernard, Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: Presses universitaires de France, 1973, 525p.
- 88- MOGGIO Françoise, Les violences ordinaires. In: Bébés agressifs, bébés agressés, sous la direction de GOLSE Bernard et DELION Pierre. Ramonville-Saint-Agne: Érès, 2008, 141p.
- 89- ABRAM Jan, Le langage de Winnicott. Dictionnaire explicatif des termes winnicottiens. Paris: Edition Popesco, 2003.
- 90- WINNICOTT Donald Woods, Agressivité, culpabilité et réparation. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 1994, 145p.
- 91- WINNICOTT Donald Woods, La haine dans le contre-transfert. In: De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Science de l'homme Payot, 1992, pp72-82.
- 92- MOREL CINQ-MARS José, En morceaux. La lettre du Grape février 2003; n°52, pp31-38.
- 93- GIMENEZ Caroline, BLATIER Catherine, Étude de l'émergence de l'agressivité physique au cours de la prime enfance. Une analyse des comportements agressifs des enfants âgés de 17 mois. Devenir, Médecine et Hygiène Avril 2004; vol. 16, pp309-335.
- 94- PERRAULT Charles, TRONC Hélène, LAGIER Valérie, Le Petit Chaperon rouge. In: Contes de ma Mère l'Oye. Paris: Gallimard, coll. Folioplus classiques, 2006, pp23-26.
- 95- FRANCOIS Paul, MULLER Gerda, Les trois petits cochons. Paris: Flammarion, coll. Père Castor, 1964, 16p.
- 96- PERRAULT Charles, TRONC Hélène, LAGIER Valérie, Le Petit Poucet. In: Contes de ma Mère l'Oye. Paris: Gallimard, coll. Folioplus classiques, 2006, pp71-84.
- 97- GRIMM Jacob, GRIMM Wilhem, WIRTH Hélène, Hänsel et Gretel. Paris: Flammarion, coll. Père Castor, 2002, 23p.
- 98- BETTELHEIM Bruno, Psychanalyse des contes de fées. Paris: Robert Laffont, 2003, 512p.
- 99- LAFFORGUE Pierre, Petit Poucet deviendra grand. Le travail du conte. Bordeaux: Mollat, 1995, 271p.
- 100- BELMONT Nicole, Comment on fait peur aux enfants. Paris: Mercure de France, 1999, 55p.

DENIS Benoîte

**La médecine populaire des poussées dentaires:
approches biomédicale, anthropologique et psychanalytique**

RÉSUMÉ

L'éruption des dents lactéales, source de préoccupation pour les parents et particulièrement pour les mères, est l'objet d'une médecine populaire riche et vivante. La médecine dite scientifique n'y accorde pourtant que peu d'importance. Ce travail de recherche bibliographique accompagné d'illustrations cliniques, décrypte d'abord dans quelle mesure enfant, parents et médecin sont diversement touchés par cette question. Il s'attache ensuite à décrire le savoir et les pratiques thérapeutiques populaires relatives aux poussées dentaires. Une analyse, croisant différents niveaux de lecture (biomédical, anthropologique et psychanalytique) en est alors proposée. Celle-ci permet de dégager des représentations relatives à la vie, à la mort et à l'agressivité, qui infiltrent la question des poussées dentaires et sous-tendent la médecine populaire qui lui est attachée. Ce travail tente ainsi de témoigner combien l'attention du médecin au savoir et aux représentations du patient, même dans un domaine aussi anodin en apparence que celui de l'éruption des dents de lait, peut-être source d'enseignement pour saisir et accompagner la relation parent-enfant.

MOTS-CLÉS

Poussée dentaire

Représentations

Dents lactéales

Psychanalyse

Médecine populaire

Anthropologie

FORMAT

Mémoire

Article¹ : à soumettre soumis accepté pour publication publié
suivi par : Indiquer le NOM de la personne qui suit la publication (directeur ou président, par exemple)

¹ statut au moment de la soutenance