

Année 2018

N° 3453

**COMMUNICATION AVEC L'ADOLESCENT AU
CABINET DENTAIRE**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par
Victoire CHAIGNEAU
Née le 16 avril 1991 à Nantes

Le 24 janvier 2018 devant le jury ci-dessous :

Président : Madame le Professeur Brigitte LICHT

Assesseur : Madame le Docteur Elisabeth ROY

Assesseur : Madame le Docteur Estelle BRAY

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

UNIVERSITÉ DE NANTES	
Président	Pr LABOUX Olivier
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Pr GIUMELLI Bernard
Assesseurs	Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOULER Jean-Michel	
Professeurs Emérites	
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain
Praticiens Hospitaliers	
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame HYON Isabelle Madame GOEMAERE GALIERE Hélène
Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	Assistants Hospitaliers Universitaires des C.S.E.R.D.
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Madame BLERY Pauline Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Madame RENARD Emmanuelle Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLOU Xavier Monsieur VERNER Christian	Monsieur ABBAS Amine Monsieur AUBEUX Davy Madame BERNARD Cécile Monsieur BOUCHET Xavier Madame BRAY Estelle Madame CLOITRE Alexandra Monsieur DRUGEAU Kevin Madame GOUGEON Béatrice Monsieur LE BOURHIS Antoine Monsieur LE GUENNEC Benoît Monsieur LOCHON Damien Madame MAÇON Claire Madame MAIRE-FROMENT Claire-Hélène Madame MERCUSOT Marie-Caroline Monsieur OUVRARD Pierre Monsieur PRUD'HOMME Tony Monsieur SARKISSIAN Louis-Emmanuel
Maître de Conférences	
Madame VINATIER Claire	
Enseignants Associés	A.T.E.R.
Monsieur KOUADIO Ayepa (Assistant Associé) Madame LOLAH Aoula (MC Associé) Madame RAKIC Mia (PU Associé)	Madame BON Nina

Mise à jour le 11/05/2017

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la
Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans
la dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées
comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune
approbation, ni improbation

Remerciements,

A Madame le Professeur Brigitte ALLIOT-LICHT,

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de
Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Habilitée à Diriger des Recherches

Chef du Département de Sciences Biologiques

Nantes

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Pour la qualité de vos enseignements tout au long de mon cursus universitaire. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD,

Maître de Conférences des Universités
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de
Recherche Dentaires
Docteur de l'Université de Nantes
Chef du département de Pédiodontie

Nantes

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse. Pour vos corrections et vos conseils tout au long de la rédaction de cet écrit et pour le temps que vous y avez accordé. Pour vos enseignements cliniques et théoriques précieux lors de mon cursus. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur Elisabeth ROY,

Maître de Conférences des Universités
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de
Recherche Dentaires
Docteur de l'Université de Nantes
Département de Pédodontie

Nantes

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury. Pour votre accessibilité et votre disponibilité. Pour votre gentillesse et vos qualités pédagogiques. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde sympathie, de ma sincère gratitude et de mon grand respect.

A Madame le Docteur Estelle BRAY,

Assistante Hospitalier Universitaire des Centres de Soins
d'Enseignement et de Recherche Dentaires
Département de Pédodontie

Nantes

Pour m'avoir fait l'honneur de siéger dans mon jury. Pour votre disponibilité tout au long de mon cursus universitaire. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	11
1. L'ADOLESCENCE.....	12
1.1. Qu'est-ce que l'adolescence ?.....	12
1.1.1. Adolescence et société.....	12
1.1.1.1. Définition contemporaine de l'adolescence.....	12
1.1.1.2. Adolescence, une invention sociale.....	13
1.1.1.3. Passage de l'adolescence.....	13
1.1.2. Transformations corporelles au cours de l'adolescence.....	15
1.1.2.1. Âge de la puberté.....	16
1.1.2.2. Physiologie de la puberté.....	16
1.1.2.3. Manifestations cliniques de la puberté.....	17
1.1.2.4. Avatars pubertaires courants.....	18
1.1.3. Développements psychiques de l'adolescent.....	19
1.1.3.1. Remaniement pubertaire et espace du corps.....	19
1.1.3.2. Remaniement relationnel et social.....	22
1.1.3.3. Remaniement psychoaffectif.....	23
1.1.3.4. Remaniement cognitif.....	23
1.2. La santé des adolescents.....	24
1.2.1. Etat de santé.....	24
1.2.1.1. Santé perçue.....	24
1.2.1.2. Troubles de santé à l'adolescence.....	25
1.2.1.3. Recours aux soins.....	25
1.2.1.4. Inégalités de santé.....	26
1.2.2. Troubles et conduites à risque.....	27
1.2.2.1. Mal-être.....	28
1.2.2.2. Dépression.....	28
1.2.2.3. Comportements et troubles alimentaires.....	29
1.2.2.4. Usage de produits psychoactifs.....	34
1.2.2.5. Tentatives de suicide/suicide.....	39
1.2.3. Santé bucco-dentaire.....	40
1.2.3.1. Caries.....	40
1.2.3.2. Maladies parodontales.....	41
1.2.3.3. Occlusion.....	42
1.2.3.4. Traumatologie dentaire.....	42
1.2.3.5. Comportements psychosociaux.....	43
2. COMMUNIQUER AVEC L'ADOLESCENT.....	44
2.1. Principes généraux de la communication.....	45
2.1.1. Définition.....	45
2.1.1.1. Innée ou acquise ?.....	45
2.1.1.2. Objectifs de la communication.....	45
2.1.1.3. Eléments de la communication.....	46
2.1.2. Communication verbale.....	47
2.1.2.1. Définition.....	47
2.1.2.2. Mots.....	48
2.1.2.3. Moyens de communication verbale.....	48

2.1.3. Communication non verbale	51
2.1.3.1. Définition.....	51
2.1.3.2. Paralangage.....	51
2.1.3.3. Silence.....	52
2.1.3.4. Communication visuelle.....	52
2.1.4. Résultats de la communication	53
2.2. Communication avec l'adolescent au cabinet dentaire	53
2.2.1. Relation praticien-patient	54
2.2.1.1. Définition.....	54
2.2.1.2. Evolution de cette relation.....	54
2.2.1.3. Relation atypique.....	55
2.2.1.4. Transfert et contre-transfert.....	56
2.2.1.5. Relation triangulaire.....	58
2.2.2. Eléments influençant la communication au cabinet dentaire 59	
2.2.2.1. Variables extrinsèques.....	60
2.2.2.2. Variables intrinsèques.....	61
2.2.2.3. Anxiété au cabinet dentaire.....	62
2.2.3. Optimiser les capacités relationnelles	65
2.2.3.1. Adaptation du langage.....	65
2.2.3.2. Ecoute active.....	65
2.2.3.3. Empathie.....	66
2.2.3.4. Confiance.....	68
2.2.3.5. Considération.....	69
2.2.3.6. Tutoiement/vouvoiement.....	70
2.2.3.7. Supports de communication.....	70
2.2.3.8. Position spatiale.....	70
2.2.3.9. Motivation.....	71
2.2.4. Consultation avec l'adolescent	72
2.2.4.1. Premier contact.....	72
2.2.4.2. Première consultation.....	74
2.2.4.3. Repérage des comportements à risque.....	75
CONCLUSION	78
BIBLIOGRAPHIE	80

INTRODUCTION :

L'adolescence est une période révolutionnaire dans la vie, une période de turbulences physiques et psychiques. En effet, l'adolescent fait face aux transformations corporelles plus ou moins bien vécues de la puberté. Il possède maintenant un corps sexué d'homme ou de femme. Sa relation avec ses parents est en évolution et peut être parfois critique. Il a également un besoin d'autonomie et d'inscription dans le corps social.

Les craintes concernant le devenir de tous ces processus prennent souvent la forme d'un questionnement insistant sur la normalité physique ou psychique. C'est donc l'âge du changement et, comme tout changement, cela se traduit par des doutes pouvant être à l'origine de risques importants. En effet, de nombreux comportements à risque s'initient durant cette période : tabac, alcool, drogues, troubles alimentaires, scarifications et autres sont des premières expérimentations de l'adolescence. Or, cette phase est un moment important pour l'adoption et le développement des habitudes et des attitudes de santé. Mais généralement, l'adolescent se sent en bonne santé, et les consultations chez le médecin se font rares. Le chirurgien-dentiste pourra alors prendre le « relais » de sa prise en charge, le responsabiliser, l'aider, le motiver...

Du fait de l'état d'esprit particulier dans lequel se trouve l'adolescent, cette prise en charge au sein du cabinet dentaire s'avère spécifique et différente de celles des autres patients. Le chirurgien-dentiste retrouvera chez l'adolescent des problèmes parodontaux liés aux variations hormonales, une négligence de l'hygiène bucco-dentaire (lié à un rejet de son nouveau corps), des risques de malnutrition concernant aussi bien la composition que le rythme des repas, des risques traumatiques augmentés, des risques de consommation de tabac, d'alcool et de drogues augmentés (par l'expérimentation de nouvelles activités à risques) ou encore la mise en place de piercings (par envie de se démarquer des autres). Enfin, les bouleversements provoqués par l'adolescence peuvent entraîner chez certains des états dépressifs plus ou moins graves voire des « envies suicidaires ». Le chirurgien-dentiste a donc un rôle à jouer pour déceler, aider, orienter et motiver l'adolescent dans la prise en charge de sa santé et spécifiquement bucco-dentaire. Pour cela, la communication est un des outils indispensables que le chirurgien-dentiste doit acquérir et adapter à sa patientèle adolescente. Mais quels en sont les contours ? Comment communiquer avec l'adolescent au cabinet dentaire ?

C'est cet aspect de la profession qui nous intéressera tout au long de ce travail.

Dans un premier temps, il est important de connaître les développements qui surviennent à l'adolescence ainsi que les répercussions que cela peut engendrer. Et, face à cet adolescent en conflit, le chirurgien-dentiste devra adapter la communication au cabinet pour entamer une relation de soin avec lui. Dans un second temps, il est donc nécessaire de connaître les principes de base de la communication pour ensuite les ajuster à cette patientèle définie et développer une consultation personnalisée.

1. L'adolescence

1.1. Qu'est-ce-que l'adolescence ?

Adolescence vient du mot latin *adolescere*, qui signifie « grandir » et implique croissance et développement humain (1). Nous allons donc nous intéresser à une période de la vie que tout individu traverse, passant de l'enfance à l'âge adulte (1-3).

1.1.1. Adolescence et société

L'adolescence s'intègre dans la société d'aujourd'hui mais cela n'a pas toujours été le cas. Elle n'a pas toujours existé, ses limites ne sont pas toujours bien définies et ses rites de passage ont évolué.

1.1.1.1. Définition contemporaine de l'adolescence

Il n'existe pas une définition universelle de l'adolescence. En revanche, toutes s'accordent à dire que l'adolescence est un « état de transition entre l'enfance et l'âge adulte ».

L'adolescence est l'âge du changement : c'est une période de croissance et de transformation physique accélérée, ainsi qu'une période de profonde transformation psychique (1-3). L'individu n'est plus tout à fait un enfant mais n'est pas encore l'adulte qu'il est en passe de devenir. De ce fait, l'adolescent est simultanément à la recherche de l'autonomie mais sans vouloir se couper de la tutelle de son entourage (1).

L'OMS considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 11 et 24 ans (4). Pour d'autres sources, l'adolescent a entre 10 et 18 ans (5) ou encore entre 10 et 20 ans (6).

Ce processus de transition s'allonge depuis les années 1960 en raison notamment de la précocité de la puberté, de la prolongation de la scolarisation, de la généralisation de la maîtrise de la fécondité, mais aussi du développement du chômage et de formes d'emploi précaire chez les jeunes (7).

1.1.1.2. Adolescence, une invention sociale

La logique voudrait que l'adolescence ait toujours existé. Dans l'Antiquité, les Romains reconnaissaient cette période de transition et la situaient entre 12 et 25 ans (8). Toutefois, cet âge charnière de la vie a par la suite longtemps été ignoré : on considérait alors qu'on passait directement de l'enfance à l'âge adulte. Ce n'est qu'au XIXe siècle que la particularité de cette période a de nouveau été reconnue et qu'a émergé la notion d'adolescence comme âge spécifique de la vie (9).

A cette époque, l'adolescence était perçue comme une période particulièrement critique, liée à la puberté. Un âge « bâtard », « gauche », « ingrat » aussi bien physiquement que moralement. Cette adolescence fait même peur. On appelait à la plus grande vigilance dans les milieux éducatifs pour canaliser les mutineries et les influences néfastes des jeunes gens « corrompus et corrupteurs ». Face à cette délinquance, des tribunaux pour enfants et adolescents ont d'ailleurs été créés au début du XXème siècle, mettant en oeuvre une pénalité intermédiaire pour les 13-18 ans (9).

C'est la Troisième République qui fera de l'adolescence une classe d'âge à part entière, avec l'instauration des lois scolaires (1881-1882) de l'instruction obligatoire jusqu'à 13 ans (elle sera prolongée jusqu'à 14 ans en 1936), ainsi que toutes une série d'initiatives, à partir des années 1890, visant à instruire la jeunesse populaire (encadrement post scolaire pour les apprentis et les jeunes ouvriers : patronages laïques, enseignement professionnel obligatoire sous forme de cours du soir, créations de maisons de l'adolescence, de mutuelles, de fêtes...)(9).

Ainsi, en rendant l'école obligatoire et en lui reconnaissant un statut juridique spécifique, la Société a fait ressurgir cette notion spécifique d'adolescence (9).

Pendant cette phase intermédiaire, l'adolescent peut exercer des responsabilités d'adulte tout en étant protégé, relativement séparé de la population adulte, et en se préparant à sa future insertion dans le monde adulte. Mais quand cette phase intermédiaire entre l'enfance et l'âge adulte débute-elle et finit-elle ?

1.1.1.3. Passage de l'adolescence

Si le passage de l'enfance à l'adolescence est marqué par des étapes évidentes (expériences initiatiques d'une part, réalité d'un corps qui change d'autre part, et bouleversement des relations), l'insertion dans le monde adulte est quant à elle plus complexe à déterminer.

❖ De l'enfance à l'adolescence

D'après l'enquête Ipsos Santé / Fondation Pfizer « Regards croisés des adolescents, des adultes et des seniors » de 2013 confrontant différentes générations (adolescents, adultes et seniors), l'âge d'entrée dans l'adolescence se trouve autour de 13-14 ans (10).

Ce passage du statut d'enfant au statut d'adolescent est marqué par l'entrée dans la puberté durant laquelle de nombreuses transformations physiques s'opèrent (1-3,11). Elle est également jalonnée d'expériences des « premières fois » comme la première cigarette, le premier baiser, le premier téléphone portable, la première relation sexuelle et bien d'autres encore. Ces expériences peuvent être perçues comme « initiatiques » voire « intégratrices » pour certains adolescents. Elles entretiennent un statut d'individu en transition (10).

❖ De l'adolescence à l'âge adulte

L'âge de sortie de l'adolescence ou d'entrée dans l'âge adulte est plus complexe à fixer et plus incertain qu'il ne l'était par le passé (3,7,10).

En effet, devenir adulte n'est pas affaire d'âge mais d'expérience et d'autonomie. Aujourd'hui, la majorité civile n'est plus considérée comme le seul marqueur de fin de cette période d'adolescence. Avoir 18 ans marque légalement et juridiquement le statut d'adulte mais ne coïncide pas forcément avec l'entrée effective dans l'âge adulte. Devenir et être adulte est une expérience propre à chaque individu, elle est caractérisée par les notions de responsabilité, d'autonomie et d'indépendance financière (10).

❖ Des rites aux seuils

Toutes les sociétés se sont préoccupées d'organiser cette transition de l'enfance à l'âge adulte proposant aux adolescents un modèle initiatique aussi efficace que possible pour répondre aux transformations inhérentes à cet âge (12).

Ces rites sont très différents d'une société à l'autre, mais on y retrouve un certain nombre de constantes (surtout pour les garçons) (2). Si l'on se réfère aux sociétés dites primitives, on est d'ailleurs frappé par l'universalité de ce qu'il est convenu d'appeler les « rites de passage » (12,13). Le schéma initiatique comprend toujours trois phases devenues classiques : la séparation (de l'état ou du lieu antérieur, l'individu est isolé du groupe), la réclusion en marge (entre les deux, moment où s'effectue l'efficacité du rituel), et l'agrégation (à un nouvel état, retour dans le groupe). Elles constituent, pour le sujet, des moments d'apprentissage de la société qui lui permettront d'y être intégré (12,13). De nombreux rites d'initiation suivent le cadre de ces trois étapes (12).

Dans les sociétés européennes traditionnelles du XIXe, ces rites de passage ont pour particularité de permettre une transition presque instantanée d'un statut à un autre, avec une période de marge réduite au minimum. C'est le cas par exemple de la première communion, célébrée vers 12-13 ans, qui avait une signification profane autant que religieuse, elle marquait le passage à la puberté et ainsi la fin de l'enfance. De même, la conscription ou service militaire qui à cette époque représentait le cérémonial par excellence de sortie de la jeunesse et d'entrée dans le monde des hommes adultes. Et enfin, le mariage qui, sans nul doute, était le rite de passage le plus marquant, notamment pour les femmes (7).

Ces rites, qui organisaient et solennisaient autrefois le processus de passage à l'âge adulte, ont cédé la place à une transition plus progressive avec franchissement de seuils individualisés (10,2). En effet, dans nos sociétés occidentales « modernes », il s'est produit une évidente dilution de ces rituels, aussi bien dans la forme que dans la durée (2). D'une part, la période de l'adolescence s'est allongée. Et d'autre part, les rituels collectifs, institutionnalisés ont laissé place à une expérience beaucoup plus individuelle. Désormais, chacun détermine ses seuils. Ce sera à chaque fois une expérience particulière comme le départ du domicile familial, le premier travail ou la parentalité ; étapes qui ont majoritairement été citées par les adolescents et adultes de l'étude Ipsos (10).

Avec l'effacement des rites, il apparaît une période de latence. Cette période incite les adolescents à l'expérimentation ou l'instabilité, parfois dangereuse. C'est dans ce contexte qu'une explosion des conduites à risque, rites beaucoup moins codifiés, prend souvent valeur de confrontation à des limites, pourvoyeuse de sens, et réunissant des communautés de jeunes fragiles, en recherche d'équilibre. On peut parler de *ritualité détraquée* (2).

Si les rites de passage pour devenir adulte sont, aujourd'hui, quelque peu flous, il en est autrement pour les bornes d'entrée dans l'adolescence. En effet, les résultats de l'étude Ipsos Santé / Fondation Pfizer « Regards croisés des adolescents, des adultes et des seniors » révèlent que pour 51 % des adolescents et 67 % des adultes, les principaux marqueurs de l'adolescence sont les changements du corps (10).

1.1.2. Transformations corporelles au cours de l'adolescence

L'adolescence se caractérise par un rythme important de croissance et de changements (qui n'est supérieur que pendant la petite enfance)(11).

Les transformations physiques observées durant cette étape résultent pour la plupart de modifications hormonales (1). Effectivement, la maturation de la fonction hypothalamo-hypophyso-gonadique aboutit au développement complet des caractères sexuels, à l'acquisition de la taille définitive, de la fonction de reproduction et de la fertilité (14,15).

Le corps de l'adolescent se transforme pour passer de celui d'un enfant à celui d'un adulte. On appelle cette phase la puberté (14,16).

1.1.2.1. Âge de la puberté

La puberté et l'adolescence sont deux phénomènes différents mais complémentaires. En effet, le début de la première est un marqueur d'entrée dans la deuxième (2). En revanche, le mécanisme de déclenchement de ce processus est encore hypothétique (14).

Des facteurs génétiques mais également environnementaux influenceraient l'âge de la puberté (contexte socio-économique, poids corporel, stress, etc.)(14). Les phénomènes physiologiques et certains facteurs psychologiques assimilés sont quant à eux plus liés au développement pubertaire qu'à l'âge chronologique (1).

Les premières manifestations de la puberté surviennent dans 95% des cas entre 8 et 13 ans chez les filles et entre 10 et 14 ans chez les garçons (1,2,14). Mais c'est l'âge osseux qui permet de repérer la maturation globale de l'organisme, grâce à des radiographies du poignet et de la main gauche. En effet, le début de la puberté correspond grossièrement à l'apparition du sésamoïde du pouce, soit un âge osseux de 11 ans chez la fille et de 13 ans chez le garçon (1). Cette phase de développement a une durée moyenne de trois ans, mais peut connaître de grandes variations interindividuelles de tempo (2).

La fin de la puberté, quant à elle, est loin de signer la fin de l'adolescence. La quasi-totalité des adolescents ont atteint le stade final de leur développement pubertaire vers 17 ans (1,2). Si l'individu devient physiologiquement capable de procréer, les impératifs du développement ne sont néanmoins pas encore tous réalisés ou autorisés pour entrer dans la phase « adulte » (1,10).

1.1.2.2. Physiologie de la puberté

La puberté est, comme vu précédemment, une période d'acquisition de la fonction de reproduction associant une maturation sexuelle par activation des gonades et développement des caractères sexuels secondaires ainsi qu'une accélération de la vitesse de croissance conduisant à la taille adulte. Elle se fait par maturation graduelle de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique, probablement génétiquement déterminée et également sous l'influence de facteurs environnementaux (14).

Cette étape de développement physique débute par la génération de pulses de sécrétion de GnRH par l'hypothalamus qui va stimuler l'hypophyse. Sous l'effet des gonadotrophines LH (Hormone Lutéinisante) et FSH (Folliculo-Stimulante Hormone) sécrétées par les cellules anté-hypophysaires, il y a stimulation des gonades qui se traduit par une augmentation du volume et une sécrétion des stéroïdes sexuels, testostérone (chez le garçon) et oestradiol (chez la fille). Ces hormones sexuelles vont, à leur tour, permettre la maturation des organes reproducteurs et le développement des caractères sexuels secondaires (1,2,14).

La phase de puberté est en réalité l'étape finale du développement sexuel. Les pulses de GnRH qui activent l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique n'apparaissent pas brusquement après une phase quiescente mais varient suivant l'âge. En effet, durant la période fœtale, ils permettent la différenciation du fœtus et l'évolution des follicules ovariens. Puis pendant l'enfance, la sécrétion de GnRH est inhibée par le système nerveux central jusqu'à la puberté. Et survient alors, une augmentation de la fréquence et de l'intensité des pulses de GnRH provoquées par des mécanismes mal connus de nos jours (1).

L'acquisition d'un corps sexué est ainsi l'aboutissement d'un processus long et séquentiel, comportant une phase de différenciation achevée pendant la vie fœtale, et une phase de maturation se prolongeant jusqu'à la fin de la puberté (2).

1.1.2.3. Manifestations cliniques de la puberté

❖ Développement des caractères sexuels

○ Chez les filles :

Le tout premier signe du début pubertaire est infra-clinique : c'est l'accroissement du volume des ovaires, qui débute un an avant l'apparition des premiers caractères sexuels secondaires. Mais la première manifestation pubertaire visible est le développement des glandes mammaires. Il se fait en moyenne à partir de 10,5-11 ans (8 à 13 ans pour 95% des filles) et atteint le stade adulte 4 ans plus tard. Autre manifestation : la pilosité. Celle de la région pubienne débute le plus souvent 6 mois après le développement des glandes mammaires alors que celle axillaire apparaît en moyenne 12 à 18 mois plus tard. La vulve connaît également des modifications d'aspect et d'orientation ; horizontalisation de la vulve, regardant en bas en fin de puberté, hypertrophie des petites lèvres, accentuation des grandes lèvres et augmentation du clitoris. La vulve devient sécrétante avec apparition de leucorrhées. Les premières règles, appelées ménarche font leur apparition en moyenne autour de 13 ans (10-16 ans), 2-2,5 ans après l'apparition des premiers signes pubertaires. Elles sont accompagnées de la croissance de l'utérus (1,2,14,15).

○ Chez les garçons :

Le processus pubertaire chez les garçons est plus tardif : de 24 à 36 mois. Cette phase d'anabolisme intense est sous l'influence principale des hormones sexuelles. Le premier signe de la puberté est l'augmentation du volume testiculaire. Il se produit vers 12-13 ans (9-14 ans pour 95% des garçons). La pilosité pubienne apparaît entre 0 et 6 mois après et la pilosité axillaire, plus tardive, comme chez les filles, apparaît 12 à 18 mois après l'augmentation du volume testiculaire. Pour la pilosité faciale, elle est encore plus tardive, de même que la pilosité corporelle, inconstante et variable, et que la modification de la voix. L'augmentation de la verge débute un peu plus tard, elle aussi, vers l'âge de 13-14 ans, un an après l'augmentation du volume testiculaire (1,2,14,15).

❖ Poussée de croissance pubertaire

La croissance s'accélère dans la première partie de la puberté et l'adolescent(e) atteint sa taille définitive à la fin de celle-ci. Elle vient rompre la croissance linéaire que connaît l'enfant à partir de l'âge de 3-4 ans jusqu'à 11-12 ans (soit environ 6 cm/an) (1,2,14).

L'accélération de la croissance staturale résulte de l'effet des hormones sexuelles, mais aussi et de façon synergique de l'hormone de croissance GH et son effecteur, l'IGF1 synthétisé par le foie, l'os et le cartilage de conjugaison. L'augmentation de l'intensité des pics sécrétoires de GH à la puberté est plus précoce et plus importante chez les filles que chez les garçons. Ainsi le pic de vitesse de croissance survient avec un décalage d'environ 2 ans entre les filles et les garçons (1,2).

Chez les filles, le pic de croissance précède quasiment toujours les premières règles, celles-ci survenant en moyenne un an après ce pic. Alors que chez les garçons, le pic de poussée de croissance ne s'effectue qu'en deuxième partie de puberté. La taille finale est atteinte à 16 ans pour les filles et 18 ans pour les garçons (1,2).

Ainsi, les filles commencent à grandir plus vite vers 11-12 ans, et plus tôt que les garçons, qui finissent néanmoins par les rattraper, puis les dépasser (1,2).

1.1.2.4. Avatars pubertaires courants

Le développement de l'odeur corporelle, dans les deux sexes, est un changement lié à la puberté qui est plus ou moins bien supporté, plus ou moins bien combattu. Ce changement résulte de la mise en action sécrétoire des glandes sudoripares qui sont très sensibles notamment à la testostérone (2).

Avec la puberté, la peau devient plus grasse, en particulier au niveau du visage. Cela est dû également à l'effet des androgènes. La séborrhée est, entre autres, un facteur du développement de l'acné. Cette dernière, est une affection cutanée exclusivement humaine et concerne 50 à 90% des adolescents en cours de puberté à divers degrés (2).

La mue de la voix est aussi un processus intimement lié à la puberté, beaucoup plus remarqué chez les garçons que chez les filles. Elle se produit entre 13 et 17 ans chez 80% des garçons et s'étale sur 12 à 18 mois. Sous l'effet d'une augmentation de la profondeur du larynx et de l'allongement des cordes vocales, les sons émis deviennent plus graves entraînant une instabilité physiologique de la voix pour le volume sonore et les sons aigus durant cette phase (2).

Une augmentation rapide de la masse du corps se fait durant cette phase de transition. Les différences filles-garçons visibles s'expriment principalement au niveau de la masse musculaire, du squelette et de la masse graisseuse. Elles sont à l'origine des morphologies androïde ou gynoïde qui différencient les garçons et les filles à partir de la puberté (2) :

- La masse musculaire se développe considérablement chez les garçons, due notamment au taux de testostérone.
- Les modifications osseuses, quant à elles, se produisent en particulier, au niveau des épaules pour les garçons, élargissement du diamètre osseux, et au niveau du bassin pour les filles.
- Et concernant la masse grasse, elle a tendance à décroître chez le garçon et au contraire, à s'accroître chez la fille.

Il faut noter que le développement corporel ne se fait pas de façon harmonieuse, il existe souvent des disproportions passagères (2). A la fin du processus pubertaire, les différences corporelles entre les filles et les garçons sont beaucoup plus marquées que pendant l'enfance. La maturation physique et sexuelle ainsi terminée représente une étape clé de la préparation à l'âge adulte (1,2,14).

Néanmoins, l'adolescence ne se borne pas au seul développement physique. La définition du Dictionnaire de l'Académie de médecine décrit l'intense modification de cette période : « Le double mouvement constitué par le remaniement de l'enfance d'une part et la recherche du statut d'adulte de l'autre, est à l'origine de la « crise », du « processus psychique » que traverse tout adolescent » (17).

1.1.3. Développements psychiques de l'adolescent

Si le début de l'adolescence peut être défini par la puberté, c'est-à-dire par le niveau de développement biologique, son terme est d'ordre psychosocial et ne correspond donc à aucun âge fixe (1).

Le corps change, de nouvelles émotions et de nouveaux sentiments apparaissent. L'adolescent doit s'approprier, s'adapter à ces remaniements pubertaires, sociaux, émotionnels et cognitifs. C'est une période de vie parfois éprouvante (1).

1.1.3.1. Remaniement pubertaire et espace du corps

❖ Un corps qui change

Il y a une véritable métamorphose physique à l'adolescence où l'image de soi et la morphologie du corps se modifient. L'adolescent ne se reconnaît plus dans son propre corps. Ce corps qui était plutôt maîtrisé par l'enfant va « échapper à l'adolescent », passif, subissant cette transformation qui révèle pourtant le sujet en devenir. Il faut

alors apprendre à vivre avec ce corps en transition, se l'approprier pour en prendre soin, et ne pas trop l'attaquer (1-3).

Le changement pubertaire affecte l'adolescent de façon irrémédiable, il engendre des doutes et questionnements sur sa morphologie, ses représentations, et son identité (18).

❖ Image du corps

Les jeunes s'estiment eux-mêmes en fonction de l'image qu'ils renvoient (15). Or les modifications physiologiques ont des répercussions psychologiques tant sur le plan de la réalité concrète que sur l'imaginaire et le symbolique (1).

L'adolescent prend possession d'un corps qu'il connaît mal, dans lequel il est mal à l'aise car l'évolution est rapide et importante. Cela se traduit souvent par de la maladresse gestuelle passagère. Un écart se creuse entre son corps imaginaire et idéal (celui de l'enfance) et son corps réel et modifié observé dans le miroir. (1).

L'existence de la composante narcissique dans le développement mental à cet âge est nécessaire, elle est d'ailleurs illustrée par un intérêt exagéré à l'égard de sa silhouette ou paradoxalement un désintérêt apparent total que porte par moment l'adolescent à son propre corps (1). Maltraiter son corps est un signe parmi d'autres de sa difficulté narcissique. Le corps est souvent le support sur lequel se projettent souffrance et conflit (1,15). Ainsi le corps, en tant qu'objet d'intérêt, aimé ou détesté, est le moyen d'expression symbolique des conflits de l'adolescent, un marqueur identitaire (1) comme par exemple les piercings ou les tatouages.

Aujourd'hui, en France, le tatouage et le piercing sont définis comme une atteinte corporelle socialement acceptée, souvent sans recherche poussée quant à ses origines ethniques. Le tatouage s'inscrit dans une mode revendiquée comme personnelle, délibérée et réfléchie parfois aussi comme un acte d'émancipation ou de rébellion vis-à-vis des adultes. Le tatoué pense souvent son marquage comme une marque de reconnaissance qui peut lui servir à s'identifier à un groupe, il peut représenter un facteur d'intégration sociale, mais aussi une mise en valeur, un embellissement du corps, voire une véritable œuvre d'art. Il est ainsi réalisé, pour certains, dans un but esthétique essentiellement. Comme le tatouage, le piercing correspond aussi à un désir d'embellissement et de fortification de l'identité, renforcé par l'adjonction de bijoux de piercing de plus en plus variés. Ils peuvent prendre une dimension quasi addictive (tatouages multiples), qui est le plus généralement en lien avec des difficultés identitaires (15).

L'image du corps en perpétuel remaniement au cours de cette période provoque de fréquentes incertitudes, le sentiment d'identité n'est pas encore sûr à cet âge, bizarrerie ou étrangeté sont ressenties par grand nombre d'adolescents (15).

❖ Norme sociale et apparence

Pour accéder à l'élaboration de la notion d'identité, l'adolescent ressent le besoin de ressembler à quelqu'un et en même temps pour être lui-même il doit se différencier

d'autrui ; c'est le paradoxe identitaire. Il cherche notamment à se différencier de ses parents. Il n'est plus seulement l'enfant de ses parents mais devient le sujet de ses propres actes et pensées (subjectivation). Il recherche néanmoins une ressemblance rassurante avec les autres, notamment avec le groupe des pairs (mode/tatouage) (1,2).

Autre paradoxe de l'adolescence est la physiologie du corps en changement qui s'accompagne d'une pression sociale normative forte. En effet, l'individu ne cesse de s'interroger sur son corps, « *est-ce normal ?* », « *qu'en pensent les autres ?* ». Alors que son corps rencontre de grands bouleversements physiques, il porte une attention toute particulière au regard des autres, notamment de ses pairs, pour faciliter son intégration à ce groupe et ainsi prendre de la distance avec ses parents (15).

L'adolescent porte alors de plus en plus d'importance à son apparence (18,15), ce qui n'est pas sans risque d'isolement ou de conformisme (1).

❖ Sexualité génitale

L'appropriation du corps par l'adolescent est un travail psychique qui consiste à prendre possession d'un corps sexué. La puberté impose en effet à l'adolescent un sexe spécifique, ce qui implique la reconnaissance de son identité sexuelle (2).

Lors de cette phase, la problématique œdipienne se rejoue, mais cette fois dans un autre contexte. Rappelons que le complexe d'œdipe est un concept psychanalytique théorisé par Sigmund Freud. Il est défini comme le désir inconscient, pour un enfant entre 3 et 5 ans, d'entretenir un rapport sexuel avec le parent du sexe opposé, et le désir d'éliminer le parent rival du même sexe. Or à l'adolescence, la réalisation du projet incestueux enfantin devient possible (1,2).

Les comportements par rapport aux parents changent, l'adolescent doit trouver une « bonne distance » avec eux (2). Des pulsions agressives peuvent se développer au cours de cette période et s'exprimer de différentes manières : désordre, mot grossier, rébellion, conduites à risque. Elles donnent le sentiment d'exister et permettent de masquer les angoisses (1).

Les changements physiques pubertaires donnent en outre accès à la sexualité génitale adulte, avec des pulsions qui s'expriment (comme la masturbation). L'intensification de ces pulsions sexuelles au cours de l'adolescence, avec la découverte du plaisir lié directement à la zone génitale, va permettre de mettre en place l'identité sexuelle et l'attirance pour le sexe opposé ou le même sexe. Le positionnement social de l'adolescent et son rapport avec les individus de même sexe et ceux de l'autre sexe vont devoir évoluer. L'adolescent doit apprendre à contrôler ses pulsions sexuelles et/ou agressives (1).

1.1.3.2. Remaniement relationnel et social

Le corps est le point de rencontre entre le dedans et le dehors. Durant la période de l'adolescence, ce corps devient encombrant, tout comme le regard des autres (18). Le rapport social change et contraint les adolescents à adopter de nouvelles manières d'être (1).

❖ Cercle familiale

L'émergence pubertaire réactive le complexe d'Œdipe et menace d'un inceste maintenant réalisable. L'adolescent va alors chercher à « se séparer » de ses parents et même à rejeter les bases identificatoires de son enfance, représentant les images parentales. C'est le processus de « *séparation-individuation* » étudié par plusieurs psychanalystes, comme A. Freud ou A. Haim, qui parlent d'un travail de « *deuil* » pour le définir (1,2). Par ce processus, l'adolescent est amené à acquérir son autonomie, à se libérer de l'emprise parentale, et à parvenir au détachement de l'autorité parentale et des « *objets infantiles* ». Néanmoins, cette quête d'identification d'adulte ne pourrait se faire sans l'insertion de l'adolescent au sein de la lignée familiale (racines culturelles, souvenirs familiaux). C'est pour cette raison que souvent les grands-parents sont épargnés par les contestations de l'adolescent (1).

L'adolescent a, à la fois, besoin de contrôle des objets pour se rassurer et de liberté. Il est en recherche d'autonomie et, dans le même temps, il a peur de l'abandon. De ce fait, le mouvement intrapsychique peut provoquer des états dépressifs (deuil de l'enfance) et éventuellement entraîner l'adolescent dans des conduites addictives (2).

Le remaniement de la personnalité affective s'opère donc par rupture d'avec l'image que les parents représentent pour l'adolescent et la recherche de nouvelles figures d'identification (bain social) (1).

❖ Cercle social

La quête d'identité de l'adolescent se fait au sein du cercle social. Ce travail d'identification va dépendre de la structure identitaire héritée de l'enfance et de la qualité de son environnement. En effet, durant l'adolescence la reconnaissance de soi se fait en grande partie par le regard des autres : quête identificatoire oppositionnelle par rapport aux parents mais mimétique par rapport au groupe des pairs (1).

Au tout début de l'adolescence, le cercle social est constitué d'individus du même sexe. L'adolescent s'insère en effet dans un groupe afin d'éviter la solitude, de s'identifier par rapport à un modèle, à une norme, palliant ainsi à la perte des objets de l'enfance comme vue précédemment. Chaque membre du groupe y trouve sécurité et revalorisation. En revanche, la confrontation à l'autre sexe est pour l'instant évitée (2). Les « bandes » apprennent aussi à trouver leur place dans la société. Cet effet de bande peut toutefois susciter une certaine régression, à la différence de la relation avec l'ami(e) (1,2). Quand la bande ne suffit plus, l'adolescent fait ensuite le choix très

narcissique d'un ami, d'un confident toujours du même sexe, permettant la réciprocité des affects (2). C'est une relation « spéculaire » (en miroir), typique des jeunes adolescents (18). Vient ensuite une période transitoire dépressive. Durant cette période, ni la bande, ni l'ami(e) intime ne permettent de compenser. C'est lors de cette phase que l'adolescent va se servir d'un journal intime, pour extérioriser. A la fin de la puberté, la curiosité vis-à-vis de l'autre (qui serait un complément de soi) se fait ressentir (18,2). C'est une « hémorragie des sentiments » (18) qui apparaît vis-à-vis d'autrui. Les relations amoureuses se multiplient alors et les premières relations sexuelles sont expérimentées (1).

Les identifications successives de l'adolescent expriment la recherche de son identité. Pour les nouvelles générations, ceci est augmenté par les réseaux sociaux qui témoignent de la volonté des adolescents d'intéresser les autres, d'être remarqué, de confirmer leur existence (15).

1.1.3.3. Remaniement psychoaffectif

L'adolescence est la période où les émotions se manifestent facilement, fréquemment, et parfois même bruyamment: colère, joie, honte, dégoût, tristesse... (18) Ces dernières apparaissent et disparaissent de façon très rapide. Cette période se caractérise par une impulsivité et une fluctuation de l'état affectif (sautes d'humeur) que l'adolescent a du mal à contrôler (3).

Les débordements émotionnels s'expliqueraient par la grande quantité d'hormones présentes dans le cerveau, mais aussi par la maturation du cerveau : les zones qui traitent les émotions (système limbique) sont matures avant celles qui interviennent dans le contrôle (cortex préfrontal) (1).

Il y a en outre généralement un décalage entre la maturité sexuelle et la maturité affective, qui met l'adolescent dans un état de déséquilibre et d'insatisfaction (1).

1.1.3.4. Remaniement cognitif

A l'adolescence, il existe un bouleversement des structures cognitives tout aussi important que le bouleversement pubertaire ou affectif (1).

Il se produit durant cette période un développement conjoint du cerveau, de l'intellect et du système mésolimbique dopaminergique qui compose le faisceau du plaisir et de la récompense et qui joue un rôle dans la sensibilité aux substances psychotropes et dans les comportements à risque (1).

Le fonctionnement intellectuel est une donnée nécessaire pour que l'adolescent puisse assumer les modifications corporelles, affectives et relationnelles qui s'opèrent dans et autour de lui. Pendant l'enfance, le sujet a acquis une logique concrète. Vers 12 ans, le

jeune adolescent va pouvoir raisonner de façon déductive, posant des hypothèses et répondant dans l'abstrait (interrogations humaines sur le processus de pensée, sur l'intelligence). C'est désormais possible grâce à la naissance de la pensée formelle, ou « hypothético-déductive », dernière étape du développement cognitif selon Piaget. Il semble que les capacités intellectuelles soient quantitativement acquises vers l'âge de 15 ans. L'adolescent accède à une pensée autonome c'est-à-dire qu'il découvre qu'il peut penser par lui-même et donc différemment de son entourage (1).

L'adolescence est un moment fondateur du développement de la personne, au carrefour de l'enfance et de l'âge adulte, à la croisée de l'intime, du social et du cognitif. Et c'est aussi le moment où achève de se constituer le capital santé de l'individu. Celui-ci peut et doit atteindre un niveau considérable, mais il risque d'être dilapidé par négligence, ignorance ou par des conduites à risque (20).

1.2. La santé des adolescents

La santé de l'adolescent conditionne largement la santé de l'adulte. Les moins de 25 ans représentent 30,4% de la population française (21), il est important de s'y intéresser.

Le processus de l'adolescence se déroule dans un environnement qui présente, dans la société actuelle, beaucoup de défis pour l'adolescent : changements des structures familiales traditionnelles ; forte influence des pairs ; influence des médias et des réseaux sociaux ; accès facile à l'alcool, au tabac et autres drogues... Alors qu'une grande majorité des adolescents se perçoivent en bonne santé, on observe chez certains d'entre eux des comportements à risque pouvant entraîner des troubles irréversibles pour leur devenir. Et à cela, s'ajoute des inégalités socio-économiques de santé (1,22).

Tout cela a donc un impact sur la santé et en particulier sur la situation bucco-dentaire de l'adolescent.

1.2.1. Etat de santé

1.2.1.1. Santé perçue

En France, les adolescents sont relativement en bonne santé (2,6,15,21). Ces derniers déclarent peu d'affections et celles-ci sont le plus souvent bénignes : problèmes dentaires, troubles de la vue, maladies ORL, problèmes de peau... (23)

Malgré les intenses modifications traversées et la découverte de l'autonomie qui expose à toute une série de risques, la santé de l'adolescent est bonne, les consultations médicales sont très rares (20). L'adolescence semble être une période où l'on est au meilleur de sa forme (23). Elle n'est pas un problème et encore moins une maladie. Ce que recouvre la notion de « crise d'adolescence » n'est en aucun cas assimilable à une « déviance » (20).

Néanmoins, certains comportements recherchés à cette époque peuvent être source de morbidité voir de mortalité (accidents, intoxication, suicide, etc.)(8).

1.2.1.2. Troubles de santé à l'adolescence

Selon l'enquête HBSC 2014, les collégiens se considèrent à 87,7% en « bonne » voir en « excellente » santé, même s'ils rapportent souvent des plaintes « somatiques » (mal à la tête, mal au ventre, mal au dos, etc.) ou « psychiques » (déprime, nervosité, etc.), et ceci davantage chez les filles que chez les garçons (23).

Les affections déclarées par les adolescents sont en très grande majorité sans caractère de gravité. Les adolescents déclarent souffrir principalement de problèmes dentaires, de troubles de la réfraction, de troubles respiratoires (asthme), de maladies de peau et d'affections ORL. Plus précisément, les affections les plus citées sont les caries et la myopie (23). Ils peuvent également se plaindre de symptômes « flous » dont la répétition se fait au moins une fois par mois. C'est le cas de l'irritabilité, la nervosité, les douleurs abdominales, insomnies, céphalées qui surviennent chez tous les adolescents (20). Globalement, les filles sont plus nombreuses que les garçons à rapporter ces plaintes (1,5 à 2 fois plus souvent), mais également à prendre plus d'une fois par mois des médicaments (21 % pour des céphalées et 22 % pour des douleurs abdominales, par exemple) (24). Il est important de les prendre en considération pour éviter une pérennisation à l'âge adulte (20).

1.2.1.3. Recours aux soins

En France, il existe d'importantes différences entre les affections déclarées, un jour donné, par les adolescents et les motifs qui les amènent à consulter un professionnel de santé. La plupart des affections chroniques de l'adolescence n'entraînent pas de consultation fréquente. Néanmoins, les adolescents vont consulter, en grande majorité, le médecin généraliste pour des affections ORL telles que des cas de rhume, d'angine, de pharyngite, trachéite ou laryngite (23). Ces pathologies sont les motifs de recours au médecin les plus courants chez les jeunes. Il y a 80,7 % des 12-25 ans qui déclarent au moins une consultation chez le médecin dans l'année pour une moyenne de 2,3 visites annuelles (2). Viennent ensuite les recours pour motifs « administratifs et sociaux, prévention et contraception » (certificats, examens systématiques, vaccination, les problèmes familiaux, etc.) représentant 19% des consultations des adolescents. Il y a

aussi les maladies de la peau, notamment l'acné, qui sont un motif de recours au médecin dans 11% des cas. Néanmoins, derrière les recours pour des pathologies bénignes peuvent se cacher des demandes d'aide, notamment chez les adolescents en difficulté (23).

Les adolescents plus âgés présentent plus fréquemment des plaintes d'ordre général (malaise, fatigue) qui pourraient être la porte d'entrée de problèmes autres, d'ordre psychologique ou social (dépression). Les troubles mentaux ou du sommeil entraînent relativement peu de recours au médecin à l'adolescence. Les problèmes les plus récurrents sont l'angoisse ou l'anxiété et les dépressions (23). Seulement, 9% des filles et 5% des garçons ont consulté un psychologue ou un psychiatre pour ces pathologies psychiques alors qu'elles sont la première cause de crise suicidaire et de suicide (8,2,21,15). Il existe cependant, depuis 1999, des maisons des adolescents qui permettent l'accès facilité des adolescents auprès des professionnels de « santé mentale » (au sens large). Elles ont pour objectif d'offrir les prestations répondant aux besoins suivants : accueil continu, écoute, évaluation des situations, prise en charge thérapeutique et/ou orientation, accompagnement éducatif, social et juridique, cohérence des professionnels (20,25).

Concernant les consultations dentaires, 59% des 15-24 ans ont vu un chirurgien-dentiste dans les douze derniers mois selon l'Eurobaromètre – 2010 (26). Mais 61% des jeunes de 15 ans ne sont jamais allés chez un chirurgien-dentiste (IPSOS, 2013). Pourtant depuis 2007, le programme de prévention M'T dents est une réussite en terme de recours à l'examen en cabinet dentaire pour 60% des enfants en moyenne, il est noter que 40% d'entre eux s'excluent du programme (27). Ce dépistage bucco-dentaire permet ainsi à tous les enfants et adolescents de 6, 9, 12, 15 et 18 ans de bénéficier d'un rendez-vous pris en charge totalement chez le chirurgien-dentiste. Ces rendez-vous de prévention réguliers sont en effet l'occasion de prodiguer des conseils sur l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, mais aussi de sensibiliser les enfants, les adolescents et les parents quant à l'intérêt de soigner les dents (28).

1.2.1.4. Inégalités de santé

En France, les indicateurs d'état de santé varient fortement selon les catégories socio-professionnelles, au détriment des catégories défavorisées, en particulier les ménages d'ouvriers non qualifiés (23,27). Les écarts observés entre adolescents de catégories sociales différentes tendent déjà à préfigurer ce que l'on observe chez les adultes en termes d'inégalités sociales de santé (23).

La proportion de collégiens se déclarant en excellente santé est plus élevée dans les milieux socio-économiques favorisés (41%) que dans les milieux défavorisés (34%) (24).

Le poids et les dents sont les inégalités somatiques de la santé des adolescents les plus flagrantes. L'obésité et le surpoids sont plus marqués chez les élèves les moins favorisés que chez les plus favorisés (variant de 8% chez les adolescents ayant au moins un parent

cadre à 22% chez les adolescents d'ouvriers) (23,24). Les disparités en matière de santé bucco-dentaire sont également marquées. En effet, en 2009, 42 % des enfants d'ouvriers ont des dents intactes contre 66 % des enfants dont l'un des parents est cadre (29).

Les études menées par l'Education Nationale dans les ZEP et hors ZEP mettent en évidence, en cas de précarité, une prévalence moindre (par défaut de dépistage) et un diagnostic plus tardif, des troubles sensoriels et cognitifs, une augmentation du taux d'obésité, liée à des habitudes alimentaires prédisposantes et à une activité physique moindre ; ces deux derniers critères sont en partie expliqués par le coût des aliments recommandés (fruits et légumes) et par les conditions de vie ne facilitant pas l'activité sportive aux dépens des heures passées devant les écrans (20).

La santé bucco-dentaire des adolescents s'est légèrement améliorée entre 2004 et 2009, la part des adolescents ayant des dents indemnes de caries passant de 52 % à 56 %. Cette évolution favorable peut être associée aux mesures de prophylaxie bucco-dentaire (utilisation de dentifrice fluoré, brossage régulier des dents, scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes, dispositif « M'T dents »), mais aussi à l'impact indirect de recommandations nutritionnelles mises en place dans le cadre du Programme national nutrition santé, comme la consommation limitée d'aliments ou de boissons sucrés (29).

A l'adolescence, les problèmes de mal-être et de perte de l'estime de soi sont renforcés par l'environnement socio-économique et les éventuels dysfonctionnements familiaux eux-mêmes parfois aggravés par la précarité. Le risque d'accidents de la vie courante est plus élevé. Le retard scolaire se traduit par des troubles d'apprentissage de la lecture dans 21 % des cas versus 3 % dans les familles plus aisées et par des redoublements dans 59 % des cas versus (17 % chez les enfants de cadres) (20).

Cette « tranche d'âge » est assez hétérogène: distinctions entre filles et garçons, entre familles aisées et défavorisées, entre milieux urbains et ruraux... Mais, on observe dans toutes ces catégories certains comportements à risque pouvant entraîner des troubles irréversibles pour le devenir des adolescents : usage de drogues, légales et illégales, troubles psycho-comportementaux pouvant conduire au suicide, habitudes alimentaires défavorables, sédentarité, qu'il convient d'analyser (11,15,24).

1.2.2. Troubles et conduites à risque

L'adolescence correspond à l'âge des transgressions. L'adolescent cherche à se démarquer des adultes pour montrer son « indépendance » (début du tabagisme, de l'alcoolisation voire de la prise de substances illicites). Il s'agit généralement d'une période où les adolescents manifestent, de manière plus ou moins agressive, des difficultés d'acceptation de leurs transformations tant physiques que physiologiques. Dans le désir d'émancipation vis-à-vis des parents et d'intégration dans un nouveau groupe, celui des pairs, avec la recherche de leur reconnaissance, l'adolescence constitue également une phase de curiosité, de prises de risque et de défi (1-3,34).

Ainsi, les conduites et les prises de risque font partie de la construction de l'adolescent. Elles sont, pour ce dernier, un mode d'expression de ses difficultés, de ses limites et de ses impasses. Mais elles représentent malheureusement des causes importantes de morbidité et de mortalité dans cette classe d'âge (8).

1.2.2.1. Mal-être

L'adolescence est caractérisée par l'ambivalence des sentiments, c'est un moment de plus grande vulnérabilité. L'adolescent traverse des périodes d'ennui profond, de coups de blues, de tristesse ou de colère mais cela ne dure pas (18).

En revanche, les symptômes d'une réelle souffrance chez un adolescent sont bien visibles dans trois domaines nécessaires à son développement (2):

- 1) le physique : l'adolescent refuse de s'alimenter, dort mal, néglige son corps, le maltraite ;
- 2) le relationnel : il se replie sur lui-même, devient agressif avec les autres ;
- 3) les apprentissages : il désinvestit l'école, ses résultats sont en chute libre, il sèche les cours.

Il est fréquent que, suite à certains événements (maladie ou décès d'un proche, séparation ou chômage des parents, déménagement...), un enfant manifeste pendant quelques semaines ou quelques mois l'un de ces troubles (3,20). Mais ce ne sont pas les seules causes de ces troubles. La pression des pairs par discrimination, complexes ou regards d'autrui sur des différences physiques ou mentales, la pression scolaire avec une dévalorisation par le système scolaire et le stress conjugué à une peur de l'échec nuisent au bien-être de l'adolescent (30).

Une des manifestations d'un mal-être certain est l'auto-mutilation. Ce comportement, encore trop souvent négligé par l'entourage, doit alerter sur un état de souffrance psychique. Coupures, brûlures, écorchures, voilà ce que s'infligent, parfois quotidiennement, certains adolescents, le plus souvent des jeunes filles (1,2,15,31). Quand l'adolescent s'enferme dans ce comportement, c'est un signal d'une éventuelle dépression. L'adolescent pense souvent que ce comportement est un choix, car il lui donne l'impression d'être actif lorsqu'il se sent totalement impuissant (1).

1.2.2.2. Dépression

La dépression à l'adolescence est souvent difficile à diagnostiquer du fait d'une symptomatologie différente de celle de l'adulte et des nombreux mouvements dépressifs inhérents aux processus normaux de cette période qui sont à différencier (15).

Dans cette tranche d'âge, aucun symptôme n'est spécifique à la dépression et elle s'exprime davantage par des comportements et des somatisations (32). La présence sur une durée suffisante des symptômes tels qu'une humeur dépressive (irritabilité à l'adolescence plus que la tristesse), la perte d'intérêt et de plaisir dans presque tous les domaines, la perte de l'estime de soi, une culpabilité excessive, des troubles du sommeil et de l'appétit, un ralentissement psychomoteur ou agitation et idées et/ou comportements suicidaires, entraînant une souffrance clinique significative ainsi qu'un retentissement sur le quotidien de l'adolescent constituent comme chez l'adulte les critères diagnostiques centraux de l'Episode Dépressif Majeur (20,32).

On retrouve 27,8% d'adolescents qui sont en subdépression et 12,1% présentant une dépression avérée. Rappelons que globalement 8,7% des filles et 5,1% des garçons ont répondu qu'ils voyaient actuellement un psychiatre ou un psychologue. Il est marquant de constater que les jeunes pourtant définis déprimés selon l'ADRS, sont très peu nombreux à être suivis par un psychiatre ou psychologue (seulement 16,5%), les garçons encore moins que les filles (13,1% vs 17,8%) (15).

La dépression est un facteur de risque de suicidalité, d'abus de substance et associée à une forte morbidité en termes d'adaptation sociale et de risque de récurrence. Il est alors d'autant plus important d'identifier rapidement les individus à risque (32).

1.2.2.3. Comportements et troubles alimentaires

L'alimentation des adolescents suit le cours des modifications et changements de cette période. Elle devient ainsi une autre langue, avec laquelle l'adolescent exprime ses doutes, ses rejets, ses interrogations, ses refus et son besoin d'aller de l'avant, de s'autonomiser (33).

❖ Conduites alimentaires et image corporelle

A cet âge, les repas quotidiens en famille ont du mal à être respectés. Notamment le petit-déjeuner, jusque-là primordial dans beaucoup de familles, qui devient alors accessoire : l'adolescent dit soudain qu'il n'a pas le temps ou qu'il n'a pas faim. Globalement, le petit-déjeuner n'est plus systématique tous les matins de la semaine pour 43% des collégiens mais ils ne sont que 4,3 % à ne jamais en prendre. La prise du petit-déjeuner sept jours par semaine est plus fréquente chez les garçons et décroît largement avec l'âge (24). Cette décroissance est l'expression d'une transgression. C'est entre-autre parce qu'il est confronté au fait qu'il doit (pense-t-il) pour quitter ses parents un jour, avoir abandonné les modèles de son enfance (31,2).

Les jeunes ont une alimentation de plus en plus désorganisée : moins de repas, moins de temps pour le faire, plus de prises alimentaires à n'importe quelle heure, moins équilibrée. Les deux tiers des collégiens déclarent consommer quotidiennement des

fruits ou des légumes, proportion légèrement en baisse entre 2010 et 2014, et le pourcentage diminue entre la 6^{ème} et la 3^{ème}. Les proportions d'élèves qui consomment quotidiennement des sucreries ou des boissons sucrées sont respectivement de 24,9 % et 28,2 %. Davantage de filles mangent des sucreries, alors que les garçons sont plus nombreux à boire des boissons sucrées ou énergisantes (24).

Pourtant, les transformations physiques importantes de l'adolescence sont fortement consommatrices d'énergie. C'est pourquoi les besoins nutritionnels de l'adolescent doivent faire l'objet d'une attention particulière (2).

Les préoccupations à l'égard du poids et de la silhouette sont en outre extrêmement courantes pendant cette période. En effet, le mode nutritionnel n'est plus régi seulement par la faim ou le besoin de se nourrir, mais également par le culte du corps, de la silhouette (15,2). La perception que les adolescents ont de leur corps, entre influence des pairs et représentations des médias, apparition de la puberté et corpulence avérée, est primordiale dans les années collège. En plus d'être exposés aux risques bien réels de l'obésité et d'une alimentation inappropriée, les jeunes donnent prise à l'idéal de minceur irréaliste. Ils tentent de réaliser cet idéal par des choix nutritionnels parfois dangereux (24,29). La perception que les adolescents ont de leur corps et leurs pratiques vis-à-vis du régime diffèrent fortement entre filles et garçons, les filles se jugeant plus souvent trop grosses (35,4 % des filles vs 20,9 % des garçons) et les garçons plus souvent trop maigres (15,8 % des garçons vs 11,3 % des filles). Avec l'avancée dans la scolarité, les filles sont de moins en moins satisfaites de leur poids (23,15,24).

Le refus d'accepter son corps dans lequel l'adolescent se sent mal à l'aise peut cependant engendrer une conduite alimentaire anarchique, avec des extrêmes comme l'anorexie, la boulimie, l'hyperphagie...(2)

❖ Surpoids et obésité

Le surpoids et l'obésité correspondent à un excédent de masse grasse dans le corps. Ils sont principalement dus à une alimentation trop riche et une activité physique faible. Dans certains cas, ils peuvent s'expliquer par des prédispositions familiales. Plus rarement, l'obésité est liée à une maladie génétique ou endocrinienne. Certains médicaments comme les antiépileptiques, les psychotropes ou les corticoïdes peuvent également, en raison de leurs effets secondaires, favoriser le surpoids (17).

On parle d'obésité à partir d'un niveau de surpoids défini selon l'âge, le sexe et l'indice de masse corporelle (ou IMC) (2).

$$IMC = \frac{\text{masse}}{\text{taille en } m^2}$$

11,6 % des collégiens seraient en surcharge pondérale (10,1 % en surpoids et 1,5 % obèses) selon l'enquête HBSC 2014 (24). Elle peut s'installer à l'adolescence mais elle est en général antérieure (apparition dès l'enfance) et perdurera alors à l'âge adulte (15,1). Les surcharges pondérales peuvent entraîner des conséquences défavorables sur la santé notamment des risques de maladies cardio-vasculaires ou endocriniennes

(diabète de type 2). Mais pas seulement, cela peut avoir un impact psycho-social ; source de mal-être et d'isolement (20).

Depuis les années 2000, les prévalences du surpoids et de l'obésité ont tendance à se stabiliser. Cette stabilisation s'accompagne néanmoins de fortes inégalités à la fois sociales et territoriales (35).

Dans les pays industrialisés, la sédentarité, entraînant un manque d'activité physique chez l'enfant et l'adolescent, est un facteur significatif de surcharge pondérale (20). Les jeux et les activités sont de plus en plus sédentaires : regarder des écrans (télévision, vidéos, DVD...), utiliser un ordinateur, une tablette, un smartphone ou tout autre appareil électronique pour jouer ou travailler et communiquer. Si l'on cumule tout le temps passé devant ces écrans, les collégiens déclarent passer en moyenne 7 h 48 par jour (week-end compris) devant un écran, les garçons significativement plus que les filles (8 h 18 vs 7 h 24). La quasi-totalité (92,9 %) des collégiens sont au-delà des recommandations internationales concernant les adolescents, qui fixent le seuil de sédentarité devant un écran à deux heures par jour (24). Au cours de ces activités, les jeunes ne bougent pas, ne dépensent pas d'énergie et ont tendance à grignoter des aliments gras ou sucrés (cacahouètes, chips, bonbons...). Cela entraîne une augmentation de la masse grasse et favorise le surpoids (15).

Une alimentation trop riche en aliments gras et sucrés, ou gras et salés, est la principale cause du déséquilibre alimentaire. Ce déséquilibre est une des causes du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent. La facilité d'accès à ces aliments (sucreries, sodas, biscuits apéritifs, chips...) et leur publicité peuvent influencer les comportements alimentaires des adolescents ainsi que ceux de leur entourage (33).

❖ Anorexie mentale

L'anorexie mentale est un trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle induite et maintenue par le sujet. Elle survient entre 15 et 25 ans chez la femme dans 95% des cas et la fréquence de la maladie augmente de 1 à 2% chez les femmes de cet âge (2).

Ce trouble est associé à leur peur de grossir et d'être atteint dans son aspect corporel, ce qui est pourtant inéluctable à l'adolescence. Les sujets s'imposent un poids faible. Il existe habituellement une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques, aménorrhée notamment (33).

Ce trouble du comportement alimentaire se développe sur un fond de manque de confiance en soi, qui conduit à un besoin intense de se sentir fort. Toutes les situations qui renforcent cette sensation sont valorisées. A l'inverse, toutes les situations qui contribuent à évoquer une déperdition vers l'extérieur, une mollesse, un assouplissement provoquent l'angoisse et sont rejetées. L'activité physique et le jeûne alimentaire sont valorisés. La fierté d'avoir dépassé ses limites renforce la sensation de puissance. En revanche, les repas s'accompagnent d'une déperdition énergétique (la thermogénèse postprandiale), d'une « fuite de conscience » (sommolence) et d'une

augmentation du volume de l'abdomen qui évoque la mollesse (augmentation de la graisse) et fait craindre d'être bientôt « entouré de gras ». Ces sensations se renforcent au fil de la perte de poids. Même au stade de dénutrition grave, l'individu anorexique continue d'activer le processus. Le repas est vécu comme une agression, alors que le jeûne imposé est un plaisir ou un « bénéfice ». Ce jeûne procure une sensation de puissance, de contrôle, que le repas mettrait à mal, entraînant un syndrome de manque (33).

La restriction alimentaire conduit à un état de dénutrition qui entraîne des complications somatiques telles que des troubles cardio-vasculaires, hypothermie, hypertrophie de la glande thyroïdienne, constipations, fractures liées à l'ostéoporose, cheveux secs et tombants, ongles striés et cassants, peau sèche, lanugo, hypertrichose, érosions buccales, dents abîmées. En cas de dénutrition sévère, il existe un risque de décès (10 à 15% des malades après quinze ans d'évolution) (32,35).

❖ Boulimie

Les troubles boulimiques, ainsi que les troubles anorexiques, se remarquent surtout à la puberté (2).

La boulimie est un syndrome caractérisé par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive de contrôle du poids corporel (33). Sa prévalence est de l'ordre de 1,5 % de la population féminine (32).

Le sujet ingurgite de façon massive des aliments hypercaloriques, non sélectionnés, à l'abri des regards. Et l'accès se termine par des douleurs abdominales, des vomissements provoqués ou non, ou l'endormissement. Le rassasiement n'opère plus car la pensée est hors du champ de contrôle de la prise alimentaire, dans une extinction des sensations où la pulsion envahit toute la conscience (33). Il y a conscience du trouble et angoisse de la perte de contrôle. Ceci génère des tentatives constantes d'amaigrissement par régimes draconiens ou jeûnes, par laxatifs ou diurétiques (33,2). De ce fait, les boulimiques ne sont quasiment jamais grosses (33).

Une humeur dépressive accompagne ou suit les crises. L'autodépréciation est la règle et les idées suicidaires sont fréquentes (33). Ces troubles ne sont par ailleurs pas démunis de complications physiologiques : troubles hydro-électrolytiques (hypokaliémie avec troubles du rythme cardiaque), dénutrition protéino-énergétique, hypertrophies parotidienne et sous-maxillaire, trouble du cycle menstruel, altération des muqueuses bucco-pharyngées et digestives et troubles dentaires (33).

Ces troubles du comportement alimentaire expriment un mal-être et une phobie centrés sur l'apparence physique dépassant de beaucoup l'alimentation, l'amaigrissement ou les vomissements. Cependant, ils vont avoir des impacts sur la sphère oro-faciale qui peuvent aggraver le sentiment de mésestime dont souffrent les patients (33).

❖ Impacts des troubles alimentaires sur les structures de la sphère oro-faciale

○ Manifestations faciales

Les manifestations exo-buccales liées aux troubles du comportement alimentaire ne concernent généralement que les boulimiques du fait des vomissements fréquents. Souvent, elles se caractérisent par une parotidomégalie uni ou bilatérale qui modifie la forme du visage (en forme de poire avec disparition de l'angle mandibulaire) et qui motivera alors le patient à consulter (36).

○ Manifestations dentaires

Des répercussions au niveau dentaire sont retrouvés chez les patients présentant des troubles du comportement alimentaire : érosions et caries.

- Les érosions correspondent à un processus de dissolution acide progressive des tissus minéralisés en dehors de tout facteur bactérien. Elles sont causées, dans les cas de trouble du comportement alimentaire, par des acides extrinsèques présents dans les boissons comme les jus de fruits, les boissons diurétiques, les tisanes amincissantes ($\text{pH} < 3.5$), les médicaments consommés alors de façon excessive et les acides intrinsèques liés notamment aux vomissements. Elles conduisent à une destruction irréversible des tissus durs dentaires. Elles ont un aspect lisse et poli, typique des mécanismes de dissolution acide, et qui se différencie très aisément des abrasions d'origine mécanique aux bords nets et coupants. Les dents deviennent fragiles et translucides avec des discolorations, des changements de forme et de longueur (36,37).

Sans vomissement, les érosions sont localisées principalement sur les faces vestibulaires des dents maxillaires (dents mandibulaires protégées par le rempart lingual). Les collets, déminéralisés par les attaques acides successives, présentent un aspect opaque. Avec vomissement, les érosions atteignent principalement les faces palatines et occlusales des dents maxillaires (38).

- Les lésions carieuses sont fréquentes chez les obèses du fait du grignotage récurrent associé à un niveau socio-économique défavorisé (36).

Chez les boulimiques, la consommation de quantité importante de nourriture, les grignotages incessants tout au long de la journée, l'excès de sucre ou encore l'abus de médicaments, induisent une usure précoce de la dentition et favorisent l'apparition des caries. De plus, l'alternance des accès et diète est défavorable à une bonne hygiène bucco-dentaire (36).

Pour les anorexiques, c'est au contraire une insuffisance alimentaire qui peut être à l'origine de carences en calcium et ainsi induire une fragilité au niveau amélaire et alors faciliter les attaques acides donc les caries (37).

- Manifestations parodontales

Les carences alimentaires ont une influence négative sur l'état gingival, ainsi que les médicaments souvent prescrits dans ces cas pour des raisons psychologiques. Mais l'atteinte du parodonte superficiel se manifeste sous la forme de gingivites hyperplasiques ou hypertrophiques alors que le parodonte profond n'est que rarement touché, que ce soit chez les boulimiques ou les anorexiques (37).

Les vomissements peuvent entraîner des hypertrophies des papilles inter-dentaires du fait de l'irritation par les régurgitations acides (37).

L'obésité prédisposerait l'individu aux maladies parodontales (37).

- Manifestations salivaires (36,37)

- La sialadénose est une hypertrophie des glandes salivaires, qui est fréquemment associée à l'anorexie mentale et à la boulimie. L'hypertrophie de la parotide et, essentiellement, celle des glandes sous-maxillaires ou, sublinguales, se produit en effet fréquemment chez les patients qui s'adonnent à des excès alimentaires suivis de vomissements.
- La xérostomie est un état de sécheresse de la cavité buccale liée à une importante diminution ou à une disparition de la sécrétion salivaire. Elle peut être associée à l'hypertrophie parotidienne et à la diminution du flux des glandes salivaires. En effet, les patients avec un long passé de comportement boulimique peuvent développer une hypofonction des glandes salivaires. Les vomissements et l'utilisation abusive de laxatifs ou de diurétiques peuvent engendrer une diminution du volume total de liquide sécrété, chez quelques patients. Cela contribue à réduire le pouvoir tampon de la salive ainsi qu'à abaisser son pH. Une alimentation insuffisamment mastiquée et de préférence molle lors des accès alimentaires peut être responsable d'une xérostomie. La sécheresse buccale favorise l'aggravation de maladies parodontales préexistantes et l'apparition de gingivites, de caries, et d'érosions.

1.2.2.4. Usage de produits psychoactifs

En France, les niveaux de consommation de certaines substances psychoactives, en particulier l'alcool, le tabac et le cannabis, demeurent élevés chez les adolescents, en dépit des évolutions de la réglementation visant à limiter l'accès à ces produits et des campagnes de prévention répétées (15).

❖ Expérimentation

Comme vu précédemment, l'adolescence est l'âge des premières fois, propice à l'expérimentation (10). C'est une période d'intégration dans le cercle des pairs et de

prise de distance vis-à-vis des parents, où l'initiation à la consommation de substances psychoactives licites ou illicites se fait entendre. Les produits les plus expérimentés en France sont l'alcool qui est largement en tête, suivi du tabac puis du cannabis étant le premier produit illicite en population adolescente (15,34). L'expérimentation du tabac se fait en moyenne à 14 ans, alors qu'elle se fait au-delà des 15 ans pour le cannabis ou l'ivresse alcoolique (39)(22). Ainsi, en 2014, près de 9 adolescents de 17 ans sur 10 ont déjà bu de l'alcool (83,3%), près de 7 sur 10 ont déjà fumé une cigarette (68,4%) et un peu moins de 5 sur 10 ont fumé du cannabis au cours de leur vie (47,8%) (39).

De nombreux comportements s'initient donc au cours de cette période mais leur répétition est susceptible d'entraîner un abus, voir une dépendance. De plus, chez les adolescents, l'ensemble des conduites addictives peut avoir un impact sur le développement (15,22,39).

❖ Substances psychoactives

Concernant les substances psychoactives, les termes utilisés pour caractériser les niveaux de consommations sont les suivants (22):

- usage à risque (mise en danger) : dans certaines circonstances ou situations, une consommation est susceptible d'entraîner des dommages (grossesse, conduites automobiles ou de deux roues, ou encore consommation au-delà de certaines quantités). L'usage à risque peut être une première étape vers l'abus et la dépendance.

- abus ou usage nocif :

->abus : mode d'utilisation d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative au cours d'une période de 12 mois, caractérisé par la présence d'au moins une manifestation parmi les quatre proposées : 1) Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ; 2) Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ; 3) Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance ; 4) Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents
Les symptômes n'atteignent pas les critères de la dépendance ;

->usage nocif : mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques, psychiques et sociales. Cet état est réversible ;

- dépendance : besoin irréprensible de consommer. La personne ne peut plus moduler en fonction du contexte dans lequel elle se trouve. Le sentiment de perte de contrôle de soi et de tension interne s'accroît. Des symptômes de manque physique et psychique plus ou moins marqués apparaissent.

Les personnes ne sont pas égales devant le risque de dépendance tant au plan biologique que psychologique.

○ Consommation d'alcool

Les premiers usages réguliers d'alcool (au moins dix fois dans le mois) apparaissent dès la fin du collège. Les consommations de boissons alcoolisées au cours du mois et les ivresses sur la même période augmentent fortement entre la 4^e et la 3^e : les premières concernent respectivement 22,8 % et 37,1 % des élèves et les secondes, 3,9 % et 8,8 % (24).

Les niveaux de consommation d'alcool présentent un écart très important entre les garçons et les filles (15,22). L'écart est d'autant plus important que la fréquence d'usage observée est élevée (en 2011, le sex-ratio vaut 1,02 pour l'expérimentation, 1,07 pour l'usage dans le mois, 2,70 pour l'usage régulier et 1,28 pour les Alcoolisations Ponctuelles Importantes) (22).

○ Consommation de tabac

Le tabac est le premier produit psychoactif consommé quotidiennement à l'adolescence (15,24). Son usage quotidien ne commence à être vraiment visible qu'à partir de la classe de 4^e où un élève sur vingt (5,6 %) dit fumer au moins une cigarette par jour. Cette proportion passe à plus d'un élève sur dix en 3^e, sans différence entre les filles et les garçons (24).

La France se situe en 2011 parmi les pays européens où la prévalence du tabagisme chez les jeunes âgés de 16 ans est la plus élevée (22).

○ Consommation de cannabis

L'usage de cannabis dans le mois concerne environ un élève sur dix en 3^e (11,8 %) contre moins d'un sur vingt en 4^e. Cette diffusion importante de l'usage parmi les collégiens les plus âgés est partagée dans les mêmes proportions par les filles et les garçons selon l'enquête HBSC 2014 (24).

En 2011, environ 5 % des adolescents de 17 ans présentent un risque élevé d'usage problématique (7 % des garçons et 3 % des filles), voire de dépendance au cannabis (22).

○ Consommation de médicaments

En 2011, 41 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir pris au moins un médicament psychotrope (cette catégorie incluant toutefois l'homéopathie et la phytothérapie citées par 30 % des répondants). Les médicaments psychotropes les plus fréquemment expérimentés sont les anxiolytiques (15 %), les somnifères (11 %), puis les antidépresseurs (6 %) (22).

○ Autres produits illicites

Les expérimentations de produits illicites autres que le cannabis comme les amphétamines (dont l'ecstasy), les champignons hallucinogènes, le LSD, ou encore l'héroïne, n'apparaissent qu'à la fin de l'adolescence, dans des proportions comprises

entre 3 % pour les champignons hallucinogènes et 0,8 % pour l'héroïne. L'expérimentation de la cocaïne (3 % en 2011) est plus fréquente que celle des stimulants de type amphétaminique et devance celle des opiacés. La consommation de cocaïne est rarement isolée. Il existe presque toujours un usage simultané d'alcool, de tabac et souvent de cannabis. En milieu festif, l'usage de cocaïne est associé à l'usage d'autres stimulants et à la fréquence des ivresses (22).

À 17 ans, on n'observe quasiment pas d'usage répété dans le mois de substances illicites autres que le cannabis (22).

À la différence des substances illicites, les produits à inhaler comme les colles, les solvants ou les poppers présentent des niveaux d'expérimentation relativement élevés à 17 ans. Pour ce qui concerne les poppers, 9 % des adolescents disent en avoir déjà expérimentés, mais leur usage reste peu répété (22).

❖ Motivation de consommation

Les motivations déclarées par les jeunes sont souvent différentes entre les filles et les garçons, et sont surtout très variées, d'un produit à l'autre, mais aussi pour un même produit : motifs hédoniques, « thérapeutiques », sociables, recherche de la performance, affirmation de son identité (22,39). De plus, les représentations des produits addictifs licites (tabac, alcool) sont influencées par les outils marketing déployés par les industriels pour inciter à la consommation de leur produit (22).

Enfin, les adolescents se révèlent peu sensibles aux risques sanitaires à long terme (notamment les risques de maladies chroniques liées au tabagisme et à l'alcoolisation), car ils ne les perçoivent que comme un risque très lointain qui ne les concerne pas vraiment (1,15,22).

❖ Dommages associés à la consommation de substances psychoactives

Une première expérience positive avec des substances psychoactives peut influencer l'évolution de la consommation, en particulier à l'adolescence, favorisant des consommations régulières puis, potentiellement, la survenue d'une dépendance (22). Quel que soit le produit considéré, la précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans la consommation accroît les risques de dépendance ultérieure et, plus généralement, de dommages subséquents (22,39). En effet, le système nerveux à l'adolescence est encore immature et il présente une vulnérabilité à développer une dépendance (40).

○ Dommages liés à l'alcool

Même si une alcoolisation ponctuelle importante ne développe pas forcément d'addiction, une telle pratique à l'adolescence peut constituer une porte d'entrée vers une alcoolisation chronique, voire une dépendance ultérieure et entraîner des dommages sociaux (22).

À l'adolescence, l'alcoolisation aiguë ou « binge drinking » est le problème majeur en lien avec l'alcool entraînant des dangers immédiats et violents : coma éthylique, accidents de la route, cerveau en souffrance neuronale fonctionnant moins efficacement, plus lentement et présentant des déficits similaires à ceux des patients alcoolo-dépendants (22).

La consommation chronique de l'alcool entraîne, elle, de nombreuses complications principalement nerveuses et hépatiques notamment les cirrhoses, pathologies neuropsychiatriques, maladies cardio vasculaires ainsi que des cancers. (22).

A l'adolescence, même si les consommations ne sont que ponctuelles elles entraînent des atteintes au niveau cérébral, aussi bien au niveau morphologique que fonctionnel, et ces déficits à moyen terme sont proportionnels à la quantité d'alcool consommée et au mode de consommation (22).

- Dommmages liés au tabac

Concernant le tabac, les dommages sanitaires à long terme sont les risques de cancers, en particulier des voies aérodigestives supérieures et des poumons, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, les pathologies cardiovasculaires... Mais aussi une détérioration des dents, des maladies parodontales, une altération de la peau avec un vieillissement prématuré, également une perturbation du goût et de l'odorat (22).

- Dommmages liés au cannabis

Des troubles cognitifs apparaissent dans les heures qui suivent l'usage de cannabis. Le déficit de l'attention, le temps de réaction augmenté, la mémoire de travail altérée, associés à des troubles de coordination, font partis de ces troubles. Ces derniers augmentent le risque d'accident. L'usage de cannabis peut également précipiter la survenue de troubles psychiatriques (troubles anxieux, troubles dépressifs, symptômes psychotiques et schizophrénie) (35,15,23).

Consommer de manière chronique, les troubles cités précédemment sont plus marqués. Et parfois même après un sevrage, surtout en cas de consommation précoce, c'est-à-dire avant 15 ans, certains troubles persistent (22).

De plus, la consommation chronique de cannabis fumé a des conséquences sanitaires à long terme comparables à celles du tabagisme (risques accrus de maladies cardiovasculaires, accidents vasculaires cérébraux, cancers) (22).

La consommation régulière de cannabis a également des effets sur le fonctionnement global se traduisant par un syndrome amotivationnel ayant de lourdes conséquences au niveau social, professionnel... (32) Les individus qui consomment régulièrement ont souvent des résultats scolaires plus faibles, des revenus moins élevés, des taux de chômage et de recours aux systèmes d'aide sociale plus élevés, des relations interpersonnelles et une satisfaction dans la vie moins bonne. La consommation de cannabis double enfin le risque de provoquer un accident de la route entraînant des

blessures graves ou un décès. Les effets du cannabis sont dose-dépendants et aggravés par la consommation simultanée d'alcool (22).

○ Domages liés aux médicaments psychotropes

Concernant les médicaments psychotropes, il existe une association statistique entre mésusage et conduites suicidaires, y compris parmi les adolescents. Hors prescription, les mésusages de certains médicaments psychotropes peuvent avoir des effets délétères sur les plans psychique et somatique, y compris être associés avec des troubles du comportement alimentaire, des comportements «antisociaux», et un risque accru d'arrêt de la scolarité (22).

Des études soulignent les cooccurrences d'une consommation importante de substances psychoactives et des troubles dépressifs associés au suicide, en particulier chez les jeunes (22).

1.2.2.5. Tentatives de suicide/suicide

Les jeunes manifestent leurs difficultés à trouver des figures identificatoires et des projets auxquels ils peuvent croire pour se donner le droit d'entrer dans une adolescence dynamique et non destructrice (15). Les filles qui vont mal retournent généralement la violence contre elles, quand les garçons s'en prennent à la société, par des actes délictueux (31). Parmi le public suicidaire, on retrouve ainsi des adolescents dépressifs, mal dans leur peau, au sein de leur famille ou en grande difficulté à l'école et dans le milieu scolaire en général (8,20).

Selon une étude de l'INSERM, 8 % des filles et 5 % des garçons font une tentative de suicide à l'adolescence. Si les jeunes filles font plus de tentatives que les garçons, ces derniers "réussissent" toutefois plus souvent (15,20,31). Les adolescents réalisent ces tentatives de suicide majoritairement par intoxication médicamenteuse volontaire (32). Il ne faut pas oublier qu'un adolescent qui a effectué une tentative aura 30 à 50 % de (mal) chance de récidiver, surtout dans les six prochains mois (20,39). Et le suicide constitue, en France, la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans, après les accidents de la route (20,2). Il représente plus de 16 % des décès dans cette classe d'âge (15).

Le passage à l'acte est complexe et multifactorielle. Ce peut être une rupture dans le fonctionnement scolaire, dans le comportement amical (un ado très sociable devenant brutalement isolé et solitaire), dans ses loisirs (habitué au football ou au tennis, il s'enferme obsessionnellement dans sa chambre) ou dans son caractère (un calme de nature devenant irritable ou colérique) (2). Enfin, des modifications alimentaires peuvent être un indicateur, que ce soit de façon "restrictive" ou non, ainsi que des abus en substances psychoactives. Il faut de ce fait être attentif aux ruptures dans la trajectoire développementale de l'adolescent (8).

Ainsi qu'il a été développé, les jeunes subissent durant la période de l'adolescence de nombreux bouleversements physiologiques et connaissent des comportements à risques qui ont un impact sur leur santé. La mauvaise alimentation, le tabagisme ou l'abus d'alcool font partis des facteurs de risque des affections bucco-dentaires notamment, tout comme une hygiène insuffisante de la cavité buccale.

1.2.3. Santé bucco-dentaire

Tous les changements et comportements de l'adolescence ont des répercussions au niveau bucco-dentaire. Des pathologies comme des caries, des maladies parodontales ou encore des traumatismes, peuvent apparaître. Elles sont causées par les changements hormonaux, la croissance faciale, les modifications de l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, l'apparition de phobie, l'usage de drogues (tabac, alcool, autres drogues illicites), l'augmentation du risque de traumatismes, l'augmentation de la conscience et du désir de l'esthétique...(41)

La prise en charge des adolescents peut par conséquent être complexe, avec de multiples facettes.

1.2.3.1. Caries

❖ Etiologie

L'étiologie de la carie est plurifactorielle, et quatre facteurs prépondérants ont été incriminés : l'alimentation, la flore bactérienne, le terrain de l'hôte et le temps (5).

A l'adolescence, on passe d'une denture mixte à la denture permanente, à l'exception des troisièmes molaires permanentes dont l'éruption est aléatoire. L'émail des dents permanentes immatures est particulièrement cariosusceptible (surfaces irrégulières, perméabilité, échanges ioniques). De plus, l'autonomie s'affirme, le milieu de fréquentation en dehors du domicile prend le pas sur la structure familiale. C'est le moment de la puberté et du pic de croissance. L'appétence augmente alors de manière spectaculaire, l'adolescent augmente le nombre de ses prises alimentaires, ne mange pas de façon équilibrée et l'hygiène bucco-dentaire tend à se relâcher. C'est alors souvent un moment de recrudescence de l'activité carieuse (5).

Même si l'indice CAOD a régressé depuis plusieurs années, il reste le plus élevé pendant cette période. Les caries sont à marche rapide, avec un point de départ dans les zones interdentaires. Ce type de carie reste longtemps invisible et asymptomatique, d'où l'importance de contrôles radiographiques semestriels ou annuels, en fonction des besoins individuels (5).

❖ Prévention et soins

Cette recrudescence de l'activité carieuse ou de maladie parodontale à cette période de l'adolescence est due à une augmentation de l'apport en substances cariogènes et une inattention vis-à-vis de l'hygiène bucco-dentaire.

- Le brossage dentaire deux fois par jour au minimum avec un dentifrice fluoré adapté à l'âge et le passage du fil dentaire apporteraient une amélioration de l'hygiène grâce à l'action topique des fluorures et au rôle mécanique d'élimination de la plaque dentaire (5,41).

- L'alimentation équilibrée doit être une règle. La relation entre consommation de glucides et cariosusceptibilité est reconnue (5). Beaucoup d'adolescents sont sensibles au grignotage et consomment des quantités importantes de glucides et de boissons contenant des acides (24). Or, la multiplication du nombre de prises alimentaires entre les repas, induit une augmentation de l'indice de carie (5). La réduction de la fréquence des prises alimentaires entre les repas est recommandée (42).

- L'élimination professionnelle de la plaque et du tartre est également recommandée. La fréquence est basée sur le risque carieux /maladie parodontale déterminée par le chirurgien-dentiste (5).

- Chez les adolescents à risque carieux élevé, l'application topique de fluor, en dehors des dentifrices, sous forme de gel ou de vernis, les scellements des sillons des premières et secondes molaires permanentes doivent être proposés par le chirurgien-dentiste (5,41).

- L'éducation et la motivation des adolescents sont nécessaires pour maintenir une hygiène buccale favorable (5).

- Une consultation préventive, de façon routinière, peut prévenir la maladie buccale ou révéler la maladie existante à ses débuts (5). Selon l'enquête IPSOS 2013, 80% de jeunes de 15 ans ont des dents cariées ou obturées et 18% des 9-12 ans présentent une carie non soignée (10). Une consultation de contrôle annuelle est préconisée de façon générale (5). L'Assurance maladie, dans le cadre de la convention nationale dentaire, offre, de ce fait, l'opportunité d'un examen de prévention pour tous les enfants de 6, 9, 12, 15, 18 ans (« M'T dents ») (42).

1.2.3.2. Maladies parodontales

L'adolescence peut être une période critique dans le statut parodontal de l'être humain. Les données épidémiologiques et immunologiques suggèrent que les lésions irréversibles des tissus par la maladie parodontale commencent à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Une prévalence élevée de gingivite à la puberté est observée par rapport à l'enfance ou l'âge adulte. L'augmentation des hormones sexuelles au cours de cette période est soupçonnée d'être la cause de cette prévalence accrue. Cette

gingivite inflammatoire est considérée comme transitoire car le corps s'adapte à la présence continue des hormones sexuelles (5).

On retrouve des affections telles que gingivite, gingivite de la puberté, gingivite hyperplasique liée à la thérapie orthodontique, récession gingivale qui peut ou non être liée à un traitement orthodontique, gingivite liée à la drogue, gingivite de grossesse, parodontite ulcéro-nécrotique, parodontite agressive localisée et parodontite généralisée (5).

L'hygiène bucco-dentaire personnelle et l'intervention professionnelle régulière comme vu précédemment peuvent minimiser l'apparition de ces conditions et prévenir des dommages irréparables. Il est donc important d'éduquer le patient adolescent vis-à-vis de ces maladies parodontales (étiologie, caractéristiques, prévention et conditions d'hygiène) (5).

1.2.3.3. Occlusion

Les malocclusions d'origine environnementale et/ou génétique sont des motifs importants de traitement dans la population adolescente (5).

Bien que la base génétique de beaucoup de malocclusions la rend inévitable, la dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire qui apparaît régulièrement à l'adolescence, la maladie parodontale et la disharmonie faciale peuvent être associées à une malocclusion. La malposition de la troisième molaire entraînant péri coronarite, kyste, carie ou problème parodontale nécessite une attention particulière pour éviter les répercussions à long terme. Les agénésies congénitales présentent des problèmes complexes pour l'adolescent et nécessitent souvent des soins combinés orthodontiques et réparateurs pour une résolution satisfaisante (5).

Tout problème de positionnement des dents ou des mâchoires présentant un dysfonctionnement esthétique, fonctionnel, physiologique significatif est une difficulté potentielle pour l'adolescent (5).

1.2.3.4. Traumatologie dentaire

Les blessures les plus courantes au niveau des dents permanentes sont secondaires aux chutes, suivies des accidents de la circulation, de la violence et des sports. Toutes les activités sportives ont un risque associé de blessures oro-faciales en raison de chutes, de collisions et de contact avec des surfaces dures. Les blessures dentaires et faciales peuvent être considérablement réduites en introduisant des équipements de protection obligatoires tels que les protège-dents (5).

1.2.3.5. Comportements psychosociaux

L'adolescent peut présenter des caractéristiques psychosociales particulières qui ont un impact sur l'état de santé bucco-dentaire, la recherche de soins et la conformité. Le processus de développement de soi-même, l'émergence de l'indépendance et l'influence des pairs ne sont que quelques facteurs psychodynamiques qui influent sur la santé bucco-dentaire pendant cette période (5).

❖ Attentes esthétiques

Le désir d'améliorer l'esthétique peut être une préoccupation de l'adolescent. Il sera alors intéressant de se servir de ses attentes esthétiques pour le motiver dans son comportement vis-à-vis de sa santé.

❖ Le tabac

Le tabac est initié principalement à l'adolescence. Il est pourtant la première cause du cancer de la bouche et du pharynx. Les fumeurs sont jusqu'à 20 fois plus exposés au risque d'être atteints de ce type de cancer que les non-fumeurs, un risque qui augmente chez les fumeurs qui consomment régulièrement de l'alcool. Mais les adolescents ne se projettent pas et ne se préoccupent pas des effets au long terme, qui paraissent bien trop loin pour eux.

Il est aussi un des facteurs de risque des maladies parodontales et diminue aussi les chances de succès des traitements de ces maladies. De plus, il allonge le temps de cicatrisation des plaies buccales. Et c'est sans compter, qu'il a des effets sur l'esthétique (colorations extrinsèques sur les dents), le goût, l'odorat et l'haleine (5). C'est ce dernier argument esthétique qui pourrait motiver les adolescents à l'arrêt du tabac et il peut être intéressant d'insister sur ce point.

❖ Comportements psychiques et autres

Les considérations comportementales lors du traitement d'un adolescent peuvent inclure l'anxiété, la phobie et le dysfonctionnement intellectuel. Il faut savoir adresser à des psychothérapeutes lorsque les besoins de traitement sont au-delà de la portée de la pratique du chirurgien-dentiste traitant (5).

Beaucoup d'autres comportements peuvent avoir des répercussions au niveau bucco-dentaire. C'est le cas de certains comportements sexuels qui entraînent des maladies sexuellement transmissibles provoquant des manifestations orales. La prise de contraception orale ou d'antibiotiques peut, elle aussi, avoir des effets au niveau parodontal. Les changements des habitudes alimentaires peuvent se répercuter au niveau bucco-dentaire comme la boulimie qui est un trouble alimentaire entraînant une érosion sévère de l'émail. La pose de piercings intra-oraux et péri-oraux pour un certain besoin d'identification, d'appartenance, a des effets locaux au niveau de la sphère oro-

faciale mais systémiques également. De plus, le manque de motivation ou l'irresponsabilité de l'adolescent face à son hygiène et sa santé bucco-dentaire a un impact sur son état buccal (5).

A cela s'ajoute les changements physiologiques de l'adolescence ; chute des dents temporaires associée à l'éruption des dents permanentes, maturation de la gencive corolairement, croissance faciale et modifications hormonales (5).

Il est alors primordial de communiquer, d'éduquer, d'informer le patient adolescent sur l'état buccal, l'impact de ses comportements, afin de lui permettre d'accéder à une meilleure santé et en particulier bucco-dentaire.

2. Communiquer avec l'adolescent

Pour développer une relation de soin avec l'adolescent, il est nécessaire de le connaître dans sa globalité, de le comprendre (développement, souffrance psychique, comportements à risque, santé mentale) (15,1). La communication va, alors, être un outil indispensable pour l'intervenant en santé, donc pour l'odontologiste, pour parvenir à créer cette relation (42).

Les adolescents possèdent des aptitudes linguistiques, des aptitudes comportementales et des capacités à communiquer plus ou moins développées, en fonction de l'âge et de leur personnalité. Le chirurgien-dentiste devra alors adapter sa prise en charge lors de des consultations pour permettre à son jeune patient de devenir sujet de sa santé en lui restituant la part active de lui-même, seule garante d'une conquête durable de la capacité à prendre soin de soi. Il doit donc posséder des connaissances et des compétences, qui lui permettent d'adapter et de personnaliser son approche, pour se mettre à la portée de chaque patient.

La communication avec l'adolescent se construit sur des principes de base, utilisant le verbal et le non-verbal. Et pour personnaliser cette communication, le chirurgien-dentiste doit s'appuyer sur des éléments de communication qui sont communs à toute la population et d'autres qui sont propre à la population adolescente.

Si on évoque la dentisterie fondée sur la preuve : le sujet « communication avec l'adolescent » est plus basé sur des opinions d'experts, des expertises cliniques que sur des essais cliniques randomisés.

2.1. Principes généraux de la communication

La communication est l'instrument essentiel par lequel s'instaurent et se développent les relations et les interactions humaines (43).

2.1.1. Définition

Selon le dictionnaire Larousse (44), la communication est l'action, le fait de communiquer, de transmettre quelque chose à autrui. Elle concerne aussi bien l'espèce humaine que l'espèce animale. En revanche, c'est l'aptitude de l'homme à inventer et utiliser des symboles qui lui confère un mode de communication unique. En d'autres termes, l'homme a la capacité de transmettre aux autres des idées, des faits, des sentiments, des concepts, et de les recevoir de la part de ceux qui les transmettent. C'est ainsi le moyen qui permet d'établir un rapport entre les hommes. La communication est donc par cela le fondement de la civilisation humaine (43).

2.1.1.1. Innée ou acquise ?

Le moyen de communication le plus utilisé est le langage. La parole se développant dès les premières années de notre vie, nous pourrions penser que la communication est une capacité innée. Cependant, elle n'est pas le seul moyen de communication ; d'autres moyens comme le langage écrit, doivent être appris (43).

Le langage spontané peut suffire pour la transmission de messages simples et ordinaires, mais non pour la transmission de messages complexes comme par exemple l'expression d'un concept. De plus, la communication verbale est efficace que si celui qui parle, celui qui émet le message, parvient à l'adapter à la personnalité et aux capacités du receveur. Enfin, la communication ne se fait pas uniquement par le langage parlé ou écrit (communication verbale), mais également par les mimiques du visage, les attitudes et les gestes (communication non-verbale). Bien qu'il s'agisse là d'une communication spontanée, il faut en connaître les significations et apprendre à les contrôler (43).

2.1.1.2. Objectifs de la communication

Selon M. BOURASSA (16), la communication interpersonnelle dans le cadre de la relation thérapeutique doit répondre à trois critères fondamentaux :

- courte distance entre les interlocuteurs ;
- possibilité d'émettre et de recevoir des messages ;
- stimuli verbaux et non verbaux dans ces messages.

Lorsque ces trois critères sont réunis, la communication menée dans de bonnes conditions peut atteindre ces différents objectifs (16):

❖ Efficacité

L'objectif principal d'une bonne communication est l'efficacité. Dans le cadre de la relation de soin, la communication est dite efficace si le sens du message transmis par l'émetteur est très proche de celui du message perçu par le récepteur. La compréhension du message est primordiale.

❖ Plaisir et amélioration des rapports

Une bonne communication ne se contente pas de transmettre au patient des informations pratiques. Elle doit également aboutir à de bons rapports entre le patient et le praticien. La communication doit permettre d'instaurer une confiance durable entre les deux parties. Ainsi les informations transmises par la suite seront plus facilement intégrées. En revanche si un défaut de confiance survient entre le patient et le praticien, certains messages peuvent être incompris et il sera difficile de rétablir un rapport efficace.

❖ Influence thérapeutique

Dans chaque processus de traitement, le chirurgien-dentiste tend à modifier le comportement du patient. Le but du praticien est alors que le patient comprenne sa situation, les raisons qui en sont à l'origine et les modifications à apporter à son attitude pour aboutir à une amélioration.

2.1.1.3. Eléments de la communication

Communiquer c'est transmettre un message d'un émetteur à un récepteur. Dans cette optique, on considère que les informations transmises sont toujours multiples, que la transmission d'informations n'est qu'une partie du processus de communication et que différents niveaux de sens circulent simultanément (16).

Cette chaîne de communication se compose de différents éléments (16):

- l'émetteur ;
- le récepteur ;
- le message transmis de l'un à l'autre ;
- le code utilisé pour transmettre le message, qui peut être la langue ou le langage corporel ;
- le canal de transmission du message, qui peut être la voix, la communication téléphonique, la télévision ... Au cabinet dentaire, le contact est direct, particulièrement pendant les soins, puisqu'il y a littéralement contact entre le

praticien et son patient. La communication est donc véhiculée par les cinq sens des protagonistes ;

- le contexte auquel renvoie le message.

L'émetteur et le récepteur sont reliés par un canal (ou des canaux) qui fournit un support aux signaux véhiculant le message. Les signaux sont organisés selon les prescriptions d'un code, et le message ainsi transmis apporte une information, c'est-à-dire modifie le niveau de connaissance du récepteur. On voit alors que « communication » n'est pas synonyme de « langage » et les codes utilisés intentionnels ou non, conscients ou non, volontaires ou non sont multiples (45).

Ainsi, lors d'un échange avec autrui, de nombreuses informations sont reçues et traitées inconsciemment. C'est ce traitement des informations qui permet une réponse adéquate. Car dans toute communication, il y a ce qui est de l'ordre du manifeste ou signifié (le contenu, ce qui est réellement dit, le sens), ce qui est de l'ordre du latent ou signifiant (forme), une intentionnalité, et il peut y avoir une congruence ou discordance entre la relation, la façon de s'exprimer et ce qui est dit (16,46). En effet, l'émission et la réception des messages entre deux personnes passent par plusieurs filtres qui sont autant de facteurs de distorsion de la communication. Ce qui fait que le message peut être parfois mal interprété ou ressenti de façon peu satisfaisante en fonction de la relation ou de la façon de s'exprimer. De ce fait, le message envoyé doit être conçu en fonction de ce qui sera compris par l'interlocuteur (16,45). Et ce dernier, suite au message transmis, aura des réponses, des réactions qui permettront à l'émetteur d'avoir une idée de ce qu'il a compris (tout en gardant à l'esprit que l'émetteur a aussi son propre filtre). Ce mode interactif est le « feedback » (16).

L'existence de toute vie sociale est créée grâce à la possibilité de communication entre individus (46). La communication se fait non seulement de façon verbale, par un échange de mots, d'idées, de sentiments à travers l'audition et la phonation, mais aussi de façon non verbale, par des gestes, des attitudes ou des mimiques perçus à travers la vision (16,46). Ainsi un patient qui ne parle pas communique malgré tout. On ne peut pas ne pas communiquer (45).

2.1.2. Communication verbale

2.1.2.1. Définition

La communication verbale désigne un mode de communication utilisant le langage, c'est à dire un ensemble de symboles dont le sens est défini et qui est commun à l'émetteur et au récepteur. C'est une manière directe et spontanée de s'adresser à l'autre. Dans notre vie quotidienne, nous utilisons majoritairement ce mode qui est la parole (46).

2.1.2.2. Mots

La communication verbale est rendue possible par la mise en action du canal vocal : les mots sont les éléments de base (16,46). L'effet d'un mot va dépendre de sa signification (ou dénotation) mais aussi de sa connotation. La connotation dépend du contexte socioculturel de l'émetteur et du récepteur. Les mêmes mots sont donc loin de produire les mêmes effets (46). De plus, le sens des mots peut aussi varier en fonction de la voix de la personne qui les énonce. L'intonation, le poids des mots, leur résonance symbolique et les mots chocs sont difficiles à maîtriser car leur effet est toujours lié à l'histoire personnelle du récepteur. Ce sont les premiers et les derniers mots qui ont le plus d'impact en communication (16).

Ainsi, le langage médical utilisé par les professionnels de santé devra être adapté en mots simples afin que le patient le comprenne. Il ne faut rien cacher, mais s'exprimer dans un langage commun (47).

Le chirurgien-dentiste est alors amené à mettre en œuvre des moyens de gestion de communication verbale pour parvenir à une communication médicale efficace.

2.1.2.3. Moyens de communication verbale

❖ Les questions (48)

Elles permettent de recueillir des informations. Elles sont de plusieurs types et il est important de savoir les utiliser judicieusement :

○ Les questions ouvertes

Ce sont des interrogations qui n'induisent pas de réponses préétablies et qui laissent donc à son interlocuteur la possibilité de s'exprimer avec ses propres mots :

- Quelles sont vos attentes ?
- Quand vous brossez-vous les dents ?
- Que ressentez-vous ?

Les questions ouvertes permettent aux patients de discuter de leur préoccupations librement et peuvent être considérées comme une méthode efficace pour collecter des informations médicales (46).

○ Les questions fermées

Les questions fermées autorisent seulement une réponse de type « oui » / « non », et découragent les développements dans les réponses qui vous sont faites. La question fermée contient un maximum de présupposés, car le contexte est contenu dans la question :

- Es-tu déjà allé chez un dentiste ?
- Quel âge as-tu ?

Ce type de questionnement est utile quand il vous faut avoir une réponse précise et immédiate, et quand vous connaissez l'ensemble des possibilités (16).

Si le praticien commence une conversation avec un patient par de simples questions fermées, il va perdre d'importantes informations pour mener une action appropriée. C'est par exemple le cas avec la plupart des adolescents qui, par timidité ou manque de motivation, répondent en général par des réponses courtes, fermées, et c'est alors les parents qui prennent le relais pour développer. D'un autre côté, si seulement des questions ouvertes sont utilisées, la conversation sera une perte de temps. Il est donc préférable d'envisager de démarrer par des questions larges, ouvertes, tout en notifiant aussi bien la réponse verbale que les signes non-verbaux, puis au fur et à mesure, de se limiter à des questions plus fermées (1).

D'autres formes verbales vont être utilisées lors d'une communication car celle-ci ne se résume pas seulement en question-réponse.

❖ Les échanges sociaux

Cela correspond aux formules de politesse habituellement échangées en début et en fin de conversation :

- « Bonjour Madame », « Bonjour Monsieur »
- « Au revoir », « Bonne journée »

Ces formules doivent être adaptées en fonction du patient ; nous privilégierons « Madame », « Monsieur » pour les adultes, en revanche pour un enfant voir un adolescent, l'utilisation du prénom est de rigueur (48).

❖ La transmission d'information

Il s'agit de mettre au courant son interlocuteur, de lui faire connaître quelque chose. Il peut s'agir des différentes étapes du soin, du temps que cela prendra, etc (48).

Il est important de parler lentement et surtout d'adapter son langage notamment en simplifiant les termes techniques en fonction de son interlocuteur pour s'assurer d'une meilleure compréhension des informations fournies (48).

❖ Les encouragements

Ce sont des mots ou des bruits qui permettent d'encourager une personne lors d'un discours, d'un soin... (47)

❖ Les opinions

L'individu peut utiliser la communication verbale pour exprimer son opinion sur certains sujets. L'opinion est aussi parfois sollicitée par l'interlocuteur. Il peut, de la sorte, y avoir un échange d'opinions. Par contre, elle peut être source de conflit (47).

❖ Les explications

La communication verbale sert également à expliquer ce qui a été, est ou va être fait. Les explications donnent des précisions, par exemple lors de l'exposition d'un plan de traitement. Les explications permettent aussi d'avoir un échange par des questions en retour (47).

❖ Les répétitions

C'est une forme de communication verbale très utilisée. Il s'agit de répéter mot pour mot, une phrase ou partie d'une phrase que vous avez entendue. Cela rassure l'interlocuteur car il voit que vous êtes intéressé par ce qu'il a dit et que vous l'avez entendu et compris (48).

Lorsque l'émetteur répète un message, il doit prendre sur lui la responsabilité de l'incompréhension qui aurait pu se produire (16).

❖ Les reformulations

Il s'agit d'utiliser ses propres mots pour retranscrire ce que l'on a entendu, et donc par la même occasion de savoir si la réception du message de l'interlocuteur est bonne. Si ce n'est pas le cas, cela amène l'autre à préciser sa pensée, à l'exprimer autrement (47).

Cette forme de communication, sans aucun doute la plus utilisée par l'être humain, a l'avantage d'être directe. Néanmoins pour communiquer, nous utilisons bien plus que des mots : dans nos interactions avec les autres, notre corps possède aussi son propre langage. Les spécialistes s'accordent à dire que le système verbal ne transmet que 30 % du message, les 70 % autres sont véhiculés par tout ce qui est non verbal. Notre gestuelle, notre façon de nous asseoir, de parler et d'établir un contact visuel sont autant de moyens de communication non verbaux qui influencent les messages que nous transmettons verbalement (16,43).

2.1.3. Communication non-verbale

2.1.3.1. Définition

La communication non verbale est définie comme l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus n'usant pas du langage humain (46). Elle se réfère au langage du corps considéré comme le plus vieux des langages. Même avant que les gens puissent s'exprimer avec des mots, le langage corporel existait déjà. L'utilisation des mots est préférée pour communiquer mais le non-verbal y est toujours associé (16,45).

La grande variété des échanges non verbaux permet de les considérer comme un moyen de communication autonome. On peut distinguer différentes sortes de communication non-verbale : le paralangage, le silence et la communication visuelle (46).

2.1.3.2. Paralangage

Le paralangage est l'aspect audible de la parole, il exprime les émotions à travers la façon dont les mots sont dits (46):

- Les caractéristiques de la voix : ton, intensité, tempo, débit...;
- Le bâillement ;
- Les soupirs ;
- Le rire ;
- Les cris...

Une même personne s'exprime différemment selon son humeur, ses états d'âme, les circonstances dans lesquelles elle parle et des personnes avec qui elle s'entretient.

Une même phrase peut avoir une signification différente selon la façon avec laquelle elle est prononcée. Ces différences vont dépendre du paralangage qui comprend non seulement les caractéristiques de la voix mais aussi d'autres vocalises non verbales telles que les rires, les cris, les bâillements ou les soupirs (46).

Le ton de la voix doit être choisi avec soin. Un soignant prenant un ton ferme sans être agressif peut inspirer de la confiance chez le patient. A l'inverse un ton bas sans conviction peut conduire à une perte de confiance du patient (46).

2.1.3.3. Silence

Le silence est une pause entre deux paroles qui peut avoir plusieurs sens. Un silence peut exprimer(46):

- Une attention : silence pour être à l'écoute ;
- Un ennui : silence pour s'isoler ;
- Un temps de réflexion : silence pour réfléchir ;
- Un mécontentement : silence pour se détourner ;
- Une douleur : silence pour ne pas exprimer sa douleur ;
- Un évitement de conflit : silence pour se contenir ;

2.1.3.4. Communication visuelle

La communication visuelle est l'ensemble des signaux libérés par le corps (16,46) :

- Les mouvements du corps (mimiques du visage, gestuelle, posture...) ;
- Les caractéristiques physiques ;
- Les comportements de contact ;
- La proxémie ;
- Les accessoires (vêtements, parfums, maquillages...) ;
- L'environnement: agencement du cabinet, disposition des meubles, éclairage, température.

Ces composantes peuvent être des encouragements ou à l'inverse peuvent bloquer l'interaction selon qu'elles sont positives ou négatives pour la relation.

Le contact oculaire avec l'interlocuteur, par exemple, est une condition préalable à une bonne communication. C'est l'une des composantes principales du comportement non verbal. Le regard permet de capter l'attention de la personne, de lui témoigner de l'intérêt, et permet un bon feedback (46).

La proxémie est un type de rapport recherché avec un autre individu. On est conduit à pratiquer une certaine distance relationnelle physique, en vue de préserver l'intimité de chacun (16,43,46).

L'anthropologue Edward Hall (49) a identifié quatre types de distance :

- 1) L'espace intime : de 0cm à 45cm, il représente l'espace le plus important, le bien le plus personnel. Seuls les êtres proches sont autorisés à y pénétrer théoriquement. Jusqu'à 15cm c'est le micro-espace, le contact physique est alors inévitable ;
- 2) La distance personnelle s'étend de 45cm à 125cm. C'est la distance naturellement établie entre deux personnes qui se rencontrent pour communiquer ;

- 3) La distance sociale s'étend de 125 cm à 210 cm : cette distance autorise une perception complète de la personne ;
- 4) La distance publique s'étend de 210 cm à 750 cm: c'est la distance correspondant à des échanges de type salutations à distance dans la rue.

Or, le chirurgien-dentiste se voit obligé d'entrer dans l'espace intime de son patient. Le praticien doit alors témoigner d'un respect certain lorsqu'il entre dans une zone habituellement exclusivement réservée aux proches du patient (43,46).

Le praticien doit être capable d'une part de décrypter les signaux émis par le patient et d'autre part de maîtriser sa propre attitude afin qu'elle soit cohérente avec le message qu'il souhaite transmettre et qu'elle participe à l'efficacité de la communication (1,16).

2.1.4. Résultats de la communication

La finalité de la communication en santé est de favoriser les échanges interactifs entre le praticien et son patient, ainsi que la transmission et la réception des messages utiles au bon déroulement des soins. Le travail du soignant sera plus efficace s'il prend le temps de communiquer avec le patient, il créera ainsi une relation de confiance et aura un diagnostic plus précis. De son côté, le patient sera plus serein et aura un taux de guérison plus efficace (16).

Nombres d'essais cliniques ont montré l'effet bénéfique sur la santé des malades d'une communication de qualité entre patients et personnels soignants (50). Donc la communication :

- améliore la capacité du praticien à faire ses diagnostics et à traiter ses patients ;
- améliore les résultats thérapeutiques ;
- peut être utilisée comme thérapeutique ;
- améliore satisfaction et compliance (50).

2.2. Communication avec l'adolescent au cabinet dentaire

Le passage de l'enfance vers l'adolescence peut créer une relation difficile avec le chirurgien-dentiste, par réaction de l'adolescent avec le monde adulte, ou bien à l'inverse, il peut faciliter cette relation, quand l'adolescent souhaite calquer son

comportement sur celui des adultes (16). Tous les changements qui se déroulent à l'adolescence sont potentiellement des obstacles à la communication (41).

Pour faciliter la relation avec un adolescent, améliorer son comportement face aux soins, le praticien doit trouver toutes les aides possibles à la communication. Certains éléments de communication sont communs à toute la population, d'autres sont spécifiques à la communication avec l'adolescent. Le chirurgien-dentiste doit adopter les moyens de communication adéquats à la situation.

2.2.1. Relation praticien-patient

La communication est un échange d'informations qui va être à l'origine d'une relation thérapeutique réussie entre le chirurgien-dentiste et son patient. Elle nécessite donc de solides connaissances médicales et scientifiques ; c'est une « communication médicale » (46).

Ainsi, avant tout acte thérapeutique, il est essentiel d'instaurer cette relation qui établira confiance et compréhension entre les deux acteurs pendant toute la durée du traitement (16,46).

2.2.1.1. Définition

Lorsque deux personnes sont en présence l'une de l'autre, elles établissent, qu'elles le souhaitent ou non, une relation.

Dès qu'un patient consulte un praticien, il s'établit donc entre eux une relation particulière, une relation thérapeutique, c'est-à-dire que le praticien va avoir une influence sur le traitement prescrit. Cependant, elle est aussi une relation sociale, une rencontre entre deux personnes, membres de groupes sociaux divers mais engagés dans une action commune qui est le soin. Elle est donc fondée sur une relation d'attente et d'espérance mutuelle nécessitant une construction, un déroulement et une fin (16,32). La consultation en odontologie doit permettre d'accéder à chacune de ces étapes (46).

2.2.1.2. Evolution de cette relation

❖ Le modèle paternaliste

La relation praticien - patient a traditionnellement suivi le « modèle paternaliste ». Ce modèle tire son origine de la pratique médicale grecque hippocratique c'est-à-dire que

la décision est prise par le médecin selon le principe de bienfaisance auquel Hippocrate a attaché définitivement le principe de non malfaisance. C'est une relation très inégalitaire : domination et pouvoir du côté praticien et soumission et fragilité du côté du patient. Cette relation respecte insuffisamment le patient ; il est trop peu concerté et informé des traitements (16,45).

❖ Le modèle informatif

A l'inverse, dans le modèle informatif, c'est le patient qui décide de ce qu'il souhaite en matière de santé, le praticien se désinvestissant, se déresponsabilisant de toute décision pour le patient (16,46).

Avec l'évolution de la société, les patients veulent maintenant être entendus et écoutés par leur chirurgien-dentiste. Ils ne viennent pas au cabinet simplement pour ouvrir la bouche. Du stade docile et ignorant, le patient est passé à celui de consommateur éclairé et exigeant notamment grâce à l'accès aux informations médicales par l'usage des technologies de l'information et de la communication (TICS) (46).

Pour être à distance de ces deux modèles extrêmes de relation, l'enjeu pour le praticien est la communication : savoir expliquer au mieux la maladie et le plan de traitement proposé à chaque patient en des termes qu'il peut comprendre (46).

Ainsi la relation qui doit s'établir entre le chirurgien-dentiste et son patient s'est profondément modifiée, elle est devenue un cadre d'échanges, de débats et d'éducation à la santé, de nature à promouvoir des idées de progrès. Elle est spécifiquement une relation d'aide professionnelle dans un contexte médical fondée sur la confiance (46).

2.2.1.3. Relation atypique

La relation praticien-patient est inégalitaire et asymétrique puisque la demande du patient le rend passif et dépendant et que sa souffrance le diminue (16,32).

❖ Une relation déséquilibrée

La relation soignant-soigné est l'objet d'attente et d'espérance mutuelle (16,32):

- le praticien attend reconnaissance de son savoir et de ses compétences pour soigner. Il est investi d'un pouvoir de guérison. Ce pouvoir non négligeable le place de fait en position dominante dans la relation de soin ;
- le patient se présente au praticien avec une demande de soin. Souvent en souffrance, il est perturbé dans son équilibre physique et psychique, par la douleur. Il attend du praticien qu'il soulage ses symptômes. Pour se faire le patient doit se dévoiler, permettre au praticien d'entrer dans son intimité et

d'intervenir, parfois de façon invasive, sur son corps. Cette intrusion thérapeutique est parfois très difficile à vivre pour le patient, d'où l'importance de la confiance dans la relation de soin.

Tout l'enjeu pour le praticien est alors de savoir s'adapter à la personnalité de son patient pour instaurer une relation basée sur la confiance.

❖ Une confiance indispensable

Souvent paralysé par son appréhension, le patient peut parfois reporter de plusieurs mois la prise de rendez-vous au cabinet. Quand le patient se décide, souvent poussé par une douleur de plus en plus vive, il est tendu, hyper-réceptif. Lors des contacts avec le cabinet, de l'appel téléphonique jusqu'à la consultation, tout déficit de communication risque de renforcer cet état anxieux (16,42,32).

Réussir à engager une relation de confiance conditionnera positivement le déroulement des soins. Cette confiance sera essentielle à l'adhésion du patient au cursus de soins (2,16,41,46).

En effet, pour que les soins se déroulent convenablement, il est indispensable d'exercer en parfaite coopération avec le patient. Cette coopération ne peut être obtenue sans la confiance. Le patient doit confier sans détour au praticien des informations sur sa vie. Il doit également permettre au praticien d'agir sur son corps, de le modifier, de le réparer. Le praticien doit aussi pouvoir accorder sa confiance au patient. Il doit pouvoir avoir confiance en la véracité des informations qui lui sont données. Il doit aussi pouvoir faire confiance au patient pour que celui-ci applique le traitement proposé et suive les recommandations qui lui sont données (16).

Il est donc indispensable que le praticien puisse instaurer un climat de confiance réciproque avec son patient pour que la relation de soin ne soit pas une simple interaction entre deux personnes mais bien une relation soignante avec une action thérapeutique intrinsèque (43,46). Et pour que cela puisse s'établir, la notion de transfert et de contre-transfert est à connaître.

2.2.1.4. Transfert et contre-transfert

❖ Le transfert

Le transfert constitue la relation entre le praticien et le patient où ce dernier projette sur le soignant des relations affectives soit amoureuses, soit amicales ou des relations affectives hostiles sans qu'il s'en rende compte. Le patient ne nous aime ou déteste pas en fonction de ce que l'on fait, mais en fonction de son histoire à lui. Il vient projeter sur nous des choses qui lui appartiennent (6,46).

Le transfert est quelque chose d'universel, constant et omniprésent. Chaque sujet projette sur ses interlocuteurs une série d'images préétablies qui se constituent dès l'enfance et qui peuvent se modifier au gré des apports d'information ou à l'épreuve des faits. Et il attend d'eux les réponses qu'il attendrait de ces images (46).

- Le transfert positif

Dans le transfert positif, le praticien se confond avec une image rassurante, il est celui que le patient imaginait, ce qui explique les sentiments de sympathie et de confiance qui seront un bon moteur thérapeutique (47).

- Le transfert négatif

A la période faste du transfert positif semble parfois succéder une phase contraire dans laquelle le patient se rétracte, doute du praticien, déclare qu'il est suffisamment guéri. Parfois, c'est dès le premier rendez-vous qu'il s'opère : le patient retrouve dans le soignant des images considérées comme mauvaises, ce qui provoque des attitudes de méfiance et d'antipathie. Si les zones conflictuelles persistent, elles seront anti-thérapeutiques et devront être analysées et dépassées par une psychothérapie (47).

❖ Le contre-transfert

Le contre-transfert est le transfert du côté du soignant ; mouvements transférentiels affectifs du praticien en réaction à ceux de son patient et en relation avec son propre vécu infantile (46,47). Le plus souvent le contre-transfert est positif car il permet l'établissement d'une relation empathique et une action thérapeutique efficace. Une absence de contre-transfert conduit en revanche, elle, à une froideur excessive. Cela risque de mettre en échec la relation thérapeutique (47).

- Le contre-transfert positif

Le contre-transfert positif facilite l'empathie, la disponibilité, la patience vis-à-vis d'un patient même difficile. En revanche, un contre transfert excessivement positif risque de conduire à une identification massive au malade, à une perte d'objectivité dans les soins. Il est nécessaire de garder une certaine distance (6,46).

- Le contre-transfert négatif

Le contre-transfert négatif peut entraîner une attitude de rejet ou d'agressivité inconsciente (citons par exemple l'oubli de rendez-vous, les erreurs de prescription, ou encore le refus d'écouter le patient par « manque de temps ») (47).

Ce mouvement affectif inconscient forge la relation praticien-patient. Mais avec l'adolescent, la relation est, encore plus que les autres relations soignant/soigné, empreinte d'une tonalité affective. Certains adolescents peuvent faire un transfert «trop» positif sur le professionnel, c'est-à-dire l'investir affectivement de manière massive. L'inverse est parfois vrai également, le professionnel de santé éprouve pour l'adolescent des sentiments qui l'empêchent de rester totalement objectif. Ce sont ces

sentiments qu'il faut être en capacité de percevoir pour pouvoir passer le relais (6).

De plus, la relation avec l'adolescent va, en quelque sorte, se complexifier puisqu'un troisième acteur rentre en jeu.

2.2.1.5. Relation triangulaire

La prise en charge de l'adolescent pour les soins dentaires implique une relation à trois individus, l'adolescent, le praticien et le parent ou l'accompagnant, qui ont chacun leur propre personnalité (16).

❖ Le patient adolescent

Dès le premier contact, le chirurgien-dentiste doit observer, analyser les comportements, écouter pour identifier le type de lien qui unit l'adolescent à ses parents (16,41,46). Il sait alors comment se positionner face à son jeune patient : en allié, en défenseur, autoritaire ou tout simplement en s'effaçant face à l'autorité saine et naturelle des parents (16).

Dans tous les cas, le patient doit toujours être le centre d'intérêt dans cette relation, même si le praticien interroge les parents pour l'anamnèse ou demande leur accord pour les soins (6,49). L'adolescent doit être acteur de la consultation, sa responsabilité et sa participation aux soins sont primordiales. Toute tentative de prise d'indépendance et d'autonomie par rapport à ses parents doit être encouragée (16).

❖ Le parent

Le parent que le praticien reçoit n'est pas le patient. Mais son accord et sa collaboration sont indispensables pour la bonne marche des soins (51). Comme mentionné précédemment, il peut parfois intervenir dans les questions destinées à l'adolescent. Le praticien doit alors maintenir l'attention envers celui-ci en utilisant les procédés visuels, vocaux... L'adolescent doit rester le centre d'intérêt de cette relation (16,51).

Toutefois, la typologie de caractère de l'accompagnant est importante à analyser par le chirurgien-dentiste. Ainsi, il doit essayer de mettre en confiance les parents méfiants, de rassurer ceux qui sont anxieux, d'expliquer clairement aux parents impatientes, d'assister les parents laxistes, mais aussi de remettre à leur juste place les parents contrôleurs ou trop protecteurs (16).

❖ Le praticien

Pour ce qui est du praticien, sa personnalité, son comportement, son caractère et son professionnalisme vont évoluer au cours du temps. Ses capacités à communiquer et donc ses relations avec ses patients en découlent. Ainsi les événements de sa vie personnelle, son état de santé, de fatigue, la passion qu'il conserve pour son métier, sont autant de paramètres qui influencent la qualité de la relation qu'il entretient avec ses patients (45).

Le chirurgien-dentiste doit rassurer les parents, en leur montrant qu'il est capable de prendre en charge leur enfant par sa maîtrise des notions de psychologie pédiatrique et par sa compétence et ses connaissances professionnelles. Il doit montrer qu'il comprend les craintes ou les peurs des parents, mais il a le devoir de leur expliquer comment ces sentiments ou comportements sont ressentis par l'enfant et peuvent nuire à la création de la relation thérapeutique (6,16,40).

Le praticien doit considérer son patient adolescent en tant que véritable interlocuteur (41). Il doit donc dépasser la demande de soins de ses parents pour pouvoir accorder à l'adolescent la possibilité de faire partie intégrante de la relation et donc éventuellement pouvoir dire non. Une telle attitude permet de responsabiliser l'adolescent et donc anéantir des appréhensions qui semblent insurmontables (16,2).

❖ La place de l'accompagnant

Faire sortir ou entrer les accompagnants ne relève d'aucune règle universelle tant les situations sont variées. Néanmoins, recevoir seul un adolescent est une façon de marquer sa singularité, son individualité, ainsi qu'une reconnaissance de son autonomie et libre arbitre. C'est jouer le rôle de relais loyal avec les parents, mais dans le secret avec l'adolescent. Ainsi, excepté lors du premier rendez-vous pour recueillir les informations médicales du jeune patient, les consultations avec l'adolescent sont préférables sans les parents. Cela facilite la mise en place d'une relation favorable entre le chirurgien-dentiste et le patient adolescent. Il faut être cependant attentif à ne jamais disqualifier les parents et à les impliquer à un moment ou un autre de la consultation, tout en préservant le caractère de confidentialité évoqué avec l'adolescent (6,2,40).

2.2.2. Eléments influençant la communication au cabinet dentaire

Dans le cadre de la relation de soin dans le cabinet dentaire, deux catégories de variables peuvent affecter le processus de communication : les variables intrinsèques propres à chacun des individus et les variables extrinsèques faisant référence à l'environnement, au contexte dans lequel se déroule l'échange. Mais pas seulement, l'anxiété est également un élément perturbateur de la communication.

2.2.2.1. Variables extrinsèques

❖ Le temps

La première variable à prendre en compte est le temps. En effet, la réalisation du soin nécessite un temps suffisant, le praticien doit savoir le gérer, tout comme la communication qui nécessite, elle aussi, un certain temps que le chirurgien-dentiste doit prévoir. Un temps insuffisant conduit à une communication de mauvaise qualité et limite la compréhension du patient (16).

Le temps en salle d'attente doit aussi être pris en compte. En effet, un temps d'attente prolongé peut constituer pour tout patient un facteur de stress qui limitera l'efficacité de la communication avant même que celle-ci ne débute (16).

Le praticien doit donc avoir une gestion rationnelle de son emploi du temps afin d'aménager une plage de temps suffisante pour communiquer sereinement et efficacement mais aussi en veillant à limiter autant que possible le temps d'attente des patients en général (16).

❖ L'environnement

L'environnement dans lequel se déroule la communication est également une variable non négligeable (16). Le bruit, l'éclairage, la température, les interruptions par le personnel ou les appels téléphoniques sont autant d'éléments perturbateurs d'un entretien. Une surcharge de décoration dans la pièce peut également représenter une distraction lors de l'échange. Il est nécessaire d'aménager un espace neutre, sobre et confortable dans lequel la majorité des patients se sentiront à l'aise pour faciliter la communication (47).

❖ La position spatiale

La position spatiale des interlocuteurs intervient enfin dans la qualité du dialogue. Elle ne varie que très peu pour le patient, il est généralement assis soit sur une chaise face au bureau du praticien, soit sur le fauteuil de soin. Lors des phases de communication préalables à un soin, en particulier lors d'un premier entretien, il est préférable que l'échange ait lieu au bureau du praticien et non pas d'emblée au fauteuil. La communication est plus efficace si les interlocuteurs sont face à face, et de préférence au même niveau. Le praticien doit manifester par sa position son intérêt pour ce que dit le patient : il ne doit pas réaliser l'entretien en préparant les instruments ou en manipulant l'ordinateur mais montrer par sa position qu'il écoute le patient (en le regardant directement et en faisant des signes de tête par exemple) (16,47).

2.2.2.2. Variables intrinsèques

❖ L'âge et le sexe

L'âge et le sexe sont les premières variables propres à chaque interlocuteur ayant une influence sur la communication. Une différence d'âge importante peut être un facteur d'incompréhension entre les individus. Il conviendra d'y prêter attention avec l'adolescent notamment (16). La congruence de genre entre le patient et le professionnel de santé peut améliorer la communication à partir d'intérêts et de similarités perçues qui à leur tour améliorent la satisfaction du patient et les résultats sur sa santé. Il peut être nécessaire de demander à l'adolescent s'il porte une importance particulière « homme/femme » dans sa relation avec le professionnel de santé (6).

❖ La catégorie sociale

De même l'appartenance à un groupe social donné, par les préjugés que celui-ci véhicule vis à vis d'autres groupes sociaux, peut constituer un frein à la communication. Le décalage entre les statuts sociaux du patient adolescent et du praticien peut être important et rendre difficile l'établissement de la confiance nécessaire à l'efficacité de l'échange. Le professionnel de santé doit savoir lutter contre les préjugés. Cela lui permet d'être plus ouvert envers l'adolescent et de l'aborder tel qu'il est réellement. Si ce décalage est trop important, le praticien doit rechercher à le minimiser en faisant appel à des goûts, des intérêts qu'il pourrait avoir en commun avec lui (6,16). Un aménagement sobre du cabinet tend aussi à limiter la sensation de décalage social du patient avec le praticien (16).

❖ La personnalité

Les réactions affectives, dans toute relation, sont déterminées par l'expérience, les goûts, le système de valeur de chacun. Elles déterminent le caractère de sympathie ou d'antipathie que chaque interlocuteur va ressentir spontanément face à l'attitude, la façon de parler et de se présenter, l'intelligence ou la sensibilité de l'autre. Le praticien ne peut contrôler les réactions affectives du patient, comme par exemple vu précédemment, un transfert excessif de la part de certain adolescent. En revanche, il peut minimiser le risque d'apparition de réactions néfastes par une attitude calme, polie et un discours clair. Il peut également réduire l'impact de ses propres réactions affectives en gardant une ouverture d'esprit qui lui permettra de considérer individuellement chaque patient, sans se référer à des idées préconçues (6,16).

❖ Les capacités intellectuelles

La capacité d'intégration de l'information est enfin une variable essentielle dans la qualité de la communication. Elle revêt deux aspects :

- d'une part chaque patient présente des capacités intellectuelles différentes lui permettant d'acquérir et de comprendre une certaine quantité d'information ;
- d'autre part le praticien doit être capable de jauger les capacités de son patient et d'adapter son discours afin que les informations principales soient parfaitement comprises par le patient.

Les capacités intellectuelles de l'adolescent sont quantitativement acquises vers l'âge de 15 ans. Le milieu social, l'éducation de l'adolescent jouent aussi un rôle dans l'acquisition de ces capacités intellectuelles. Le praticien doit donc s'assurer de cette compréhension en laissant la possibilité au patient de poser des questions ou de faire répéter l'information. Une attitude ouverte du praticien permet d'éviter que le patient ne s'enferme dans l'incompréhension (l'adolescent n'osant pas avouer qu'il ne comprend pas l'information) ce qui rend la communication inefficace (6,16).

Toutes ses variables sont à prendre en considération pour le bon déroulement des soins. Néanmoins, à tout cela, s'ajoute un autre facteur qui peut influencer largement la communication et modifier ainsi la relation praticien-patient. Il s'agit de l'anxiété de l'adolescent au cabinet dentaire.

2.2.2.3. Anxiété au cabinet dentaire

A l'adolescence, les jeunes patients ont déjà eu, pour la plupart, plusieurs expériences au cabinet dentaire.

Ils savent maîtriser leurs émotions, comme la peur ou la douleur (16). Nous avons vu que l'adolescent est capable de différencier l'abstrait et le concret (périodes des opérations formelles), il peut également se projeter dans l'avenir et peut résoudre des problèmes complexes. Son raisonnement est plus mature, il développe son intellect et sait transformer des actions motrices en pensées ou en comportements (1,2,41). Ainsi, avec le développement de toutes ses capacités, il comprend pourquoi il doit coopérer, il comprend les bénéfices du traitement et peut supporter d'avoir mal durant le soin, à condition que le chirurgien-dentiste lui explique bien le déroulement du traitement (52). Néanmoins, la « peur du dentiste » reste bien présente dans les consciences ; elle est relative au soin mais également à l'environnement (16).

Les manifestations cliniques de la peur ou de l'anxiété sont à observer par le chirurgien-dentiste car l'adolescent n'osera pas forcément l'exprimer (16).

❖ Expression clinique de l'anxiété

L'expression clinique de l'anxiété varie en fonction de l'âge. En effet, après 11 ans, l'expression clinique est moins somatique que pendant l'enfance. Les manifestations de l'anxiété peuvent être plus discrètes ou plus insidieuses. A partir de 12 ou 13 ans, les jeunes peuvent avoir une attitude de défi, ils peuvent être agressifs ou encore ignorer leurs rendez-vous (53).

Cependant, les problèmes comportementaux lors de soins sont moindres à l'adolescence, l'apparence étant d'une grande importance, les jeunes sont souvent prêts à coopérer (16).

❖ Climat anxiogène

Initialement le patient est prédisposé par une image publique négative du chirurgien-dentiste. Puis il est confronté à la réalité du cabinet, qui peut potentiellement être anxiogène (16).

Une hypervigilance est observée dès lors que le patient passe le pas de la porte du cabinet dentaire. Le patient adopte cette attitude spécifique en consultation odontologique, occasionnée par un climat ressenti comme anxiogène. Le plus souvent, celui-ci est attentif aux moindres sollicitations que lui procurent ses sens, afin d'appréhender au mieux cette situation exceptionnelle pour lui (54).

Différentes informations sont collectées par le patient grâce à ses sens (16):

- La vue

Le patient ne manque pas d'évaluer d'emblée certaines caractéristiques du cabinet telle que la propreté ou la modernité pour le patient jeune en particulier. A titre d'exemple, les nouveaux fauteuils avec écran plat intégré et design moderne sont certainement plus attirant que les fauteuils des années 80. La position thérapeutique odontologique ne laisse que très peu de possibilités visuelles au patient. Et très longtemps, celui-ci n'a pu observer que la marque du scialytique pendant qu'on le soignait. Plus récemment, quelques praticiens ont tenté l'utilisation d'un écran accroché au plafond, l'idée initiale étant de substituer une distraction à l'absence anxiogène de contrôle visuel.

- L'olfaction

Le deuxième sens intervenant dans la découverte du cabinet dentaire par le patient est l'olfaction. En effet, avant même de prendre place sur le fauteuil, celui-ci est confronté à l'odeur spécifique du cabinet dentaire : il s'agit d'un mélange d'odeurs de détergent et surtout, souvent d'une odeur d'eugénol. Si l'odeur de détergent peut corroborer l'impression de propreté que confère la vue, la seconde est plus explicite et renvoie directement aux souvenirs du patient liés au cabinet dentaire.

- L'audition

Le patient est confronté à des afférences occasionnées par les instruments rotatifs notamment. Ces bruits ne sont pas particulièrement agréables, mais surtout, ils constituent à nouveau un puissant ancrage générant de l'anxiété chez le patient. Mais, il existe des afférences auditives anxiolytiques comme la musicothérapie. Le chirurgien-dentiste a, alors, des outils pour potentiellement contrôler l'anxiété de l'adolescent, notamment en s'intéressant aux goûts musicaux de ce dernier.

- Le toucher

Nous arrivons ici au coeur de la relation praticien-patient en odontologie : le chirurgien-dentiste pratique des actes dentaires sous analgésie locale, c'est à dire sans perte de communication, à aucun moment. Il est donc légitime que le patient exige à être manipulé de façon prévenante, et de fait, que le praticien se préoccupe de la façon dont il réalise les gestes techniques. En effet, une certaine rudesse devient vite anxiogène, même si elle trouve une justification technique.

- Le goût

Ce dernier sens, même s'il n'a pas de réel caractère intrinsèquement angoissant, peut néanmoins augmenter le stress du patient par son côté parfois désagréable : l'hypochlorite lors d'un traitement radiculaire, un matériau à empreinte dont le goût ne plaît pas, ou l'amertume de l'anesthésique sont autant d'intrusions gustatives désagréables dans la bouche du patient.

❖ Autres causes de l'anxiété dentaire

Outre le cadre anxiogène que nous avons décrit plus haut, les causes principales de l'anxiété dentaire sont (16) :

- En premier lieu, les mauvaises expériences antérieures qui peuvent mener à des comportements d'évitement. Ceci est problématique, car l'évitement des soins dentaires, lié à la peur des soins dentaires, peut mener l'adolescent à développer une phobie dentaire qui peut persister à l'âge adulte. C'est pourquoi, la première consultation est très importante et doit être la moins traumatisante possible.

Une étude menée chez des adolescents montre que ceux qui ont eu mal lors d'une visite chez le chirurgien-dentiste, ou qui n'ont pas reçu d'explications claires concernant le traitement, n'ont pas envie de revenir ou ne reviennent pas voir leur praticien (55).

- Puis, la peur acquise par conditionnement lorsque l'entourage fait part de leur expérience dentaire ;
- Enfin, la peur de la douleur, et plus précisément la peur de l'aiguille.

Ces peurs ont tendance à diminuer ou du moins sont contenues avec l'âge (56).

Les conséquences de l'anxiété dentaire interagiront toujours tôt ou tard avec le bon déroulement des interventions odontologiques avec un impact sur la relation praticien-patient. De ce fait, l'intérêt porté à l'anxiété fait aujourd'hui partie de la prise en charge du patient, et sa négligence par le praticien n'est désormais plus envisageable (55,16).

Ces éléments sont à considérer dans la communication avec le patient car ils peuvent entraver la relation. Savoir adapter sa communication en fonction de son interlocuteur est une capacité indispensable que le chirurgien-dentiste doit acquérir (46). Il est alors

important d'optimiser les capacités relationnelles, de créer un cadre propice afin d'améliorer la relation de santé. Il faut pouvoir s'accoutumer de la patientèle adolescente.

2.2.3. Optimiser les capacités relationnelles

La communication est une compétence clinique de base. Il existe des éléments essentiels qu'on doit retrouver dans la communication entre le praticien et le patient pour optimiser nos capacités relationnelles. Certaines sont communes à toute la patientèle et d'autres sont spécifiques à la patientèle adolescente.

Il convient donc de développer toutes les stratégies communicationnelles universelles ou spécifiques pour parvenir à une communication médicale efficace avec l'adolescent.

2.2.3.1. Adaptation du langage

Pour bien communiquer, il faut un code commun. Le vocabulaire que le chirurgien-dentiste va utiliser pour décrire les symptômes, poser un diagnostic ou définir une pathologie est bien souvent inconnu du patient. Il faut donc adapter le plus possible le langage à celui de l'interlocuteur pour une meilleure compréhension du message transmis.

Des explication adaptées à la maturation intellectuelle de l'adolescent permettront une avancée dans la communication avec le praticien (41).

2.2.3.2. Ecoute active

L'écoute de ce que dit le patient est indispensable à l'établissement d'une relation de confiance. Cependant, il ne suffit pas simplement d'écouter (43): il faut démontrer au patient que l'on écoute avec attention, c'est-à-dire lui envoyer des signaux d'intérêt. C'est ce que l'on appelle l'écoute active (1,16,46).

L'écoute active est avant tout un comportement et ce dernier se traduit par une attitude physique et psychologique réceptive à l'égard d'une autre personne. Le chirurgien-dentiste doit éviter d'interrompre l'interlocuteur, de prendre la parole tant qu'il n'a pas fini d'exprimer sa pensée, respectez ses silences, ses hésitations et ses réticences. Pendant que le patient parle, le praticien doit lui montrer des signaux verbaux ou non verbaux de l'intérêt qu'il lui porte (regard, expression du visage, hochements de tête...) car rester impassible et muet ne va pas l'inciter à se livrer (46,47). Les questions ouvertes dont l'objectif est de permettre à l'interlocuteur de clarifier sa penser sont nécessaires. Faire répéter ce que dit l'interlocuteur avec ses propres mots est important,

et par moment, le chirurgien-dentiste peut résumer ce qui a été dit avec ses propres mots, en évitant toutes interprétations des propos de l'interlocuteur. Ce comportement peut alors aider à écouter sans juger, mais aussi à dénouer des conflits latents, à crever un abcès en douceur, à mieux comprendre une attitude qui nous paraît aberrante... Utilisée dans des situations à priori conflictuelles, l'écoute active ne signifie pas accepter le point de vue de l'autre, elle signifie comprendre ce qui le motive, ce qui peut contribuer à la résolution (47).

Cette technique de communication doit rester naturelle et doit s'intégrer au comportement professionnel du praticien (46).

L'écoute est un acte d'attention qui se travaille, s'apprend, s'éduque et s'améliore au fur et à mesure de la pratique. Cette volonté d'écoute, pour s'informer, vérifier, questionner, sonder, observer est un facteur indispensable pour adopter une attitude empathique (16).

2.2.3.3. Empathie

❖ Définition

L'empathie est la faculté à se mettre à la place de l'autre, de ressentir ses sentiments et ses émotions sans chercher à les modifier. Elle est une forme de compréhension. Le patient sait ainsi que son problème est compris, reconnu et accepté. Pour cela, le soignant s'efforce de regarder les difficultés du patient sous le même angle que lui. Cela se différencie de la sympathie car l'empathie est un processus dans lequel le praticien essaie de mettre de côté son propre univers pour se concentrer sur la manière dont la personne perçoit la réalité. C'est une autre aire du comportement influencée par la personnalité du praticien (6,45,47).

❖ Empathie professionnelle

Pour que la relation praticien-patient soit qualifiée d'empathique, il faut, selon Jeammet et coll (1996) (58), que le praticien parvienne à réaliser une double identification : une identification au patient et une identification à son rôle professionnel. Ensuite, il faut trouver un équilibre entre ces deux identifications. Le soignant doit pouvoir se défaire d'un certain nombre de défenses pour pouvoir se représenter l'état émotionnel du patient tout en sachant prendre de la distance afin d'être en mesure de prendre des décisions.

En conséquence, l'empathie est une qualité difficile à acquérir. Mais elle permet de répondre au mieux aux besoins du patient (16).

Ainsi, questionner un adolescent sur ce qu'il ressent lors d'un soin et prendre en compte ce ressenti, a une influence positive sur son comportement et tend à le rassurer (56). De

ce fait, l'empathie professionnelle crée un climat favorable, un climat de confiance au sein de la relation soignant-soigné.

❖ Composantes de l'empathie

Pour Razavi et Delvaux (59), les composantes de l'empathie professionnelle lors de la prise en charge des patients cancéreux sont les suivantes :

- Capacité à détecter la présence d'émotions ;
- Capacité à s'identifier à l'autre, à se mettre à la place ;
- Capacité à ressentir les émotions ;
- Capacité à discriminer les différents types et intensités d'émotions ;
- Capacité à verbaliser les émotions perçues ;
- Capacité à répondre à l'émotion reconnue.

Les composantes de l'empathie professionnelles proposées par ces auteurs sont orientées majoritairement vers un versant émotionnel. L'accent est porté sur la capacité des soignants à comprendre la perspective émotionnelle du patient et à y répondre de manière adéquate.

Ces capacités à acquérir ne concernent pas seulement les soignants en oncologie mais tous les professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes font partis.

❖ Facteurs indispensables à l'établissement d'un processus empathique

Trois facteurs préalables sont indispensables à l'établissement d'une attitude empathique (54) :

- La volonté d'écoute est la base de l'attitude empathique. L'écoute active, comme vue précédemment, est une écoute compréhensive facilitant l'expression de l'autre.
- La curiosité est une attitude d'ouverture envers le patient, son environnement culturel, familial et social pour saisir le fonctionnement du patient dans sa globalité mais l'excès d'empathie serait l'inquisition ou l'indiscrétion. Il convient donc de trouver le bon positionnement, une certaine dose de tact est nécessaire, c'est une qualité qui peut également se travailler et s'éduquer (46).
- La patience, qui est certainement le facteur le plus difficile à acquérir car il demande au praticien une bonne maîtrise de ses émotions. Le temps, l'attente et le silence font partis de la mise en œuvre d'une bonne technique de communication.

2.2.3.4. Confiance

La confiance est le pilier de la relation praticien-patient, on parle de confiance réciproque (60). Plusieurs caractéristiques sont indispensables pour définir la confiance :

❖ L'authenticité

La principale qualité attendue chez un praticien est son authenticité. Il doit être à l'écoute de ses patients et tenter de déceler leur personnalité. L'authenticité dans la relation de soins réfère à l'honnêteté réciproque, à défaut de laquelle, la confiance est ébréchée (61).

L'adolescent a réellement besoin de vrai et de cohérence pour avoir confiance, pour lui donner l'envie de suivre les messages transmis et ainsi, peut-être, améliorer les comportements (5,41).

❖ L'ouverture

L'ouverture concerne à la fois l'information et l'attitude du praticien.

Elle concerne la compréhension du message envoyé et reçu. Le souci d'intelligibilité engendre chez le patient un sentiment d'être considéré justement, et renforce la confiance (61).

L'attitude du praticien est déterminante dans l'accès à une communication efficace avec l'adolescent. Ainsi, une attitude ouverte et non rigide permettra d'être plus objectif (41), et donnera plus confiance à l'adolescent.

❖ L'acceptation

Accepter l'autre tel qu'il est. On s'ouvre à l'autre, on peut le comprendre, puis on l'accepte. Il faut non seulement l'accepter mais aussi lui montrer qu'on l'accepte (61). L'adolescent doit être pris au sérieux (41).

De plus, le chirurgien-dentiste doit réfléchir à ses représentations de l'adolescent, avoir une prise de conscience de sa vision de l'adolescence et ce pour l'aider, quand c'est nécessaire, à lutter contre les préjugés. Cela permet d'être plus ouvert envers l'adolescent et de l'aborder tel qu'il est réellement, et évite d'enfermer le jeune dans un stéréotype. L'analyse de ses représentations rend plus libre et plus ouvert, donc plus disponible pour accompagner l'adolescent (6).

❖ La confidentialité

Le respect du secret professionnel est primordial dans l'établissement d'une relation de confiance.

Les adolescents doivent pouvoir se confier à leur chirurgien-dentiste sans devoir en informer les parents. Sauf si des éléments de la consultation révèlent que l'adolescent est en danger avéré et immédiat – ce qui reste rare – il n'est alors plus possible de maintenir le secret. On parle souvent de « confidentialité conditionnelle », notion qu'il sera nécessaire d'expliquer à l'adolescent mais également aux parents dès les premiers entretiens (6,40).

❖ La fiabilité

La fiabilité est, elle aussi, une caractéristique fondamentale. Ceci implique pour le praticien un suivi irréprochable de ses patients. Il s'agit là d'une rigueur professionnelle garantissant non seulement une bonne communication, mais aussi des soins de qualité (61).

2.2.3.5. Considération

Il ne faut pas traiter les adolescents comme des enfants (40,16), ils ont dépassé ce stade. Il ne faut pas leur donner l'impression qu'ils sont inconscients, incapables de se discipliner eux-mêmes. Au contraire, ils ne veulent plus subir comme pendant l'enfance où ils ne maîtrisaient rien (18,40). Il est alors important de les responsabiliser, de les rendre acteur de leur santé (4,6,41,62).

Le praticien a tout intérêt à s'adresser à lui directement comme à un adulte. Ceci à tendance à le valoriser dans sa démarche de démarcation (16). Les salutations du praticien, par exemple, sont adressées en premier à l'adolescent tout en le regardant dans les yeux avant de se tourner vers l'accompagnateur (6,41).

De plus, il est impératif que le clinicien accorde à l'adolescent un contrôle sur les procédures dentaires et ne lui fasse plus seulement « subir » les traitements. Cela peut se faire notamment en lui donnant le choix et en lui demandant son avis sur la réalisation du traitement : « Préfères-tu que je fasse la totalité des soins aujourd'hui ou préfères-tu revenir au cabinet une prochaine fois pour finir ? » peut être une manière de proposer ce contrôle par exemple. Il peut ainsi amener l'adolescent à s'affirmer et à s'exprimer grâce à un bon dialogue avec lui (6).

Le type d'approche adopté dépendra, quand même, de l'âge de l'adolescent et également de la personnalité du praticien. Certains praticiens auront naturellement une approche assez autoritaire alors que d'autres auront une approche beaucoup plus empathique, plus personnelle. Cela agira sur le comportement de l'adolescent, et lui aussi en fonction de sa personnalité (6).

2.2.3.6. Tutoiement/vouvoiement

Quand l'adolescent n'est pas connu, il est opportun de commencer l'entretien par un vouvoiement puis, si besoin, de poser la question du tutoiement. Quand l'enfant est connu depuis longtemps, le passage du « tu » au « vous » constitue une rupture avec une habitude. Ce peut être l'occasion de manifester l'émergence de l'adulte chez l'adolescent. Toutefois, il convient de faire attention à ce que cela ne soit pas compris comme une rupture du lien. Dans ce cas, il est peut-être préférable de préserver le « tu » (2,6,40).

2.2.3.7. Supports de communication

La communication avec l'adolescent pourrait être améliorée par le développement de supports de communication adaptés à leur mode de communication. Ces supports d'information devraient être spécifiquement dédiés aux adolescents afin d'engager ou d'alimenter la discussion (6,63).

Avec l'évolution des nouvelles technologies et leur forte appropriation par les adolescents, le e-learning correspond totalement aux modes de communication actuels des adolescents. C'est un support moderne et interactif. Mais d'autres modes de communication peuvent être utiles et souhaités par les adolescents, comme le livret par exemple, du moment qu'ils soient ludiques, humoristiques et informatifs bien sûr (41,63).

2.2.3.8. Position spatiale

En ce qui concerne la position spatiale pendant les soins, elle est dictée non pas par des principes de communication mais plutôt par des principes d'ergonomie. La communication est alors rendue difficile car le patient ne peut souvent plus voir le praticien (16,46). Néanmoins, il est important d'avoir un contact visuel lorsque le praticien s'adresse au patient et il doit faire en sorte que son regard soit au même niveau que celui de l'adolescent, et ce tout au long du soin. Cela permet en effet une approche moins autoritaire et plus amicale et aide à objectiver la douleur éventuelle exprimée par le langage verbal ou corporel du patient (16,60).

C'est notamment la raison pour laquelle l'entretien ne doit pas avoir lieu quand le patient est allongé, ni en cours de soins (16).

❖ La sphère oro-faciale

Avec le chirurgien-dentiste, le patient va devoir au cours de la consultation, s'allonger et accepter que des instruments pénètrent dans sa bouche pour le soigner en toute conscience (16).

La cavité buccale de l'être humain est une zone érogène, elle appartient aux zones intimes du corps. La bouche cristallise dès les premiers moments de la vie une foule de fonctions : alimentation, douleur avec l'éruption des premières dents, renoncement au premier plaisir qu'est l'allaitement, communication par le sourire... (16)

La bouche a donc une importance capitale dans le développement de la personnalité. Et aujourd'hui encore, nous ne pouvons évaluer avec précision les répercussions inconscientes que ces événements très précoces engendrent. Il n'est donc pas surprenant que le travail du chirurgien-dentiste à l'intérieur de la cavité buccale puisse être ressenti comme une intrusion dans la sphère intime, et en conséquence, le patient pourra se sentir sous pression émotionnellement. Et malgré les progrès technologiques spectaculaires qui permettent de minimiser la douleur des soins, la peur du chirurgien-dentiste reste vivace (47,54).

❖ La proxémie

La proxémie, évoquée au chapitre 2.1.3.4, est une caractéristique de la relation particulière qui unit le patient à son chirurgien-dentiste. En effet, ce dernier rentre dans l'espace intime de son patient (43,46). C'est pour cela qu'il faut essayer de franchir chaque distance doucement et naturellement. Tout d'abord on effectue un mouvement d'accueil dans la salle d'attente (distance sociale), puis on bavarde un peu avec le patient (distance personnelle) et enfin on l'installe sur le fauteuil (distance intime), tout en respectant un temps entre chaque distance. Le respect de ces étapes est alors fondamental pour un abord optimal du patient (46).

2.2.3.9. Motivation

La motivation est un des facteurs déterminants du comportement les plus puissants. En effet, il est nécessaire de trouver les motivations du patient pour l'amener à être encore plus motivé pour amorcer le changement, tout en lui permettant de conserver un sentiment de liberté, en validant ses ressentis et ses pensées (32). Il est donc possible de modifier un comportement inadapté ou de favoriser l'apparition d'un nouveau plus adéquat en agissant sur les motivations et donc sur les besoins à satisfaire de notre patient (16).

Or, à l'adolescence, en pleine quête identitaire, la motivation est en général un problème (18). Néanmoins, l'esthétique peut être un critère de motivation chez l'adolescent. La face, et en particulier le sourire, sont des critères importants de beauté et peuvent être, parfois, corrélés à l'intégration avec les pairs (41).

2.2.4. Consultation avec l'adolescent

Le chirurgien-dentiste doit posséder des connaissances et des compétences, qui lui permettent d'adapter et de personnaliser son approche, pour se mettre à la portée de chaque patient. Le déroulement de consultations avec les adolescents connaît des étapes identiques à toutes consultations. Mais quelques particularités sont à prendre en compte pour rendre la consultation plus personnelle avec l'adolescent.

2.2.4.1. Premier contact

❖ L'entretien téléphonique

Le plus souvent le premier contact se fait par téléphone lors de la prise de rendez-vous, même si cette dernière se développe de plus en plus par le biais d'internet.

Souvent, ce sont les parents qui choisissent le praticien qui va prendre en charge leur enfant et qui sont porteurs de la demande de soins. Les demandes directes par les adolescents sont rares (1,40). Néanmoins, ils sont en âge d'avoir une démarche personnelle en matière de nécessité et de demande de soins et de choisir leur praticien, avec l'accord de leurs parents (1).

C'est la première opportunité pour établir une communication saine. Les renseignements ainsi véhiculés peuvent être nombreux : disponibilité du praticien, gentillesse du/de la secrétaire, souplesse des créneaux horaires. Nul doute qu'à l'issue de cet entretien téléphonique, le patient aura déjà une idée du type de cabinet et de praticien, un *a priori* positif ou négatif sur la relation à venir (1,16).

❖ La première impression

Il sera toujours plus facile d'établir une bonne relation sur une première image positive. Effectivement, l'impact de cette première approche est durable (47).

Il convient de se rappeler qu'avant de prendre rendez-vous, les patients se renseignent auprès de leur environnement familial ou autre pour connaître un « bon » dentiste. On s'aperçoit que le praticien proposé est donc crédité d'un *a priori* favorable. Ajoutons que de plus en plus de patients s'informent en sus par le biais d'Internet sur le site Web du dudit dentiste, ce qui, en général, renforce son image positive, ou sur des forums, ce qui peut la ternir (60).

Ainsi, avant même d'avoir rencontré le praticien, le patient a une idée préconçue de celui-ci (60).

Les jeunes patients et leurs parents sont également très attentifs au style de communication des professionnels de santé en général (1). Le praticien doit donc porter

une attention particulière à la première impression qu'il communique. Le comportement communicatif des chirurgiens-dentistes est tout d'abord un facteur majeur dans la satisfaction des patients (47).

De plus, certains aspects de la pratique odontologique peuvent aider l'adolescent à vivre son expérience chez le chirurgien-dentiste de manière positive. La programmation des rendez-vous doit permettre une attente limitée en salle d'attente, elle doit pouvoir s'adapter en fonction de l'âge du patient et ne pas empiéter sur les activités que le patient affectionne. La durée du rendez-vous doit aussi prendre en compte la concentration du patient en fonction de son âge (1).

Les paramètres de la communication au cabinet dentaire incluent donc de nombreux éléments en amont de la première consultation, et il serait dommage de les négliger et ainsi entraver la relation.

❖ Le cabinet dentaire

L'aspect des locaux, de l'entrée de l'immeuble jusqu'à la salle de soins est capital. En effet, l'environnement influence la communication entre le praticien et le patient (16).

Aussi, le décor et l'atmosphère doivent fournir des conditions propices à l'échange interpersonnel, et, dans ce but, ne doivent pas accroître la tension (16). Une bonne insonorisation, un éclairage adéquat, des couleurs sobres, un mobilier discret sont préférables à une pièce trop chargée (distrayant), un éclairage trop prononcé (incommodant) ou un ameublement trop luxueux (qui peut accentuer les différences sociales) (47).

○ La salle d'attente

Les premières impressions du patient sur le cabinet dentaire ont lieu dans la salle d'attente.

Cette pièce doit ainsi avoir une influence positive : elle doit être apaisante et agréable pour éviter que l'attente du soin devienne une situation anxiogène (16).

Le décor doit être le plus familier possible pour que le patient s'y sente en sécurité. Il faut faire en sorte qu'il se focalise sur des choses attrayantes qui puissent le distraire (16). Ainsi pour les patients adolescents, des journaux ou des projections de films adaptés à leur âge peuvent être proposés. Il faut toutefois éviter les journaux défraîchis, les images négatives et éloigner le plus possible la salle d'attente de la salle de soins. Enfin, pour améliorer l'ambiance, un fond sonore avec une musique légère qui meuble le silence peut donner au patient un sentiment de sécurité (16,46).

○ La salle de soins

La décoration générale et l'organisation de la salle de soins sont très importantes (16). La salle opératoire doit être particulièrement accueillante, elle doit inspirer le calme et la détente plutôt que l'agressivité (47).

Un éclairage assez doux permet d'obtenir une ambiance apaisante. La décoration permet de distraire le patient. La musique permet également de le distraire, mais seulement momentanément, car elle est par la suite couverte par le bruit des instruments. De plus, les odeurs liées aux produits utilisés, peuvent avoir une influence négative, il est donc nécessaire de bien aérer la pièce et régulièrement. Enfin, lors des soins, il faut éviter d'exposer tout le matériel à la vue du patient, car la vue d'instruments piquants ou tranchants peut être anxiogène (16).

Tout l'agrément du cabinet dentaire et de l'environnement, s'il est approprié, peut agir comme un conditionnement agréable et favoriser la communication. Le praticien doit avoir conscience que des soins qui se déroulent dans un environnement dentaire plaisant conditionne positivement la première impression du patient et ainsi son attitude (16,45,46).

2.2.4.2. Première consultation

Ce premier rendez-vous représente soit la première expérience de l'adolescent, soit une nouvelle expérience chez un nouveau praticien. Dans les deux cas, le chirurgien-dentiste doit faire en sorte que le rendez-vous se déroule dans les meilleures conditions. La première consultation est cruciale, car elle conditionne l'attitude de l'adolescent pour les séances suivantes, c'est là que s'établit la communication de qualité (41).

Nous pouvons scinder cette première consultation en quatre étapes qui sont communes à tous les patients: l'entretien, l'examen clinique, les examens complémentaires et les explications qui en découlent.

❖ L'entretien

Tout d'abord, l'interrogatoire doit être conduit de deux façons : d'une part par un questionnaire écrit rempli par le parent accompagnateur, d'autre part par un entretien direct entre le praticien et le jeune patient (47).

Tenir une conversation avec l'adolescent permet au praticien d'apprendre à connaître son patient. Cette première phase est essentiellement une phase d'écoute du patient. Elle permet de recueillir les doléances de ce dernier et lui permettre de se sentir écouté. En effet, ce sentiment est la base d'un lien de confiance (2).

Lors de cette phase, le praticien doit pouvoir évaluer la façon de parler de son interlocuteur : fluidité du discours, ton de la voix, choix des mots, mais également observer le comportement non verbal du patient. Il doit savoir traduire ses mimiques et les signes non verbaux : un rictus traduisant l'émotion, un rire cherchant à masquer l'angoisse, un sourire atténuant un mouvement d'agressivité, une agitation des mains ou des pieds... ces messages non verbaux ne sont pas toujours en cohérence avec les paroles. Savoir prendre conscience de ce que transmet le patient : de l'intérêt, de l'ennui, ou du rejet fait partie du travail de l'écoute active. Le chirurgien-dentiste doit donc être

attentif au message global qu'il va lui transmettre et pas seulement donner une signification aux mots que le patient va lui dire (16).

❖ L'examen clinique et les examens complémentaires

L'examen clinique et les examens complémentaires sont des étapes purement techniques. En termes de communication, ces étapes doivent certes faire l'objet d'une rigueur professionnelle mais surtout un souci de douceur et de sollicitude. En effet, lors du travail technique, le patient est incapable d'estimer si l'opérateur est performant ou non. Il focalisera plutôt son attention sur la façon dont l'aborde le praticien (16).

❖ Les explications

Cette quatrième phase correspond aux explications des données recueillies lors des examens. Il s'agit du premier élément de réponse que fournit le praticien aux attentes du patient.

C'est l'étape où il est primordial de s'assurer de la bonne compréhension du jeune patient (2). Le praticien doit le reconnaître comme une personne responsable que l'on informe et qui donne son consentement, même si l'accord des parents est lui aussi nécessaire. C'est la naissance de l'alliance thérapeutique entre le chirurgien-dentiste et l'adolescent (6).

Ainsi, la première consultation est un moment particulier où se dessinent de nombreux enjeux, définissant la relation praticien-patient. Grâce à l'écoute et la patience du praticien, il obtient de son patient la confiance, nécessaire pour le bon déroulement des soins (41,62).

2.2.4.3. Repérage des comportements à risque

Les conduites à risque à l'adolescence prennent différentes formes selon les contextes sociaux, familiaux, les histoires de vie, les personnalités et les identités sexuées.

Des scarifications aux tentatives de suicide, en passant par les consommations de toxiques, les prises de risques sexuels ou les troubles du comportement alimentaire, les comportements à risque expriment un mal-être qui ne peut pas se dire avec des mots. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que les prises de risques à cet âge de la vie font partie du processus évolutif normal (1,3,32).

Le rôle de praticien consiste à repérer les conduites à risque préoccupantes et une mise en danger trop importante. Cela nécessite avant tout l'instauration d'un climat de confiance avec l'adolescent mais aussi avec sa famille (6,40).

En tant que chirurgien-dentiste, certains comportements à risque sont décelables par leurs répercussions sur la sphère oro-faciale. Le praticien a alors la légitimité de mettre en lien ces comportements avec la santé bucco-dentaire. Il est recommandé d'aborder le sujet avec le patient et en profiter pour lui rappeler les risques. Il faudra aussi rappeler que le chirurgien-dentiste est tenu au secret médical et rassurer l'adolescent sur la capacité d'écoute et la confidentialité de ce qui est dit, s'il en a besoin (40,64).

Ainsi notamment, concernant la consommation de toxiques, il appartient au chirurgien-dentiste d'aborder ces sujets avec les jeunes qu'il suit en les informant de façon honnête, objective, sans stigmatisation - et sans dramatiser - sur ce type de consommation. Il conviendra, le cas échéant, de tenter de comprendre leur mode de consommation, le caractère addictif ou non et les raisons de ces consommations. Il faudra alors leur transmettre une information de base sur les produits en question et leur parler des effets nocifs, à très court terme, des plus anodins (mauvaise haleine, coloration), aux plus graves (risques d'accidents, troubles du cerveau, baisse des performances intellectuelles, physiques) car les adolescents ont du mal à se projeter dans un avenir à long terme (40,64).

Si un jeune parle de ses consommations au praticien, ce dernier doit *a minima* lui transmettre les coordonnées d'un professionnel qui peut l'accompagner (annuaire des structures de soins : www.drogues-info-services.fr) notamment les Consultations Jeunes Consommateurs rattachées aux CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) qui accompagnent les jeunes et leur entourage apportant prévention et soins (40). Le chirurgien-dentiste ne doit pas contacter ses parents s'il ne veut pas perdre la confiance de l'adolescent sauf si risque « vital » engagé. Il ne devra pas hésiter à prendre conseil auprès de spécialistes s'il se sent incompetent à apporter de l'aide à un jeune consommateur de substances psychoactives (63).

Il en est de même pour les comportements alimentaires des adolescents. En effet, hygiène alimentaire et santé bucco-dentaire sont intimement liées. Il est dès lors recommandé de poser des questions sur les habitudes et les rythmes alimentaires, et de rechercher la notion de vomissements provoqués, de comportements obsessionnels, ou d'une mésestime de soi en cas de boulimie. Les troubles du comportement alimentaire chez les adolescents, sont aussi de la responsabilité du chirurgien-dentiste car ils sont « visibles en bouche ». Des conseils sur l'alimentation peuvent être donnés mais lorsque cela sort des compétences du chirurgien-dentiste, il faut pouvoir orienter, adresser le patient vers un médecin, diététicien ou, si troubles, vers un psychologue ou un psychiatre (33).

Beaucoup d'autres comportements à risque peuvent survenir à cette période ; prise de risques sexuels, tentatives de suicide, fugues, dépression... mais ne seront pas forcément visible pour le chirurgien-dentiste. Ce n'est qu'en instaurant une relation privilégiée avec l'adolescent, basée sur la confidentialité et la confiance, que le praticien pourra prétendre aborder avec lui des sujets aussi variés que son bien-être général, les idées suicidaires, les relations amoureuses... même si il est plus difficile d'intervenir sur ce type de conduites, le patient pourra alors se confier et alors il faudra savoir l'aider (31) .

Aborder ces différents sujets avec l'adolescent ou au moins faire passer le message que le cabinet de consultation est un lieu où ces problématiques peuvent être questionnées

sans crainte, semble indispensable pour prévenir ou prendre en charge précocement ces conduites à risque afin d'en limiter les conséquences (6).

Ceci nécessite toutefois que le praticien se sente relativement à l'aise avec les questions posées et soit en mesure d'entendre les réponses et d'y faire écho car l'indifférence serait synonyme d'abandon (31).

De plus, il est important d'identifier en amont les professionnels de santé prenant en charge les adolescents : médecin, pharmacien, diététicien, dermatologue, gynécologue, psychologue, travailleurs sociaux et autres... dans le secteur, pour être en mesure d'adresser le patient. Et, quand cela est possible, il est préférable d'adresser un adolescent à une personne plutôt qu'à une structure afin d'éviter un sentiment d'abandon, en expliquant le suivi, le rôle de ce professionnel et les raisons pour lesquelles il serait important de le rencontrer (6).

L'essentiel est avant tout de maintenir le lien, d'accompagner et de soutenir l'adolescent. Il s'agit bel et bien de lui permettre de s'exprimer autrement que par l'agir et de prévenir des mises en danger trop importantes aux conséquences parfois irréversibles (15).

CONCLUSION :

La prise en charge de l'adolescent dans le cabinet dentaire implique une communication adaptée.

En effet, l'adolescence est par excellence la période de la construction de soi. Elle est le temps des métamorphoses, du fait de nombreuses transformations physiques et psychiques, avec pour point de départ la puberté. L'adolescent vit le développement des caractères sexuels, l'apparition d'hormones. Son corps change. Surtout, il subit de nombreux changements psychologiques, change sa façon de penser, ressent une volonté de grandir plus vite, d'acquérir une certaine autonomie, tout en restant sous la responsabilité de ses parents.

L'adolescence est ainsi par essence la période de la découverte de soi-même, des contradictions, des découvertes. Ce que certains appellent la « crise d'adolescence » est aussi la construction de la personnalité. L'adolescent pourra dans ce contexte être amené à avoir des troubles du comportements ou à se mettre dans des situations à risque : boire en quantité excessive, fumer, prendre des produits psychotropes, pouvant avoir des répercussions sur son état de santé, notamment au niveau bucco-dentaire.

Même si c'est une période de la vie où les individus sont globalement en bonne santé, l'adolescent est ainsi un patient avec des problématiques particulières. La prise en charge par le personnel de santé d'un adolescent implique de ce fait de porter une certaine attention aux évolutions physiques de cette période, mais également aux évolutions psychiques et éventuelles conduites à risque.

Pour tout professionnel de santé, et notamment le chirurgien-dentiste, la communication est alors la clé. Elle est en effet l'outil indispensable dans la relation avec l'adolescent pour créer un climat de confiance réciproque afin d'être entendu, de le comprendre, d'écouter ses besoins, de déceler d'éventuels comportements cachés et de faire passer un message de santé.

Toutefois, s'il est impossible de ne pas communiquer, il faut savoir « bien » communiquer.

Il conviendra de s'attacher à la communication verbale, mais également non-verbale du patient, en essayant de comprendre également dans les non-dits, les attentes de ce patient, parfois en situation de mal-être.

La situation est d'autant plus particulière que l'adolescent est encore sous la responsabilité de ses parents. Le praticien devra alors trouver la meilleure manière de communiquer avec l'adolescent, seul, considéré comme un adulte, mais également avec ses accompagnateurs.

Il est important pour le praticien de s'efforcer de tout mettre en œuvre pour faciliter cette communication. Ainsi qu'il l'a été développé, il convient de réduire au maximum tout doute, toute anxiété qui peuvent être ressentis lors d'un soin chez le chirurgien-dentiste. Cela doit être évalué dès la prise de rendez-vous, en passant par l'organisation

de la salle d'attente, de la salle de soins... Certains moyens pourront être mis en œuvre, tels que de la musique dans la salle d'attente et de soins, éventuellement des films, le maintien du regard pendant les soins, etc.

Le praticien doit également tenter d'adapter au mieux son attitude, personnaliser son approche pendant la consultation pour rassurer, écouter et comprendre l'adolescent. La confiance est à placer au centre de cette relation. L'adolescent a besoin de vrai, de crédibilité mais aussi de confidentialité pour accorder sa confiance. De plus, la motivation, la considération car l'adolescent ne veut plus subir, l'empathie ou encore l'écoute active sont elles aussi des capacités relationnelles essentielles à adopter. Ces compétences de communication amélioreront nécessairement la qualité de la relation praticien-adolescent-parent, et par conséquent les soins qui seront apportés.

Surtout, il est indispensable pour le praticien de connaître ses limites et de savoir orienter l'adolescent vers un professionnel de santé compétent (psychologue, etc.), dès lors qu'il se sent dans l'incapacité d'échanger, d'écouter ses messages.

Le principal objectif du chirurgien-dentiste doit être d'adapter au mieux sa communication avec l'adolescent afin de le rendre acteur de sa santé notamment dans l'appropriation des connaissances par le biais de supports de communication intéressant l'adolescent, de l'encourager à sortir du subir en lui expliquant la possibilité d'être maître d'une partie de sa santé, de le suivre et de l'orienter.

La période de l'adolescence tend à s'allonger. Elle commence de plus en plus tôt et finit de plus en plus tard. Ainsi, il est essentiel pour le chirurgien-dentiste de connaître les comportements de cette période importante, considérable de la vie. Et il devra toujours s'adapter aux jeunes car les comportements changent au fil du temps.

BIBLIOGRAPHIE :

i

1. MARCELLI, D., BRACONNIER, A. Adolescence et psychopathologie. 8ème ed. Paris: Elsevier Masson; 2013. (Collection Les âges de la vie).
2. ALVIN, P., MARCELLI, D. Médecine de l'adolescent. 2ème ed. Paris: Elsevier Masson; 2005. (Collection Pour le praticien).
3. JEAMMET, P. L'adolescence. J'ai lu. Paris; 2002. (collection J'ai lu Bien-être).
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). Guide pratique pour les soins aux adolescents [Internet]. Disponible sur:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44841/1/9789242599961_fre.pdf
5. Guideline on adolescent oral health care. Am Acad Pediatr Dent. oct 2015;37(5):151-8.
6. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. ENTRE NOUS Outil d'intervention en éducation pour la santé des adolescents [Internet]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure-Pratique.pdf>
7. BOZON, M. Des rites de passage aux « premières fois ». Une expérimentation sans fins. Agora Debtasjeunesses. 2002;28(1):22-33.
8. DREUX C. La prévention en santé chez les adolescents [Internet]. Académie Nationale de Médecine; 2014 [cité 20 févr 2017]. Disponible sur:
<http://www.afpssu.com/wp-content/uploads/2014/06/Pr%C3%A9vention-rapport-17.6.14final1.pdf>
9. THIERCE, A. Histoire de l'adolescence (1850-1914). Paris: Belin; 1998. (Histoire de L'éducation).
10. IPSOS SANTE/ FONDATION PFIZER, INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE. Enquête « Regards croisés des adolescents, des adultes et des séniors » [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2013/04/Forum-Adolescences-100413.pdf>
11. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Développement des adolescents [Internet]. 2016. Disponible sur:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
12. STASSART M. Anthropologie de l'adolescence. Cah CEP Cent Etudes Pathoanalytiques. 1996;7(1):13-37.
13. VAN GENNEP, A. Les rites de passage. Paris: A. et J. Picard; 1909. (Collection Picard histoire).
14. Amselem S, Carel J-C, De Roux N, Issad T, Maccari S, Prevot V, et al. Croissance et puberté: évolutions séculaires, facteurs environnementaux et génétiques. 2007 [cité 31 janv 2017]; Disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1362>
15. JOUSSELME, C., COSQUER, M., HASSLER, C. Portraits d'adolescents [Internet]. Inserm; 2013. Disponible sur: <http://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2015/03/Portraits-dadolescents-mars-2015-1.pdf>
16. BOURASSA, M. Dentisterie comportementale: manuel de psychologie appliqué à la médecine dentaire. Paris: Méridien; 1998.
17. Dictionnaire de médecine de l'Académie nationale de médecine [Internet]. 2016.

-
- Disponible sur: <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=adolescence>
18. MARCELLI, D. C'est donc ça l'adolescence? Lille: Bayard Jeunesse; 2009. (Collection Essais).
 19. POMMEREAU, X. Ado à fleur de peau. Ce que révèle son apparence. Paris: Albin Michel; 2006. (Collection Pratique).
 20. SOMMELET D. L'enfant et l'adolescent: un enjeu de société, une priorité du système de santé (analyse du baromètre santé 2010) [Internet]. INPES; 2006. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000282.pdf>
 21. INSTITUT NATIONAL DE LA JEUNESSE ET DE L'EDUCATION POPULAIRE. Chiffres clés de la jeunesse [Internet]. Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports; 2016. Disponible sur: <http://www.jeunes.gouv.fr//IMG/UserFiles/Files/7%20volets%20jeunesse%20modèle%202015-BD-ok.pdf>
 22. BECK F, DERVAUX A, DU ROSCOAT E, GALLOPEL-MORVAN K, DEBBANE M, GRALL-BRONNEC M, et al. Conduites addictives chez les adolescents usages, prévention et accompagnement [Internet]. Paris: Inserm; 2016. Disponible sur: <http://doc.rero.ch/record/259388>
 23. AUVRAY, L., LE FUR, P. Adolescents : état de santé et recours aux soins. 2002; Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes49.pdf>
 24. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). La santé des collégiens en France / 2014 [Internet]. HBSC; 2014. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Sante-des-collegiens-en-France-nouvelles-donnees-de-l-enquete-HBSC-2014>
 25. Association Nationale des Maisons Des Adolescents [Internet]. Disponible sur: <http://www.anmda.fr/index.php>
 26. TNS OPINION ET SOCIAL. La santé dentaire [Internet]. Disponible sur: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_330_fr.pdf
 27. UNION FRANCAISE POUR LA SANTE BUCCO-DENTAIRE. Chiffres clés par thématique - La santé bucco-dentaire des français: des pratiques variées et perfectibles [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-public/espace-presse/chiffres-cles-par-thematique/>
 28. GUIGNON, N. La santé des élèves de CM2 en 2015: un bilan contrasté selon l'origine sociale. DREES; 2017. (Etudes et Résultats). Report No.: 993.
 29. BAUDELLOT, C. Les inégalités sociales de santé parmi les autres inégalités économiques et sociales. In: Actes du colloque «Réduire les inégalités de santé», DGS/IreSP [Internet]. Paris; 2010 [cité 31 juill 2017]. p. 47-59. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2120319/administrateur-externe-exemple_dossier_pour-oral-2014.pdf
 30. ASSOCIATION DES ELUS ET DE LA VIE LYCEENNE. Campagne de lutte contre le Mal-être adolescent : « Mettre des mots sur les maux » [Internet]. Afpsu; 2011. Disponible sur: <http://www.aevl.fr/>
 31. ABADIE I. Prises de risques et conduites à risque chez les adolescentes. Méd Thérap Pédiatr. 2013;16(1):16-22.
 32. COLLEGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES EN PSYCHIATRIE, ASSOCIATION POUR L'ENSEIGNEMENT DE LA SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE, COLLEGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES DES ENSEIGNEMENTS EN ADDICTOLOGIE. Référentiel de psychiatrie et addictologie psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de

-
- l'adolescent. Addictologie. 2ème ed. Paris: Presses universitaires François Rabelais; 2016. (L'Officiel ECN).
33. ALVIN, P., CHAMBRY, J., DE TOURNEMIRE, R., ROUGET, S., Collectif. Anorexies et boulimies à l'adolescence. 3e ed. Paris: Doin; 2007. (Collection Conduites).
 34. COMITE DE SANTE DE L'ADOLESCENCE. Les régimes à l'adolescence. Paediatr Child Health. 2004;9(7):499-503.
 35. INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE. Etat de santé des français [Internet]. Questions d'économie de la santé. 2017. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/223-etat-de-sante-des-francais-et-facteurs-de-risque.pdf>
 36. DE MOOR, R.J.G. Eating disorder-induced dental complications: a case report. J Oral Rehabil. 2004;31(7):725-32.
 37. VAN NIEUW AMERONGEN, A., VISSINK, A. Oral complications of anorexia nervosa, bulimia nervosa and other metabolic disorders. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2001;108(6):242_247.
 38. BASSIOUNY, MA., POLLACK, RL. Esthetic management of perimolysis with porcelain laminate veneers. J Am Dent Assoc. 1987;115(3):412-7.
 39. LE NEZET O, SPILKA S, NGANTCHA M, BECK F. Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. Tendances [Internet]. 2015; Disponible sur: <http://www.ateliersantevilleparis19.fr/wp-content/uploads/2013/07/Tendance-100-escapad-2014.pdf>
 40. BISCH, M., MERCIER, T. Quand l'ado en prend plein les dents: l'adolescent face aux addictions. Société Française d'Odontologie Pédiatrique; 2016.
 41. DAJEAN-TRUTAUD, S. Communiquer efficacement avec l'adolescent. Rev Francoph Odontol Pédiatrique. 2015;10(2):86-9.
 42. HAS. Stratégies de prévention de la carie dentaire Recommandations en Santé Publique [Internet]. 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
 43. IANDOLO, C. Guide Pratique De La Communication Avec Le Patient - Techniques, Art Et Erreurs De La Communication. Paris: Masson. 2007.
 44. Dictionnaires de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
 45. COSNIER, J. Communication non verbale et langage. Psychol Médiacle. 1977;9(11):2033-49.
 46. ARRETO, C.D., BRUNET-CANONNE, A., FIORETTI, F. Consulter en odontologie La relation praticien patient. Rueil Malmaison: CdP; 2006. (Collection Memento).
 47. ALLOUCHE, L. Comment écouter un patient pour mieux le satisfaire? Inf Dent. 2006;88(13).
 48. KAY, E., TINSLEY, S. Communication and the Dental Team. 2^e éd. Stephen Hancocks Ltd; 2004.
 49. HALL, E.T. La dimension cachée. Edition du Seuil. Paris; 1966. (Points. Essais).
 50. KELLEY, J-M., KRAFT-TODD, G., SCHAPIRA, L., KOSSOMSKY, J., RIESS, H. The influence of the Patient-Clinician relationship on healthcare outcomes: a systemic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Plos One [Internet]. 4 sept 2014;6(9). Disponible sur: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0094207>
 51. ROSENBERG, D., SAFAR, P., RIBES, D. L'abord de l'enfant. Rev Odontostomatol

(Paris). 2001;30(1):15-23.

52. BARBER, TK., LUKE, LS. Pediatric dentistry Postgraduate dental handbook series. Vol. 17. Boston: Jonh Wright; 1982. 448 p.
53. TARDIEU, C., DROZ, D., BERTHET, A., MANIERE, M-C., NAULIN-IFI, C. Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant. Paris: Quintessence Internantional; 2006. 125 p. (Colection Réussir).
54. NOSSINTCHOUK, R. Communiquer en odonto-stomatologie Obligations et stratégies. Rueil Malmaison: CdP; 2003. (Collection JPIO).
55. MILGROM, P., VIGNEHSA, H., WEINSTEIN, P. Adolescent dental fear and control: Prevalence and theoretical implications. Behav Res Ther. juill 1992;30(4):367-73.
56. LAW, C.S., BLAIN, S. Approaching the pediatric dental patient: a review of nonpharmacologic behavior management strategies. J Calif Dent Assoc. sept 2003;31(9):703-13.
57. KLAGES, U., KIANIFARLDL, S., ULUSOY, O., WEHRBEIN, H. Anxiety sensitivity as predictor of pain in patients undergoing restaurative dental procedures. Community Dent Oral Epidemiol. 2006;34(2):139-45.
58. JEAMMET, P., REYNAUD, M., CONSOLI, S. M. Psychologie médicale. 2e éd. Masson; 1996. (Abrégés de médecine).
59. RAZAVI, E., DELVAUX, C. Interventions psycho-oncologiques: La prise en charge du patient cancéreux. 2e éd. Masson; 2002. (Médecine et psychothérapie).
60. CHARON, J., JOACHIM, F., DENYS, K., AUGUSTE, N., COTTENCIN, O. Relation humaine et communication au cabinet dentaire Aspects particuliers en parodontie. Paris: CdP; 2014. (Memento).
61. CHARON, J., JOACHIM, F. Service patient Service gagnant. Paris: CdP; 1998. (CHIRURG DENTIST).
62. INPES. Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent [Internet]. 2009. Disponible sur:
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1256.pdf>
63. ASSOCIATION FRANCAISE DE PREVENTION DE LA SANTE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE. Prévention bucco-dentaire Val de Marne [Internet]. Disponible sur:
<http://www.afpssu.com>
64. INFO DENTISTES ADDICTIONS. Tabac alcool autres drogues comment aider votre patient? [Internet]. ONCD; Disponible sur: <http://www.infodentistesaddictions.org>

CHAIGNEAU (Victoire). – Communication avec l’adolescent au cabinet dentaire.
83 f. ; 64 ref. 30cm(Thèse : Chir Dent ; Nantes ; 2017)

RÉSUMÉ :

Entre l’enfance et l’âge adulte, l’adolescent connaît des bouleversements physiques et psychiques. En recherche d’identification et d’autonomie, il cherche à s’éloigner de ses parents et expérimente les prises de risque. En conséquence, des pathologies bucco-dentaires particulières peuvent faire leur apparition.

Comment le chirurgien-dentiste doit-il gérer et intégrer ces changements lors de la prise en charge de tel patient au cabinet dentaire ? Comment communiquer avec lui ?

La communication, verbale ou non verbale, est tout l’enjeu de cette alliance thérapeutique. Le chirurgien-dentiste doit avant tout considérer l’adolescent comme une personne responsable et ainsi le placer au centre de la relation, tout en s’ajustant aux parents avec bienveillance. L’adolescent a besoin de vrai, de cohérence et de confidentialité avérée. Le praticien doit également adapter son langage, écouter activement, avoir de l’empathie, percevoir les motivations, repérer les situations à risque, informer et recevoir le consentement de l’adolescent.

La communication avec l’adolescent au cabinet dentaire doit avoir pour principal objectif de lui permettre de devenir acteur de sa santé. Cela ne pourra se réaliser qu’en instaurant une relation de confiance.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Pédodontie

MOTS CLÉS MESH :

Puberté - Puberty
Comportement de l’adolescent – Adolescent Behavior
Médecine de l’adolescent – Adolescent Medicine
Santé de l’adolescent – Adolescent Health
Santé bucco-dentaire – Oral Health
Communication – Communication
Relations dentiste-patient – Dentist-Patient Relations

JURY :

Président : Professeur Brigitte LICHT
Directeur : Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD
Assesseur : Docteur Elisabeth ROY
Assesseur : Docteur Estelle BRAY

ADRESSE DE L’AUTEUR :

33 rue de la porte Monnaie – 33000 Bordeaux
victoire.chaigneau@hotmail.fr