



HAL
open science

Adolescence et esthétique : aspects psycho-odontologique

Carine Chardat

► **To cite this version:**

Carine Chardat. Adolescence et esthétique : aspects psycho-odontologique. Chirurgie. 2013. dumas-00921385

HAL Id: dumas-00921385

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00921385>

Submitted on 20 Dec 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux 2
U.F.R D'ODONTOLOGIE

Année 2013

Thèse N° 73

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par Carine CHARDAT

Née le 08 août 1988 à Saint Michel (16)

Le 18 décembre 2013

**Adolescence et Esthétique :
aspects psycho-odontologiques**

Directeur de Thèse

Docteur Javotte NANCY

Jury

Mme M-J. BOILEAU	Professeur des Universités	Président
Mme J. NANCY	Maître de Conférences des Universités	Directeur
Mlle N. THEBAUD	Maître de Conférences des Universités	Assesseur
M. T. BARSBY	Assistant Hospitalo-Universitaire	Rapporteur
Mlle A. LAVAUD	Assistant Hospitalo-Universitaire	Assesseur

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN

Président	M. Manuel TUNON de LARA
Vice Présidents	
<i>Conseil scientifique</i>	M. Pierre DOMINGUES DOS SANTOS
<i>Conseil des études et de la vie universitaire</i>	M. Nicole RASCLE
<i>Conseil d'administration</i>	M. Antoine de DARUVAR
<i>Relations Extérieures</i>	M. Vincent DOUSSET

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Directeur	M. Jean-François PELI
Directeur Adjoint – Chargé de la Formation initiale	M. Yves DELBOS
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M. Jean-Christophe FRICAIN
Directeur Adjoint - Chargé des Relations Internationales	M. Jean-François LASSERRE
Coordonateur A.E.A.	M. Jean Marie MARTEAU

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire
Mlle Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale
M. Jean	DAVID	Prothèse dentaire
Mme Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire
M. J-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Melle Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale
Mme Cécile	BADET	Sciences biologiques
M. Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale
M. Michel	BARTALA	Prothèse dentaire
M. Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale
M. Jean-Pierre	BLANCHARD	Prothèse dentaire
M. Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale
Mlle Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique
M. Sylvain	CATROS	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique
M. Stéphane	CHAPENOIRE	Sciences anatomiques et physiologiques
M. Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques
M. Reynald	DA COSTA NOBLE	Parodontologie
M. François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale
M. François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale
M. Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique
M. Raphael	DEVILLARD	Odontologie conservatrice- Endodontie
M. Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire
M. Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques
M. Dominique	GILLET	Odontologie conservatrice – Endodontie
M. Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire

M. Yves	LAUVERJAT	Parodontologie
Mme Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire
M. Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique
M. Jean-Louis	MIQUEL	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale
Mme Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique
Mme Dominique	ORIEZ	Odontologie conservatrice – Endodontie
M. Jean-François	PELI	Odontologie conservatrice – Endodontie
M. Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale
M. Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique
Mlle Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale
M. Cyril	SEDARAT	Parodontologie
Mlle Noélie	THEBAUD	Sciences biologiques
M. Eric	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie

ASSISTANTS

M. Terence	BARSBY	Odontologie conservatrice – Endodontie
Mme Aurélie	BARSBY-EL-KHODER	Prothèse dentaire
Mme Mélanie	BOES-HULLMAN	Orthopédie dento-faciale
M. Julien	BROTHIER	Prothèse dentaire
Melle Caroline	CHANE-FANE	Orthopédie dento-faciale
M. Mathieu	CLINKEMAILLIE	Prothèse dentaire
M. Mathieu	CONTREPOIS	Prothèse dentaire
M. Guillaume	CRESTE	Prothèse dentaire
Mme Hélène	DENOST	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale
Mlle Aurélie	DUARTE	Odontologie conservatrice – Endodontie
M. Guillaume	FENOUL	Odontologie conservatrice – Endodontie
Mlle Geraldine	FERRERO-MOURGUES	Orthopédie dento-faciale
M. Nicolas	GLOCK	Sciences anatomiques et physiologiques
Melle Sandrine	GROS	Orthopédie dento-faciale
Melle Amandine	LAVAUD	Odontologie pédiatrique
Melle Alice	LE NIR	Sciences anatomiques et physiologiques
Mme Karine	LEVET	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale
Melle Maria-Gabriela	MARC	Odontologie conservatrice – Endodontie
M. Matthieu	MEYER	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique
Melle Darrène	NGUYEN	Sciences biologiques
Melle Virginie	PANNEREC	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique
Melle Candice	PEYRAUD	Odontologie pédiatrique
M. Jean-Philippe	PIA	Prothèse dentaire
M. Mathieu	PITZ	Parodontologie
M. Cyril	VIDAL	Odontologie conservatrice – Endodontie
M. François	VIGOUROUX	Parodontologie

MAJ

REMERCIEMENTS

A MA PRESIDENTE,

Madame le Professeur Marie-José Boileau,

Sous section 56-02

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

DERSO,

Docteur en Chirurgie dentaire,

Docteur d'Etat en Odontologie,

Docteur en Sciences Odontologiques,

CES Orthopédie Dento-Faciale,

CES Anthropologie,

CES Informatique médicale et générale,

Responsable de la sous-section d'ODF

Responsable de l'unité médicale Pellegrin du Département d'Odontologie et de Santé

Buccale

Merci d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse.

J'ai pu apprécier au cours de mes années universitaires la richesse de votre enseignement et la pédagogie avec laquelle vous nous transmettez vos précieuses connaissances et votre expérience clinique. Elles m'ont permis de porter un grand intérêt à votre discipline à laquelle je serai sensible tout au long de ma carrière.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de mon estime et de ma gratitude.

A MA DIRECTRICE DE THESE,

Madame le Docteur Javotte Nancy,

Sous-section 56-01

Maître de Conférences des Universités,

Praticien Hospitalier,

Docteur en chirurgie dentaire,

Doctorat de l'université de Bordeaux mention Sciences Biologiques et Médicales option Sciences Odontologiques.

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse que j'ai rédigée avec plaisir à vos côtés. J'ai été très sensible à votre implication et à votre disponibilité ainsi qu'à vos précieux conseils.

J'aurais aimé faire plus de vacations hospitalières dans votre service afin de m'enrichir un peu plus de votre ouverture d'esprit et de vos connaissances.

Ce travail restera le témoignage de ma profonde estime et de ma reconnaissance.

A MON RAPPORTEUR,

Monsieur le Docteur Terence Barsby,

Sous-section 58-01

Assistant Hospitalo-Universitaire,

Docteur en chirurgie dentaire,

C.E.S Biologie de la bouche, option anatomie-physiologie,

C.E.S D'Odontologie conservatrice-endodontie,

Master 1 initiation à la recherche.

Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse. Je vous remercie pour votre investissement et votre disponibilité ainsi que pour vos petites pointes d'humour.

Ma 6^{ème} année à Pellegrin a été enrichie par vos bons conseils.

Ce travail restera le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A MA JUGE,

Mademoiselle le Docteur Noélie Thebaud,

Sous-section 57-03

Maître de Conférences des Universités,

Praticien Hospitalier,

Docteur en chirurgie dentaire,

Doctorat de l'Université Bordeaux 2 Mention Sciences Biologiques et Médicales option

Biologie cellulaire et physiologie,

C.E.S Odontologie Pédiatrique-prévention,

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de siéger dans le jury de cette thèse.

Je vous remercie pour votre disponibilité.

Veillez trouver ici l'expression de mes remerciements et le témoignage de mon profond respect.

A MA JUGE,

Mademoiselle le Docteur Amandine Lavaud,

Sous-section 56-01,

Assistante Hospitalo-Universitaire,

Docteur en chirurgie dentaire,

C.E.S Biologie de la bouche, option anatomie-physiologie,

C.E.S Pédodontie-prévention,

D.I.U Odontologie pédiatrique clinique approfondie.

C'est un grand plaisir de vous voir siéger dans ce jury. Je vous remercie pour votre investissement et pour votre aide. Je suis très heureuse d'avoir croisé votre chemin en 6^{ème} année, votre sourire, votre gentillesse et vos bons conseils qui m'ont beaucoup apporté. Ce travail restera le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

Je voudrais adresser mes plus vifs remerciements pour leur don de photographies aux Drs C. De Oliveira, P. Rouas et à S. Moulinier.

A MA FAMILLE,

A mes parents, merci pour votre soutien depuis le début et merci de m'avoir suivie dans mes choix et dans mes projets un peu « fous » dixit Papa. C'est grâce à vous que je suis une « grande » fille heureuse. Je vous aime.

A ma sœur, parce que tu es la meilleure, ton sourire et tes mots sont toujours là pour me faire avancer. Merci pour tes encouragements constants et ta joie de vivre au quotidien. Encore plein de belles choses à vivre toutes les deux à l'autre bout du monde peut être ;)

A mes grands parents, mamie Scotch, mamie Thérèse, papy Momo et papy Geo, parce qu'on ne peut pas rêver de grands parents aussi parfaits.

A Mémé Recur, tu n'es plus là mais je pense tant à toi.

A Tonton Michel et Tatie Gis, vous êtes là depuis une certaine course folle du 08/08/88 et toujours présents aujourd'hui pour me soutenir.

Au Dambaxou : Amandine et Jules. A Manou merci d'être là !! Tu es toujours à l'écoute et de bons conseils, et merci Vincent de me faire autant rire, j'espère ne pas suivre ta carrière automobile ;)

Au Massounet : Valentin, Alban, Eloïse et Vincent et merci Dodie pour ton soutien et pour avoir fait naître des passions « Basketballistique »!

A ma marraine Lolo ainsi qu'à Jacques, Julien, et à mon parrain tonton Lio !!

A Christiane, Mathieu, Céline et Florent maintenant, merci pour ces séjours sur les pistes des Morillons et pour m'avoir aidée dans mon année angoumoisine.

A MES AMIS,

A mes amis d'enfance et plus,

Julie et Yolène, merci les filles !! Juju pour m'avoir supportée au quotidien durant 5 belles années de coloc et Yo 1 seule année, mais quelle riche année. Merci pour tout ce que l'on a vécu ensemble (des super anim' de colo, un tour d'Europe, un 4L Trophy, y perù y Bolivia!!!) et ce que l'on va vivre encore... des rires, des larmes, des aventures! Je vous aime cré cré fort.

Pierre, Merci d'être MON copain, on se suit depuis la maternelle, en passant par les bancs du lycée et les amphis de la fac bref toujours l'un derrière l'autre et là l'un pour l'autre.

Florian, mon Flo merci d'être un ami fidèle et merci pour tes blagues pourries quotidiennes.

Benjamin et Charles les nouveaux colocs, merci les copains de lycée et de P1 et de la Palmyre. Enfin un docteur dans ce groupe de dingue à votre tour maintenant !! ;)

Merci aussi à Julien, Marlene, Matthieu.

Maxou et Clem, un grand frère qui me fait mourir de rire tout le temps et ma crémentine pour nos sessions BU, merci Maître Boyer pour votre soutien et votre générosité.

Léa ma choupi, parce ce qu'un petit mois de coloc a suffi à me montrer à quel point tu es quelqu'un de bien, tu m'as beaucoup apporté. Merci.

Amé et Nico, merci à vous deux pour votre gentillesse et pour cette découverte du badminton angoumois.

Kija, Samo, Menentaille, Arthur, Nassir, Benito, Maëlle, Flo merci les gars pour ces bons moments, un peu fous parfois !!

Merci à toute la team psycho Mama jauby, Pasca, soso, chacha, et Léo pour les virées au comptoir...

A mes amis de dentaire,

Gégé « Level 180 » Merci oracle Gégé pour tes vérités de vie, pour ce soutien sans faille durant l'élaboration de cette « B..... » et durant ces tortures sportives. Et enfin, merci pour nos fins de soirées un peu perchées et nos cafés jap pleins de beaux potins.

Dédé « Level 174 » Merci cavalière pour ces années de fêtes ensemble.

Marta « Level 171 » Merci pour ces années de fac et de folies.

Laeti « Level 169 » Merci létitou pour ta présence à la fac, dans la vie et lors de nos voyages humanitaires Vietnam, Mada. A quand le 3^{ème} ?? Et merci pour cette création de Sainte Race qui restera dans les mœurs.

Toov « Level 169 » Merci à toi super binôme de 5^{ème} année, on est devenu des expertes de la dentisterie grâce à Mme M. et des expertes en amour grâce à M. D.

Camille « Level 167 » merci pour ton amitié, nos fameuses soirées culottes, et nos Peponne. On se retrouve l'été prochain pour une « saison estivale dentaire ».

Elise « Level 166 » merci pour nos révisions internat sans grand succès, nos soirées folles (Merci la Mouette) et notre escapade malgache.

Duiz « Level 165 », Ma championne de douce surprise, j'ai pu admirer ce merveilleux profil pendant 4 longs et interminables mois dans cette froide BU. Tu as égayé ces moments et pas que ceux là... l'année du binôme de choc en mode novice, jusqu'à notre envol pour le train de l'enfer. Décollage imminent ENCORE ensemble (pfff) pour une nouvelle étape de vie.

Gomar « Level 165 » Merci ma rochelaise pour ces années de dentaire avec toi.

Campi « Level 160 » Mon Campignon merci pour tes raleries qu'on aime tant, ces heures de débrief de vie au téléphone et pour cette découverte des bals d'Aveyron.

Lolo « Level 160 » Merci d'être aussi généreuse et présente pour tes amis, et merci pour nos soirées, nos rallyes et nos moments partagés avec toi et les tiens.

Lulu « level 159 » merci pour ta bonne humeur, ton sourire et nos soirées.

Jojo « Level 158 » la meilleure pour la fin ;) !! Merci ma jojo pour ton aide, ces années de fac ensemble, nos virées au pays basque, notre escale dans ton Québec et nos futures aventures sur l'île !!!

Et merci à Romain, Elo, Booki, Medhi, PH, Vincent, Mouly et Sébichou.

Merci aux « petits » Stéphan et fabi pour ce fou rire mémorable dans cette vieille demeure.

Et à toute la promo parce qu'on a quand même été la « promo la plus fun de la fac »!!!

Enfin je ne remercie PAS Candy Crush et Breaking Bad pour toutes ces heures perdues.

**Adolescence et Esthétique :
aspects psycho-odontologiques**

Table des matières

INTRODUCTION	17
1^{ère} partie :	20
ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE L'ADOLESCENT	20
1. Psychologie générale	21
1.1 Les déterminants de l'adolescent	21
1.1.1 Les facteurs biologiques.....	21
1.1.2 Les facteurs psychologiques.....	23
1.1.3 Les facteurs socio culturels.....	24
1.2 Comportements de l'adolescent	25
1.3 Psychopathologie de l'adolescent.....	28
1.3.1 Les troubles cliniques.....	29
1.3.2 Les troubles de la personnalité.....	31
1.3.3 Les addictions	33
2. Rapport de l'adolescent avec l'esthétique	34
2.1 Image de soi à l'adolescence	34
2.2 Importance de la sphère oro-faciale	36
2.3 Représentation de l'esthétique	37
2.3.1 Importance de l'esthétique	37
2.3.2 Normes du beau.....	38
2^{ème} partie :	42
PREJUDICES ESTHETIQUES ET PRINCIPES THERAPEUTIQUES CHEZ L'ADOLESCENT	42
1. En orthopédie dento-faciale	43
1.1 Notions générales.....	43
1.1.1 Définition	43
1.1.2 Caractéristiques de l'adolescent.....	44
1.2 Dismorphies et malocclusions.....	44
1.2.1 Perception de l'adolescent	44
1.2.2 Classe II.....	45
1.2.2.1 Définition.....	45
1.2.2.2 Moyens thérapeutiques et objectifs esthétiques.....	47
1.2.3 Classe III	48
1.2.3.1 Définition.....	48
1.2.3.2 Moyens thérapeutiques et objectifs esthétiques.....	49
1.2.4 Dysharmonie dento-maxillaire (DDM)	50
1.2.5 Asymétries.....	52

1.3	Objectifs esthétiques des traitements.....	52
1.3.1	De profil.....	53
1.3.2	De face.....	55
1.3.3	Le sourire.....	57
2.	En traumatologie bucco-dentaire	58
2.1	Conséquences esthétiques des traumatismes dentaires.	59
2.1.1	Conséquences esthétiques des expulsions.....	59
2.1.2	Conséquences esthétiques des fractures coronaires.....	61
2.1.3	Conséquences esthétiques des luxations.....	62
2.1.4	Conséquences esthétiques sur les dents permanentes des traumatismes en denture temporaire.....	63
2.2	La prise en charge de la traumatologie dentaire : aspects esthétiques.....	65
2.2.1	Notions générales.....	65
2.2.2	Arborescence de la prise en charge esthétique en traumatologie.....	67
3^{ème}	partie :	70
	LES LIMITES AUX SOINS ESTHETIQUES CHEZ L'ADOLESCENT.....	70
1.	Le comportement de l'adolescent.....	71
1.1	Relation adolescent-praticien-parents	71
1.1.1	Attitudes de l'adolescent.....	71
1.1.2	Attitudes du praticien.....	72
1.1.3	Attitudes des parents.....	73
1.2	Motivation et intérêt.....	75
1.2.1	Avant le traitement.....	75
1.2.2	Pendant le traitement.....	76
1.3	Anxiété et troubles du comportement au fauteuil.....	77
1.4	Pathologies.....	79
2.	Aspects médico-légaux et financiers.....	80
2.1	En orthodontie	80
2.2	En traumatologie.....	81
	CONCLUSION.....	84
	Bibliographie	86

INTRODUCTION

L'adolescent fait partie du panel de patients accueillis au sein de nos cabinets ; c'est un patient trop souvent méconnu et mal appréhendé. Il traverse une période de vie particulière et parfois difficile et il faut le prendre en charge avec ses particularités. S'intéresser à sa psychologie permet de dédramatiser la perception que nous pouvons avoir de l'adolescence. Comprendre son développement et son évolution permet de mieux aborder ses réactions et ses demandes. Ces dernières, en ce qui concerne l'Odontologie, se rapportent la plupart du temps à l'esthétique car à cet âge, l'image a une valeur importante.

L'esthétique doit faire partie de nos préoccupations et ce, même chez l'adolescent. Selon L'OMS, « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Cette définition montre à quel point nous devons être attentifs au bien-être de nos jeunes patients et leur permettre de s'épanouir dans leur corps et à travers leur sourire.

Dans ce travail, nous avons trouvé intéressant d'associer l'adolescence et l'esthétique afin de montrer les liens, les conséquences et les limites de cette association. Nous avons pour objectifs de :

- définir les caractéristiques du développement psychique de l'adolescent et d'indiquer leurs retentissements sur la prise en charge esthétique de l'adolescent.
- préciser les pathologies et leurs thérapeutiques présentant des conséquences sur l'esthétique au travers du prisme adolescent.

Dans une première partie nous allons définir les aspects psychologiques de l'adolescent ainsi que son rapport à l'esthétique. Ensuite dans une deuxième partie, nous traiterons de l'adolescent confronté à un défaut esthétique facial ou bucco-dentaire avec les conséquences et les principes thérapeutiques qui en découlent. Nous excluons volontairement de cette partie la pathologie carieuse et les anomalies de structure ; en effet, à cette période de la vie, la perte de l'esthétique dentaire est soit immédiate lors d'un traumatisme soit progressive et donc habituelle avec une prise de conscience tardive de la dysharmonie dentomaxillaire. Ce choix est volontairement restrictif car s'agissant de la maladie carieuse ou des anomalies de structure (acquises telles que les fluoroses ou héréditaires telles que les amélogénèses ou les dentinogénèses imparfaites), elles ont été en principe déjà traitées ou engagées dans un traitement.

Par conséquent, il était impossible d'une part, d'écarter les pathologies traumatiques et d'autre part, de ne pas aborder l'orthopédie dentofaciale puisqu'elle intervient souvent de façon inesthétique (dans le ressenti de l'adolescent) pour rétablir l'esthétique. Après avoir exposé ces deux thématiques, en inclure davantage n'aurait pas permis un travail exhaustif à leur égard. Enfin, dans une troisième partie, nous présenterons les éventuelles limites auxquelles nous pouvons être confrontés lors de la mise en place de thérapeutiques esthétiques chez l'adolescent.

1^{ère} partie :

**ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE
L'ADOLESCENT**

1. Psychologie générale

Commençons tout d'abord par définir l'adolescence. Ce terme est apparu dans la langue française entre le XIIIème et XIVème siècle, il est issu du verbe latin « adolescere » qui signifie « grandir ».

Ainsi, selon l'étymologie du mot, l'adolescent c'est celui qui grandit. L'opération de grandir ne concerne pas uniquement l'aspect physique de l'individu. C'est toutefois cette croissance physique qui présente l'aspect le plus spectaculaire de l'entrée dans l'adolescence.

On peut ainsi la définir comme une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, débutant à la puberté et se terminant vers dix-huit ou vingt ans. C'est une transition complexe mettant en jeu des données d'ordre physiologique, psychologique, culturel et social, qui interagissent de manière différente en fonction des époques et des sociétés.

Nous allons dans cette première partie aborder la psychologie de l'adolescent et tenter de définir cette seconde naissance qui se déroule progressivement. Nous verrons comment l'adolescence se définit d'un point de vue biologique, psychologique et socio-culturel, puis les comportements qui sont présents durant cette période et les troubles qui peuvent en découler.

Cette connaissance du processus adolescent va nous permettre dans un second temps d'aborder le rapport de l'adolescent avec l'esthétique à travers l'image de soi et en définissant les représentations esthétiques actuelles.

1.1 Les déterminants de l'adolescent

(1) (2)

1.1.1 Les facteurs biologiques

Au titre des facteurs biologiques, nous pouvons identifier l'aspect organique de l'adolescence à travers la période d'apparition et d'installation de la fonction sexuelle : la puberté.

Elle aboutit au terme de nombreux processus biologiques à une maturation de l'enfant sur le plan somatique et sexuel. Les organes de la reproduction deviennent fonctionnels au terme de la puberté.

Mais il ne convient pas d'assimiler l'adolescence à la puberté qui ne sont pas chronologiquement superposables car l'adolescence se poursuit après la fin de la puberté. Il faut tout de même noter que la puberté domine la période de l'adolescence. Selon le schéma d'Hippocrate la puberté correspond à la troisième enfance, elle est précédée de la première enfance qui s'étend de la naissance à l'âge de sept ans et de la deuxième enfance qui s'étend de sept ans aux premiers signes pubertaires. La troisième enfance chez la fille va de neuf à seize ans et chez le garçon de douze à dix-sept ans, la fin de cette période est marquée par l'achèvement de la puberté.

De nos jours les données statistiques sont quelques peu différentes et permettent de définir les limites extrêmes de la puberté qui se situent entre huit et quatorze ans chez la fille et entre dix et seize ans chez le garçon. Ces limites restent tout de même fonction de nombreux facteurs comme la génétique, l'environnement, la santé, l'alimentation, les exercices physiques et le niveau socio économique.

La période étant maintenant définie nous allons étudier les changements majeurs qui marquent cette puberté. On remarque la convergence de trois faits fondamentaux lors du passage de l'enfance à l'âge adulte d'après Pierre G Coslin : « l'accélération de la vitesse de croissance, l'importance et la rapidité de changements qui concernent la personne dans son ensemble, la grande variabilité inter et intra individuelle. » (3)

La puberté n'est pas une date précise mais c'est un processus qui se déroule sur plusieurs années. C'est un phénomène long et progressif, les organes se développent et l'être entier se transforme tant au point de vue organique que psychique et certaines étapes sont spectaculaires.

Tout est sous la dépendance des hormones, elles sont sécrétées par certaines glandes suite à l'action de l'hypophyse et de l'hypothalamus et produisent la testostérone chez le garçon, et l'oestradiol chez la fille.

Plusieurs changements apparaissent chez la fille. Suite à l'action de l'oestradiol on observe l'apparition de caractères sexuels primaires comme l'augmentation de la masse de l'utérus et la maturation des voies génitales avec l'arrivée des premières règles; et l'apparition de caractères sexuels secondaires qui impliquent un changement de la silhouette avec l'augmentation du volume des seins, le développement du bassin et le développement de la pilosité.

Chez le garçon la testostérone agit sur l'apparition des caractères sexuels primaires, la production de spermatozoïdes, le développement des voies génitales et sur les caractères sexuels secondaires tels que la croissance, la voix qui mue et le système pileux qui se développe.

Ces changements corporels initient la période de la vie où l'on devient apte à la fécondation, ils surviennent plus ou moins brusquement et sont vécus différemment selon l'individu du fait de l'impact de ces transformations sur le psychisme.

1.1.2 Les facteurs psychologiques

Selon G. Stanley Hall « l'adolescence est une seconde naissance, la naissance à la vie spirituelle »

En effet, l'adolescence est une période déterminante dans le développement de l'intelligence et des capacités de jugement et de déduction mais elle est aussi ponctuée par des périodes d'angoisse, de doutes et d'inquiétudes. Elle est marquée par la perte de sécurité de l'enfance, c'est un adieu au statut d'enfant et une accession progressive vers l'autonomie. C'est une affirmation de soi grâce à la mise à distance des théories infantiles et parentales.

Il faut également que l'adolescent prenne conscience et s'adapte aux transformations anatomiques qu'il subit. Elles lui permettent d'affirmer son identité sexuelle. L'adolescent, maintenant capable de réaliser ses désirs, est plongé dans la réactivation des fantasmes oedipiens vis à vis de ses parents. Et cela peut faire naître des angoisses plus importantes compte tenu de la prise de conscience des choses.

De plus, la perte des repères habituels, du fait des changements physiques et des bouleversements psychiques, lui confère un paradoxe difficile à gérer entre l'assurance d'une protection parentale et la séparation avec le milieu familial. Il doit cependant réussir à se séparer de ce confort de sécurité et donc se différencier de ses parents grâce à des relations extrafamiliales et à une nouvelle confiance en soi née de l'affirmation de son identité. C'est la finalité de l'adolescence, se différencier de ses parents tout en devenant adulte comme eux.

L'adolescent subit un processus de séparation-individuation (4) c'est à dire qu'il doit se distinguer des autres individus de la société dont il fait partie. C'est un travail d'adaptation souvent difficile à gérer pour ces grands enfants en passe de devenir adulte. En effet avant de façonner sa propre personnalité, il sera tenté d'imiter les images qui se présentent à lui. « C'est l'imitation qui fait d'abord émerger le moi de l'inconscience avant de permettre le développement de la personnalité la plus haute et la plus originale... L'enfance du génie est celle qui est la plus en quête d'exemples et de modèles » Jean Lacroix. (5)

C'est un jeu d'opposition et d'imitation lui permettant de développer le goût de la création pour accéder par la suite à l'acquisition de sa propre personnalité. L'autonomie pousse à la création qui marque la fin de l'intériorisation et le commencement de l'ouverture au monde extérieur.

Ainsi chez chaque adolescent un rythme différent s'instaure, afin de quitter le monde clos et protégé de l'enfance et de s'insérer dans une société, cela est fonction de leur caractère, de leur histoire personnelle, de l'attitude de leur famille et de la société vis à vis d'eux.

1.1.3 Les facteurs socio culturels

« L'adolescence n'est pas un phénomène universel et homogène » notent Marcelli et Braconnier. (6)

Elle ne peut être analysée qu'en fonction d'une société, d'une époque, d'un mode de vie et d'une civilisation donnée. Car la puberté, elle, débute à peu près à la même période dans toutes les sociétés et les modifications morphologiques et anatomiques sont semblables mais la transition sociale de l'enfance à l'adulte se fait différemment selon les cultures. L'expérience adolescente et sa durée sont ainsi fonction du milieu socio-culturel et de la société dans laquelle grandit le jeune adulte. Ainsi des travaux sociologiques ont prouvé que plus la société est complexe, plus l'adolescence est conflictuelle.

On retrouve dans les sociétés traditionnelles un rite de passage du statut d'enfant au statut d'acteur social. Selon Ariès P, dans les sociétés d'ancien régime « *l'enfant passait directement et sans intermédiaires des jupes des femmes, de sa mère ou de sa "mie" ou de sa "mère-grand", au monde des adultes... Dans nos sociétés d'ancien régime, les enfants entraient plus tôt dans la vie adulte que dans les sociétés primitives* ». (7) Ainsi dans ces populations l'adolescence est marquée et délimitée par des cérémonies initiatiques où l'on y entre enfant et l'on en sort adulte.

Dans notre société actuelle on remarque que rien n'est organisé pour officialiser ce passage. Les incertitudes d'orientation, l'allongement de la durée des études et les angoisses liées à ce passage en font une période de vie qui devient de plus en plus interminable. Dans une certaine mesure l'adolescence s'étend dans le temps car elle est omniprésente dans la société et faute de s'inscrire dans un lieu, elle semble durer et être de plus en plus complexe.

Les critères sociaux permettent de situer la fin de l'adolescence, contrairement à la puberté, que nous avons étudiée précédemment, qui est un critère biologique et qui marque le début du processus adolescent. On peut mettre en évidence différents aspects nous permettant de définir plus clairement le passage à l'état d'adulte : sur le plan civique on devient majeur et électeur, sur le plan familial avec la vie en couple et la parentalité, sur le plan économique en acquérant une autonomie financière grâce à une activité professionnelle. Le choix de l'identité est alors effectif.

1.2 Comportements de l'adolescent

(8)(5)

L'adolescence est marquée par des changements comportementaux. Durant cette période, l'adolescent est prêt à s'ouvrir au monde mais il est confronté à des situations de déséquilibre qui se manifestent à travers divers symptômes qui sont regroupés dans ce que l'on peut nommer « crise d'adolescence ».

Jean-Jacques Rousseau a défini certaines caractéristiques :

« Orageuses révolutions qui s'annoncent par le murmure de passions violentes, un changement dans l'humeur, des comportements fréquents, une continuelle agitation d'esprit, rendent l'enfant presque indisciplinable ; c'est un lion dans sa fièvre, il méconnaît son guide, il ne veut plus être gouverné. » (9)

La crise d'adolescence marque une tentative d'adaptation laborieuse et conflictuelle vis à vis des changements du corps et de l'esprit. C'est un bouleversement de l'équilibre interne qui aboutit à une réorganisation du moi et à une nouvelle façon d'être vis-à-vis des autres.

Selon P.Coslin, « Ces changements entraînent souvent des transgressions qui s'avèrent ainsi nécessaires à l'adolescence dans la mesure où elles permettent au jeune de progresser, de rompre avec les images parentales qui, si elles ont été structurantes pour l'enfant, ne suffisent plus à son actuel développement... Il rompt avec l'ordre parental et avec l'ordre social ; il provoque. Mais cette rupture, ces provocations sont aussi ouverture, accession à des nouvelles relations avec son environnement.» (3)

Tout d'abord, il est confronté à la dysharmonie entre son esprit infantile et la maturité de ses fonctions reproductrices. C'est ce que l'on peut nommer la crise de développement. Il s'opère un changement dans les liens parentaux avec la sexualisation qui crée une gêne et des réactions de fuite, de dégoût à l'égard du corps des parents. Il s'ensuit une mise à distance avec ces derniers.

L'adolescence est suivie par une crise d'identité qui est beaucoup plus longue. Elle a pour but d'affirmer sa propre personnalité et d'obtenir son autonomie. Erickson montre que la recherche de son identité « doit être acquise au travers d'efforts individuels intenses. C'est une tâche d'autant plus difficile qu'au moment de l'adolescence le passé est en train de s'effacer avec la perte de l'ancrage dans la famille et la tradition, le présent se caractérisant par des changements sociaux et l'avenir étant devenu moins prévisible. ». (10)

La personnalité se dessine au fur et à mesure que l'affirmation de soi grandit et cela se fait grâce à la découverte de nouveaux milieux et de nouvelles activités, c'est-à-dire d'un apprentissage social qui est de nos jours difficile. Elle relève de prises de risques et de recherche de ses propres limites. C'est une épreuve qui s'impose pour faire valoir sa capacité à l'autonomie.

L'acquisition de sa nouvelle identité demande un travail de deuil, c'est à dire une rupture avec l'enfance pour permettre à l'adolescent de s'intégrer au sein de la société. Durant le processus d'affirmation de son caractère, on peut distinguer selon Maurice Debesse « des phases d'assimilation tranquille séparée par des phases de turbulence ». (6) C'est en d'autres termes une succession d'expressions parfois contradictoires mêlant joie et souffrance qui lui permettent de se structurer.

C'est à travers un désir de liberté que l'imagination se développe, que toute autorité est rejetée et que les contraintes ne sont plus supportées. L'adolescent ressent le besoin de s'isoler, de réfléchir et d'avoir des secrets. De façon contradictoire, il a également besoin de se créer un réseau social et de se regrouper en petite communauté. C'est ainsi que l'on retrouve une notion de « bande » nécessaire au développement de sa personnalité et à son intégration sociale. En outre, un désir de conquête et de découverte du monde qui l'entoure ouvre ses perspectives et lui permet de se forger sa propre personnalité.

Selon M. Debesse il existe des formes différentes de l'affirmation de soi en fonction de chaque individu :

La conquête de la personnalité se réalise selon deux types ; le type révolutionnaire et le type rectiligne sachant que chaque adolescent ne correspond pas à un type mais qu'il faut nuancer ses manières de s'affirmer. (11)

Chez le type révolutionnaire, on note une certaine révolte avec une volonté de se démarquer, une attirance pour l'originalité, voire pour l'excentricité. L'adolescent cherche à sortir de la banalité. Il existe un mécontentement général et un désir de transformer le monde. C'est un développement très rythmé qui doit mener à la singularité de l'individu. Au contraire, chez le rectiligne, les changements se produisent de manière continue. L'imagination est moins sollicitée et l'épanouissement est présent grâce à des critères de réussite sociale ou scolaire.

On retrouve également des traits caractéristiques qui semblent négatifs mais qui peuvent être nécessaires au développement de tous, telles les angoisses qui sont présentes à différentes échelles chez les adolescents. Il existe des angoisses d'abandon, de l'inconnu, d'échec. C'est un sentiment d'insécurité qui se manifeste de différentes manières, à travers des troubles somatiques, des troubles du sommeil, de la colère, de l'irritabilité.

L'hyperémotivité est également présente avec des émotions fortes et passagères ; des impulsions violentes, réactions parfois excessives, brutales et inattendues.

Au contraire, chez certains, on retrouve une inhibition : sorte de timidité et de renfermement sur soi même, avec une difficulté d'agir ou de prendre la parole dans certaines situations.

Enfin l'aspect de l'hygiène chez l'adolescent est important. On retrouve des jeunes très portés sur leur image et sur la propreté et d'autres qui s'adaptent mal au changement de leurs corps et qui adoptent une stratégie d'évitement face aux règles d'hygiène. Cela peut être de l'insouciance et un laisser-aller suite au détachement vis à vis des parents. Il faut une prise de conscience, qui se met en place progressivement avec la notion de responsabilisation.

Tous ces aspects de l'adolescence sont dits « normaux » et utiles, ils représentent le vécu de l'adolescent. Cependant, il peut y avoir des dérives de ces comportements qui peuvent aboutir à des formes pathologiques et à de vraies souffrances psychiques chez les adolescents.

1.3 Psychopathologie de l'adolescent

(12) (2)(4) (13)

Nous allons dans cette partie nous baser sur la classification du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux connu sous le nom de DSM IV et DSM V pour définir les principales formes de pathologies psychiques et addictions présentes à l'adolescence.

Nous verrons tout d'abord les troubles majeurs cliniques dans lesquels nous pouvons inclure : les troubles anxieux, les troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale et boulimie), trouble dépressif majeur et la schizophrénie. Puis nous aborderons les troubles de la personnalité qui incluent les états limites, les troubles de la personnalité histrionique, évitante, compulsive, paranoïaque, antisociale et narcissique. Et enfin nous traiterons de certaines addictions présentes à l'adolescence. Il faut préciser que nous ne serons pas exhaustifs dans la description des pathologies psychiques présentes à l'adolescence.

1.3.1 Les troubles cliniques

Ces troubles peuvent apparaître chez l'adulte mais on retrouve une fréquente concomitance de leur apparition avec la période adolescente.

- Les troubles anxieux.

(14)

L'anxiété chez l'adolescent relève d'un état émotionnel particulier avec une perception du danger, une attitude d'attente, un sentiment de désorganisation. L'angoisse a un rôle adaptatif important et nécessaire, qui permet d'avoir conscience de la réalité, des contraintes et du danger. Comme elle est normalement présente au cours du processus adolescent on a tendance à la banaliser ce qui rend plus difficile le diagnostic d'angoisse pathologique qui peut prendre des aspects différents selon qu'elle affecte le corps (angoisse de castration) ou le sentiment d'identité (angoisse de dépersonnalisation). Les angoisses peuvent mélanger les somatisations, l'hypocondrie, la névrose d'échec, les phobies qui trahissent la peur de l'éveil à une vie sexuelle, le désir de rester enfant.

- Les troubles du comportement alimentaire

L'anorexie mentale et la boulimie sont des troubles du comportement alimentaire retrouvés à l'adolescence. Ils sont souvent associés à une maladie de filles mais on les retrouve également chez le garçon adolescent.

L'anorexie mentale est un comportement volontaire de restriction alimentaire qui débute généralement par une simple volonté de perdre un peu de poids et qui dérive rapidement vers une privation et vers des vomissements provoqués. On retrouve dans le syndrome anorexique, trois symptômes : anorexie, amaigrissement et aménorrhée. De plus, une perturbation de l'image du corps, de l'appréciation de son poids et un déni de la maladie sont caractéristiques de l'anorexie mentale.

A l'adolescence, il est important de différencier restriction alimentaire passagère, phénomène transitoire, et véritable anorexie mentale. Le caractère épisodique de la restriction influe sur la gravité et sur les conséquences psychiques de l'adolescent.

Les conduites boulimiques selon P. Alvin sont « des accès de frénésie alimentaire fréquents à l'adolescence : le quart des adolescents scolarisés (à partir de la 4^{ème}) disent en avoir fait l'expérience. Mais ces comportements ne peuvent en aucun cas à eux seuls être considérés comme pathologiques. C'est leur association avec un sentiment de perte de contrôle de soi au cours de l'accès et un trouble de l'image corporelle qui doit attirer l'attention ». (15) La boulimie est un processus au cours duquel l'adolescent ingurgite de façon massive et rapide une quantité importante de nourriture souvent très calorique. Il est très fréquemment suivi de vomissements et les épisodes boulimiques doivent être au nombre de 2 par semaines depuis plus de 3 mois pour être considérés pathologiques.

- Le trouble dépressif majeur : (16)

Les troubles dépressifs à l'adolescence, ont longtemps été considérés comme rares et atypiques à cette période alors qu'ils se révèlent fréquents. Ils présentent une symptomatologie commune à celle observée chez l'adulte et dont l'évolution est souvent grave. Mais il faut différencier le syndrome dépressif pathologique des troubles de l'humeur qui présentent des périodes de tristesse souvent dus à la problématique de séparation. On retrouve un appétit diminué, une perte de poids souvent constatée, un degré d'activité diminué (ennui) et une énergie moins importante (fatigue).

En somme, le syndrome dépressif repose sur quatre signes selon M. Emmanuelli : (12)

- « - le ralentissement psychomoteur ;
- le manque d'appétit et les troubles du sommeil ;
- la tristesse et le désintérêt, qui ne s'accompagnent pas nécessairement de dépression ;
- l'auto dévalorisation, qui n'est pas toujours présente »

Ainsi « cette diminution renvoie l'adolescent au sentiment d'impuissance de son enfance, et est vécue comme une défaillance personnelle. ». Le syndrome dépressif peut parfois aboutir à des tentatives de suicide.

- La schizophrénie :

C'est une pathologie mentale qui apparaît souvent à l'adolescence, la plupart du temps entre douze et vingt ans sous la forme d'une bouffée délirante. Elle associe des délires et des hallucinations. La schizophrénie se traduit par l'association de trois signes cliniques ; la dissociation, le délire paranoïde et l'autisme.

La dissociation illustre la scission qui s'opère dans la conscience de l'adolescent. Elle se manifeste sur les plans intellectuel (altération au cours de la pensée), affectif (ambivalence affective), comportemental.

Le délire paranoïde est changeant et incommunicable. Il est dominé par des idées de persécution, d'influence, d'identité. Tous les mécanismes délirants coexistent dans ce type de délire : hallucination, interprétation, imagination.

L'autisme est une rupture de la vie mentale avec le monde extérieur avec une reconstitution d'un monde intérieur hermétique à autrui.

Le pronostic de ce trouble dépend du mode d'entrée dans la maladie ; plus l'apparition des symptômes est brutale et spectaculaire plus la réactivité aux traitements sera bonne.

1.3.2 Les troubles de la personnalité

- Trouble de la personnalité : état limite

Connu également sous le nom de personnalité borderline, ces troubles engendrent une instabilité des relations interpersonnelles de l'image de soi et des affects avec impulsivité. On retrouve une hyperémotivité très présente.

- Trouble de la personnalité histrionique

Il se développe en général sur la base d'une personnalité histrionique préexistante c'est à dire une certaine attitude de séduction, de provocation, de théâtralisation, de dramatisation. Les symptômes sont dits « suggestifs », sensible à l'effet produit sur les spectateurs, ou de « conversion » qui transforme le conflit psychique en symptôme somatique. Les symptômes psychiques peuvent être l'amnésie psychogène, la fugue, les troubles de la personnalité, et sont souvent associés à un état dépressif sous jacent.

- Trouble de la personnalité évitante

Il est plus connu sous le nom de phobie et apparaît le plus souvent chez des individus timides et hyperémotifs. Ils mettent en place un mécanisme de défense : le déplacement, avec l'identification d'un objet phobogène, et l'apparition de conduites d'évitement pour ne pas se confronter à l'objet phobogène.

Il existe plusieurs types de phobies :

- les phobies simples correspondent à des peurs infantiles persistant à l'âge adulte.
- les phobies sociales sont des peurs de se retrouver dans des situations embarrassantes, dans ce contexte, les adolescents peuvent avoir recours à des substances toxiques.
- l'agoraphobie qui est une peur de se rendre dans des lieux publics ou dans des grands espaces.

- Trouble obsessionnel compulsif

Il engendre chez l'adolescent qui en est victime des obsessions. Elles créent une intrusion chez le sujet d'une idée ou d'une représentation ressentie comme absurde et étrangère à sa volonté. Elles donnent lieu à une lutte anxieuse destinée à les écarter. Les rituels comportementaux pour combattre ces obsessions peuvent parfois être invalidants. On retrouve également des épisodes compulsifs avec un besoin irrésistible d'accomplir un acte absurde et ce malgré les efforts faits pour y résister.

- Trouble de la personnalité paranoïaque

Dans ces troubles de la personnalité on retrouve des idées délirantes auxquelles le sujet adhère totalement mais en conservant une perception conforme de la réalité. Les délires peuvent être interprétatifs c'est à dire que l'adolescent perçoit correctement son environnement mais lui donne un sens délirant. Ils peuvent également être passionnels, les délires démarrent par une intuition soudaine qui va venir éclairer toute une période de doutes, d'interrogation dans le domaine de l'affectif.

- Trouble de la personnalité antisociale

Chez les adolescents victimes de ce trouble on retrouve un mépris et des transgressions des droits d'autrui. Une incapacité à s'accorder aux règles sociales, et un défaut d'organisation de la personne à cause de réactions impulsives et agressives.

- Trouble de la personnalité narcissique

Le narcissisme est l'amour de soi, il est indispensable dans toute construction de la personnalité chez l'adolescent mais il ne doit pas être excessif sinon il provoque une surestimation de soi, un sentiment de toute puissance, et un égocentrisme. Dans cette personnalité on retrouve un besoin démesuré d'admiration.

1.3.3 Les addictions

La plupart des addictions débutent à l'adolescence et la consommation de produits toxiques constitue une situation à risque. Elles permettent de remplacer une dépendance, comme la dépendance familiale qui prend fin à cette période, par une autre dépendance comme l'alcool, le tabac, les drogues, les jeux vidéo. Les dépendances peuvent être plus ou moins importantes, elles sont très fortes et physiques avec les drogues dures, et plus mentales avec les drogues douces. La curiosité est le facteur qui déclenche la première consommation, mais plusieurs attentes et satisfactions naissent au cours du processus d'addiction. Tout d'abord une recherche de découverte, de plaisir qui permet la désinhibition, et aussi le soulagement des tensions internes et des souffrances et inquiétudes présentes à cette période. Les addictions entraînent ensuite un repli sur soi important et engendrent des situations d'isolement importants car le rapport à la réalité est modifié. (17)

2. Rapport de l'adolescent avec l'esthétique

2.1 Image de soi à l'adolescence

(18)(19)(20)

L'image de soi est en construction et en permanente évolution à l'adolescence. Elle ne débute pas à cette période, mais dès la plus jeune enfance en fonction de l'attention et de l'amour portés à l'enfant dès son plus jeune âge. Ainsi un enfant aimé et valorisé aura « une sécurité de base », il sera plus apte et plus confiant pour entrer dans l'adolescence.

A l'adolescence, il est difficile de savoir si l'on s'aime et si l'on est une bonne personne mais il est nécessaire de se poser ces questions pour réussir à se construire et à développer une estime de soi. Elle se façonne en fonction de cinq domaines: (21)

- la réussite scolaire
- la conformité comportementale dans une société
- les compétences athlétiques
- la notoriété auprès des pairs
- l'aspect physique.

D'où l'importance de l'image du corps, concept développé par Paul Schilder, (22) qui est « une vision du corps tel qu'il est perçu par le sujet ». (23) Cette vision est subjective, car un adolescent ne perçoit pas toujours son corps tel qu'il est en réalité, elle peut donc évoluer et changer. On distingue d'une part l'image du « corps objet » et d'autre part l'image du « corps ressenti ». L'image du « corps objet » correspond à la réalité : ce qui est visible, palpable et mesurable, qui nous permet de nous différencier et de nous identifier en tant que personne. (24) L'image du « corps ressenti » est, quant à elle, la perception que l'adolescent a de son corps ; elle dépend de l'expérience, des sensations, des stimulations sensorielles. Il faut les différencier car pour l'adolescent, l'image de son corps n'est pas toujours conforme à la réalité de son physique. (25) Plus elle est positive plus l'adolescent ressentira un sentiment de satisfaction et plus l'estime de lui sera importante, et inversement une mauvaise image de son corps provoquera une dévalorisation et un manque de confiance en lui.

L'adolescent, jeune pubère, entre dans une période avec de nombreuses transformations, une nouvelle apparence, il doit apprendre à se redécouvrir et renoncer à la représentation du corps infantile. Le jeune adolescent attend et surveille ses changements, à cette période un besoin de modèle et de comparaison va apparaître. « Comme on ne se plaît plus, on cherche à se plaire dans le regard des autres ». (17)

Cela va engendrer des difficultés entre l'être et le paraître. Il a besoin de se regarder, ainsi le miroir et son reflet prennent de l'importance, sans jamais vraiment donner l'image que les autres voient puisque c'est une image figée.

Il va se créer un idéal construit sur des critères de mode, de valeur et de bande en quelque sorte une carapace qui correspond à un mécanisme de défense extérieur. C'est une manière de s'assumer et de s'affirmer car l'image du corps n'est pas simplement une construction individuelle mais un fait social influencé par la mode et les médias qui conduisent à des standards différents selon les cultures. (3)

L'estime de soi est également influencée par la perception qu'il a de ses compétences et de sa réussite d'un point de vue scolaire, sportif ou artistique en fonction de ses centres d'intérêts. (3) La place au sein de sa famille et de ses amis influence également ce qu'il éprouve à l'égard de lui-même. Il existe des différences significatives entre les aînés et les cadets d'une même famille. Les aînés auront une estime d'eux-mêmes plus importante mais moins stable, nourrie surtout par les parents alors que les cadets se sous-estimeront plus facilement mais se construiront grâce à des relations extérieures et diversifiées. (20)

Les milieux dans lesquels il évolue lui permettent d'être confronté à des réussites et à des échecs indispensables à sa progression vers la maturité.

Cependant une dévalorisation importante que ce soit en rapport avec le physique ou l'intellect peut conduire à une attitude de résignation, de retrait et peut créer des conflits internes. Elle peut aussi modifier les rapports avec le monde extérieur en raison de réactions impulsives voire violentes et donc changer l'estime de soi chez l'adolescent.

Il faut retenir que l'estime de soi « s'élabore tant à travers les réussites et les échecs qu'à travers la considération et le jugement des autres » ainsi qu'à travers « la comparaison à des idéaux. » (3)

2.2 Importance de la sphère oro-faciale

(26)(27)

La sphère orale possède une importance particulière chez tous les êtres humains, elle permet de nous identifier tant du point de vue physique que psychique. Elle est le centre de nos expressions et permet d'exprimer notre personnalité.

Françoise Dolto note que le visage devient important à l'adolescence. (17)

En effet dans notre société actuelle le visage possède une connotation importante en plus d'être la partie du corps la plus apparente et la plus expressive, sa mise en valeur influe sur les relations sociales. Le visage harmonieux d'un adolescent est perçu plus favorablement par l'entourage, ainsi les « beaux » adolescents sont jugés plus autonomes, plus aimables et plus agréables. La beauté du visage influe sur l'image que l'on renvoie à autrui et sur le jugement qui va en découler, elle agit sur les rapports sociaux et donc sur le développement de l'adolescent. Le visage peut être un atout de séduction, il est essentiel chez l'adolescent qui entre dans une période où il doit plaire au sexe opposé.

Au sein du visage, le sourire est considéré comme un élément primordial. Il représente un moyen de communication évident et donc revêt une importance toute particulière dans la fonction sociale. Dès le plus jeune âge le sourire permet d'échanger c'est une forme primitive et la base de la communication. C'est un procédé d'expression simple et universel. Le sourire qui provient d'une simple contraction musculaire physiologique est un véritable moyen d'expression universel, il influe également sur l'impression que l'on donne au premier abord. Il témoigne d'une volonté d'ouverture, d'acceptation et d'attraction et il permet d'exprimer un apaisement et un sentiment de sécurité.

Dans le sourire on peut distinguer la partie labiale et la partie dentaire et selon S. Freud les lèvres sont les organes de la phase orale, donc en rapport avec la succion, et les dents sont les organes de la phase sadique, donc de morsure, qui est la première arme de défense et d'attaque de l'individu. (38)

La cavité buccale permet le premier cri de la vie et elle émet le dernier souffle lors de la mort, elle est donc au premier plan au cours de moments clés de la vie. Mais pas seulement puisque ses rôles sont multiples tout au long de l'existence. En effet, la cavité buccale, organe fonctionnel, est également l'essence du potentiel libidinal.

La libido est une réelle aspiration aux désirs et aux plaisirs sexuels, c'est un « réservoir des pulsions de vie ». (27) La bouche présente une filiation avec la séduction, la sexualité et les fantasmes. (28)

La bouche fait partie des pôles attractifs du visage, les muscles qui l'entourent nous permettent d'exprimer une quantité de sentiments : la joie, la colère, la satisfaction, la jalousie, l'envie. C'est le centre des manifestations de la vie spirituelle, sentimentale, sensible et sensuelle. Elle offre également l'accès à la parole, et au plaisir des sens, elle permet de s'alimenter, de savourer. Toutes ces fonctions sont possibles grâce à la présence des dents. En plus d'être un outil indispensable pour la phonation, la mastication, et l'incision, elles sont une véritable parure pour le sourire. Les dents peuvent embellir un sourire comme le rendre disgracieux.

La sphère oro-faciale, et en particulier la cavité buccale, présente donc une certaine pluralité ce qui lui confère son caractère capital. Elle subvient à des besoins vitaux nutritifs, elle est un messenger de nos pensées, de nos désirs, de nos envies, un lieu d'expression. Elle est le siège de notre personnalité et donc le lien avec le monde extérieur.

2.3 Représentation de l'esthétique

2.3.1 Importance de l'esthétique (26) (23) (29)

Le mot esthétique est né du grec « *aisthetikos* » qui désigne la faculté de se sentir. (30) D'après le dictionnaire l'esthétique est « la science du beau dans la nature et dans l'art » ; elle vise à harmoniser les formes et à les rendre gracieuses car le concept d'esthétique est de nos jours rattaché à la notion de beauté. (31)

En effet, il y a un impact considérable de l'esthétique dans notre société, un souci d'apparence et de beauté extérieure. Les demandes concernant l'amélioration de son image sont de plus en plus nombreuses et priment parfois sur les demandes de réhabilitation fonctionnelle.

Ce phénomène est la conséquence de l'influence de la beauté sur soi-même et sur les autres. Elle influe sur le sentiment d'identité, sur l'estime de soi et sur les relations sociales personnelles et professionnelles (que ce soit lors du premier contact et de la première impression ou que ce soit tout au long de la relation qui implique confiance et communication).

L'esthétique a toujours eu une place importante mais aujourd'hui elle est gage de bien-être et de réussite. La principale cause de cette évolution est le désir de s'identifier à des modèles de beauté. Ils sont véhiculés par les medias (télévision, magazine, affiche publicitaire) qui utilisent des images quasi parfaites pour représenter les individus au quotidien. Ces représentations sont très répétitives et permettent de créer un désir de ressemblance et un intérêt croissant pour l'esthétique. Des normes sont ainsi mises en place et tendent à instaurer des critères esthétiques standard. La normalisation de l'esthétique conduit les individus, et encore plus les adolescents, à se rapprocher de ces critères et quand ils n'y parviennent pas, ils se sentent rapidement différents, voire anormaux. Face aux regards des autres une dysharmonie physique peut être ressentie comme une infériorité. Cette disgrâce peut provoquer un manque de respect et de reconnaissance. Il y a ainsi un impact sur leur confiance en eux et sur l'estime d'eux même donc sur leur développement personnel.

2.3.2 Normes du beau

La beauté procure des sentiments de satisfaction, d'admiration et des sensations positives. Mais le concept de beau n'est pas évident à définir car il dépend tout d'abord de l'époque. En effet au XVIII^{ème} siècle une femme était considérée belle si elle avait une certaine corpulence et un ventre proéminent alors que de nos jours le culte du corps a pris une ampleur considérable et la minceur est synonyme de beauté. Il dépend également de la civilisation dans laquelle on grandit. Dans notre société dès la plus jeune enfance nous sommes soumis à un idéal de beauté par la télévision et les dessins animés. Les héros de ces dessins animés sont des individus jeunes, grands, minces, avec des visages stéréotypés que l'on trouve beaux ce qui n'est pas le cas partout dans le monde. En raison de l'influence des medias, on parvient à une uniformisation des goûts et à un jugement basé sur des références communes de la notion de beauté. Si l'on prend pour exemple la beauté de la bouche elle diffère selon les sociétés.

Dans nos sociétés occidentales une bouche avec des lèvres pulpeuses et des dents bien alignées et blanches est perçue comme attirante et donc belle alors que certaines civilisations africaines prônent les lèvres perforées, tatouées et les dents limées en pointe qui sont synonymes de beauté également. Il est donc évident que les normes du beau sont distinctes selon les civilisations, d'où la difficulté de décrire des normes de beauté universelles et communes à chaque habitant de la planète.

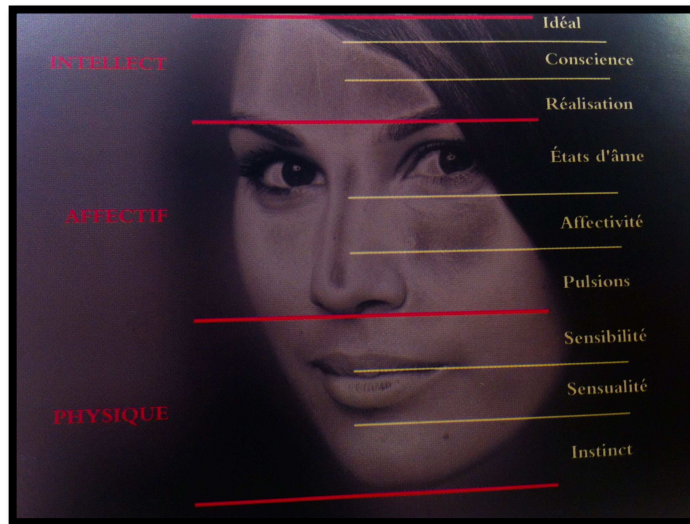
Malgré tout, la beauté n'est pas une notion uniquement subjective basée sur des ressentis et des avis personnels. Dans une époque et une société définies, il est possible d'établir un consensus sur des critères esthétiques standards. Nous laisserons de côté les normes artistiques et mathématiques, en l'occurrence le nombre d'or, qui ne permettent pas de définir la beauté du corps et du visage.

Nous pouvons décrire des critères de qualités esthétiques concernant le visage. Selon Philippe, il existe trois facteurs, qui, lorsqu'ils sont tous présents, concourent à la beauté du visage : (32)

- L'harmonie des formes (33)

C'est un facteur primordial et facile à utiliser, car on peut aisément donner des normes pour les volumes de la face qui aboutissent à une harmonie du visage. L'observation et le jugement de notre œil face à un visage doivent se faire de face et de profil.

De face, le visage peut être partagé en 3 étages qui doivent être à peu près égaux pour une harmonie des proportions. On retrouve l'étage supérieur qui se situe de la racine des cheveux à la glabella et qui, d'un point de vue morpho-psychologique, correspond à la vie intellectuelle puis l'étage moyen qui s'étend de la glabella au point sous nasal et qui représente l'étage de la vie sociale et affective et enfin l'étage inférieur qui débute au point sous-nasal et se termine au niveau du pogonion et qui représente l'activité instinctive et physique.



Photographie 1 : Les différents étages de la face selon Lejoyeux (23)

Ensuite, on doit pouvoir observer un parallélisme des lignes horizontales, c'est-à-dire les lignes bipupillaires et bicommissurales. La ligne bipupillaire sera la référence pour mettre en évidence d'éventuelles asymétries faciales.

De profil, tous les auteurs s'accordent à dire que l'harmonie vient de l'équilibre des saillies et des dépressions pour former des courbes régulières et proportionnées. Les dépressions sont aux nombres de trois. Elles se situent au niveau du nasion, du point sous-nasal et du supramental, et les saillies principales sont le nez, la bouche et le menton.

Dans le sens vertical, il faut observer l'égalité ou non des étages de la face, le rapport entre la hauteur faciale postérieure et la hauteur faciale antérieure ainsi que l'inclinaison du bord mandibulaire.

Dans le sens antéro-postérieur, la forme générale du profil est importante avec des tendances plutôt convexes ou concaves.

- L'aspect de la peau

Ce facteur concerne la cosmétologie. Il correspond à un état de surface uniforme, donc à une peau lisse, sans cicatrice et sans tâche. La peau doit être éclatante et peut être mise en valeur par des contrastes de couleur au sein du visage entre les yeux et la bouche.

- Le caractère expressif du visage

Notre visage pour être beau doit représenter quelque chose, il doit exprimer des émotions.

Par exemple, une bouche située près du nez met en évidence des réactions aux émotions rapides et irréfléchies et une certaine modestie. (27) Ces traits de caractère qui ressortent d'un visage ne reflètent pas toujours la réalité de la personnalité de l'individu mais ils symbolisent une idée et permettent son expression. Ils peuvent ainsi le rendre plus ou moins beau en fonction de ce qu'il dégage.

L'essentiel est d'avoir un visage expressif, c'est-à-dire avec des angles un peu vifs, des traits un peu agressifs, pour ne pas être trop ordinaire. Car un visage avec des proportions moyennes parfaites ne révèle rien et ne peut donc pas être perçu comme beau. Ce sont les variations par rapport à la moyenne qui sont expressives et ces petits changements vis-à-vis des proportions idéales harmonieuses rendent tout le caractère à un visage et le rendent donc beau.

Cette observation a été validée par plusieurs études et conclut que « les visages les plus attirants sont systématiquement différents de la moyenne » (34) et « que la beauté irrégulière serait la vraie beauté ». (35)

2^{ème} partie :

**PREJUDICES ESTHETIQUES ET PRINCIPES
THERAPEUTIQUES CHEZ L'ADOLESCENT**

Dans cette partie nous allons traiter des défauts esthétiques faciaux et bucco-dentaires qui sont soit :

- Préexistants et devenus habituels, comme les dysharmonies et les malocclusions, avec une prise de conscience tardive par l'adolescent et son entourage et qui deviennent intolérables à cette période où l'adolescent a besoin d'être en accord avec son image pour forger sa personnalité.

- Immédiat avec une rupture instantanée de l'esthétique notamment lors de la survenue de traumatismes bucco-dentaires.

Nous présenterons les principales conséquences esthétiques des dysmorphies, des malocclusions et des traumatismes puis nous aborderons les objectifs esthétiques généraux à atteindre, enfin nous exposerons les principes thérapeutiques permettant de pallier ces préjudices esthétiques.

1. En orthopédie dento-faciale

1.1 Notions générales

1.1.1 Définition

L'orthopédie dento-faciale est définie par Bassigny comme « une discipline de l'art dentaire qui a pour objet : l'étude du développement de la face, des maxillaires et des dents ; l'analyse des anomalies de ce développement ; la correction de ses anomalies, afin d'améliorer l'harmonie du visage et de la denture et de permettre un déroulement satisfaisant des fonctions. » (36)

L'esthétique et la fonction représentent un double objectif à atteindre lors de la mise en place d'un traitement orthodontique. D'autant plus chez l'adolescent, car les possibilités de soins sont nombreuses à cet âge. L'orthodontiste possède un panel de soins important allant de l'orthopédie à l'orthodontie jusqu'à la chirurgie orthognathique ; seuls les moyens d'interception sont exclus à cette période.

1.1.2 Caractéristiques de l'adolescent

La croissance caractérise l'adolescence, elle est rapide et irrégulière à cette période. Il est important de déterminer les pics de croissance pour mettre en place la thérapeutique la plus adaptée et la plus efficace.

En ce qui concerne la croissance staturale, le pic se situe le plus souvent vers douze ans chez la fille et vers quatorze ans chez le garçon. Pour situer l'enfant sur sa courbe de croissance de façon précise, il faut déterminer son âge osseux grâce aux marqueurs de maturation osseuse sur une radiographie de la main et du poignet, du coude ou des vertèbres. Un potentiel de croissance conséquent permettra d'avoir une action orthopédique efficace et d'influer sur l'harmonie du visage. A l'inverse, un faible potentiel de croissance orientera le praticien vers des thérapeutiques orthodontiques pour rétablir l'harmonie du sourire ou vers des thérapeutiques chirurgico-orthodontiques pour les dysharmonies sévères. (37)

La denture adolescente se décompose en 4 phases : (38)

- la première : remplacement des secteurs latéraux ; cette phase est complexe, elle comporte des séquences d'éruptions variées et des rythmes différents.
- la deuxième : phase de stabilité avec une denture permanente quasi complète allant des incisives centrales aux premières molaires.
- la troisième : éruption de la deuxième molaire définitive.
- la quatrième phase : phase de stabilité avec la mise en occlusion des secondes molaires définitives et l'éruption des dents de sagesse, inconstante et parfois très longue.

1.2 Dysmorphies et malocclusions

1.2.1 Perception de l'adolescent

Le motif de consultation majeur en orthopédie dento-faciale est souvent l'esthétique. Les jeunes patients viennent au cabinet car ils perçoivent, ou leur entourage, une dysharmonie au sein de leur visage ou de leur sourire. (39)

Les consultations pour des motifs fonctionnels, sont plus rares et souvent orientées par le chirurgien dentiste traitant.

En effet, les patients sont plus sensibles aux défauts esthétiques majeurs comme les asymétries prononcées, ou les profils de classe II et III squelettiques, jugés moins attractifs qu'un profil de classe I. (40) De même, concernant leur sourire, les adolescents seront attentifs à des anomalies très visibles telles que des encombrements importants ou des dents trop vestibulées.

Alors que l'orthodontiste sera plus vigilant à une déviation des milieux inter-incisifs, à une béance antérieure ou encore à un articulé inversé. Une étude de Johnston et coll. montre que les orthodontistes sont plus sensibles à une déviation inférieure à 2mm des milieux par rapport au plan sagittal médian du visage. (41) Il faut donc être à l'écoute de la demande de l'adolescent qui ressent un mal-être à travers ce qu'il juge d'inesthétique.

Ainsi nous ne serons pas exhaustifs quant à la description de toutes les dysharmonies et de toutes les malocclusions que peuvent traiter les orthodontistes mais nous traiterons seulement celles qui altèrent l'esthétique selon l'adolescent, ayant ainsi un impact sur son image et donc éventuellement sur son développement psycho-affectif.

1.2.2 Classe II

1.2.2.1 Définition

Les classes II représentent une grande majorité des défauts dont se plaignent les patients.

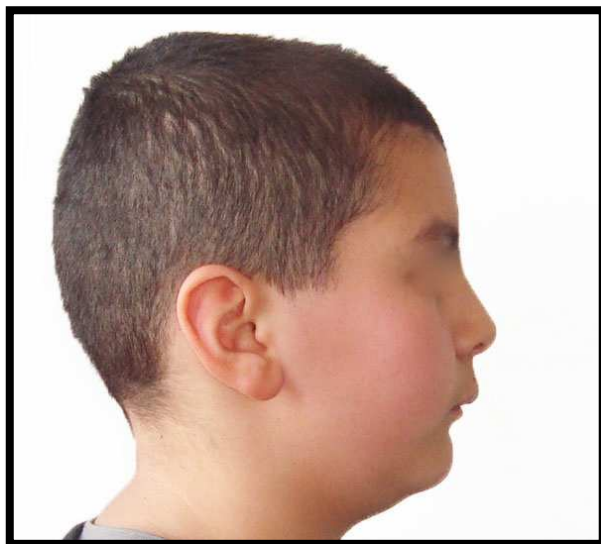
La classe II squelettique de Ballard se caractérise le plus souvent par une retrognathie mandibulaire ou par une prognathie maxillaire. Les deux peuvent être associées, ce qui provoque des dysmorphoses plus sévères.

La classe II d'Angle est définie comme un décalage antéropostérieur des deux arcades avec une distalisation de l'arcade mandibulaire par rapport à sa position normale et par rapport au maxillaire pris comme référence. (42)

Elle présente deux sous-division :

La classe II division 1 avec une mésioposition des molaires et des canines maxillaires par rapport aux molaires et aux canines mandibulaires, une vestibulo-version des incisives maxillaires et un surplomb incisif augmenté.

Elle est responsable de nombreux préjudices esthétiques tant au niveau facial qu'au niveau du sourire car elle est très souvent associée à un décalage squelettique qui accentue la sensation de « dents en avant ». (43) Elle représente 52% des malocclusions rencontrées et représente l'un des principaux motifs de consultation chez l'orthodontiste.



*Photographie 2 : Classe II squelettique
(Courtoisie S. Moulinier)*

La classe II division 2 présente une arcade mandibulaire en position distale par rapport au maxillaire comme dans les classes II division 1 mais avec un recouvrement incisif excessif et des incisives maxillaires en palato-version. Elle n'est pas fréquente et dans la plupart du temps n'engendre que de faibles préjudices esthétiques mais elle revêt des conséquences fonctionnelles importantes. Les thérapeutiques associées à ces malocclusions ne seront donc pas traitées du fait de son faible retentissement sur l'esthétique faciale. (44)

Les anomalies du sens vertical peuvent influencer sur la perception esthétique des classes II. Un patient hyperdivergent aura des signes de classe II accentués et donc une dysharmonie plus visible alors que l'hypodivergence aura tendance à dissimuler l'aspect très convexe du profil des classes II.

1.2.2.2 Moyens thérapeutiques et objectifs esthétiques.

Avant de débiter un traitement et d'utiliser les dispositifs suivants, il faudra s'assurer de l'absence d'anomalies transversales. S'il en existe une, elle devra être prise en charge au préalable.

➤ Les activateurs de classe II

Les activateurs utilisent l'activité musculaire pour induire des modifications osseuses et alvéolo-dentaires ; en fait, ils modifient la position mandibulaire guidée par la surface inter-occlusale et maintenue par contraction musculaire. Ils ont pour objectif de freiner la croissance maxillaire et de stimuler la croissance mandibulaire. Il existe les activateurs monoblocs rigides qui sont indiqués pour les classes II squelettiques d'origine mandibulaire ou mixtes dans les typologies verticales méso ou hypo divergentes. Les propulseurs à butée avec l'appareil de Herbst ou le PUL (Propulseur universal light) sont des systèmes de propulsion de la mandibule par guidage mécanique sans rétrusion possible. Ils sont mis en place lors du pic de croissance pour une correction squelettique optimale ou en denture adolescente lors d'une phase orthodontique. Il est primordial de prendre en compte la croissance verticale pour obtenir des améliorations esthétiques en fin de traitement qui seront : un recul des incisives et de la lèvre supérieure avec une ouverture de l'angle naso-labial et une avancée du menton et de la lèvre inférieure pour une harmonisation générale du profil cutané. (45)

➤ Les forces extra-orales (FEO)

Elles permettent de freiner la croissance maxillaire et de laisser la mandibule poursuivre sa croissance pour compenser le décalage de classe II. Cet appareillage s'appuie sur les premières molaires maxillaires qui transmettent les forces aux sutures prémaxillaires et qui bloquent la croissance sagittale du maxillaire. Les répercussions esthétiques sont considérables car il est possible d'influencer la croissance verticale en appliquant des tractions plus ou moins hautes d'où une amélioration de l'équilibre facial.

➤ Distal active concept (DAC)

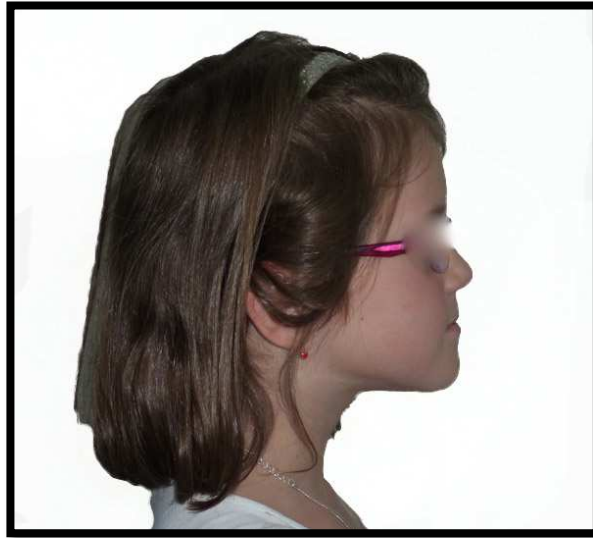
C'est un concept proposé par Akinin (46) qui utilise un système multi-attaches avec des cales en verre ionomère pour déverrouiller l'occlusion, des tractions intermaxillaires et des ressorts en NiTi. Le DAC permet de distaliser les molaires maxillaire, de stimuler la croissance mandibulaire et de vestibuloverser les incisives mandibulaires.

Une étude de Dénarié et coll. publiée en 2010 qui analyse l'apport esthétique de la technique DAC par rapport aux Forces Extra-Orales tend à prouver que le DAC, en plus de libérer la croissance mandibulaire, permettrait ensuite une répartition plus harmonieuse des tissus cutanés au niveau du menton et de la lèvre inférieure en augmentant leur épaisseur. Une bonne réponse de croissance mandibulaire induit de ce fait un remodelage plus harmonieux des tissus mous. (47)

1.2.3 Classe III

1.2.3.1 Définition

Selon la Société Française d'Orthopédie DentoFaciale, la classe III est définie comme « toute déformation avec un trouble d'articulé et un déplacement antérieur permanent de la mandibule par rapport au maxillaire, les condyles étant dans leurs cavités glénoïdes ». Dans la classe III squelettique, on retrouve une avancée de la mandibule par rapport au maxillaire avec un profil concave. Dans la classe III occlusale, on observe une mésioposition des molaires inférieures par rapport aux molaires supérieures, avec dans certains cas, un articulé inversé antérieur. La prévalence n'est que de 3 à 7% en France mais ce syndrome induit de lourds préjudices esthétiques chez le jeune adulte et une complexité du traitement du fait de son évolution tardive. (42) (48)



*Photographie 3 : Classe III squelettique
(Courtoisie Dr C. De Oliveira)*

1.2.3.2 Moyens thérapeutiques et objectifs esthétiques

➤ Masque de Delaire

C'est un appareil orthopédique extra-oral qui applique une force postéro-antérieure sur un appui facial antérieur, par l'intermédiaire d'élastiques reliés à un double arc interne prenant ancrage sur les premières molaires maxillaires. Jusqu'à 12 ans, il peut être utilisé chez des patients présentant une rétrognathie maxillaire associée ou non à une prognathie mandibulaire. (49) Il permet d'aboutir à une avancée et à une bascule antérieure du maxillaire en sollicitant le système sutural maxillaire. Il a également des effets alvéolo-dentaires avec une vestibulo-version des incisives maxillaires. D'un point de vue esthétique, le patient obtiendra une amélioration des rapports labiaux avec une avancée de la lèvre supérieure et une fermeture de l'angle naso-labial ainsi qu'une réduction de l'aplasie faciale.

➤ Activateur de classe III

L'activateur de classe III est composé d'un monobloc de résine construit dans une position rétrusive forcée avec éventuellement un arc d'Eschler, une barrette maxillaire vestibulaire ou un vérin médian. Son action aboutit à une mésialisation de l'arcade maxillaire avec vestibuloversion de l'incisive et à une distalisation de l'arcade mandibulaire avec linguoversion de l'incisive.

Son action sera optimale chez les patients de classe III, hypo ou mésodivergents. A l'adolescence, son action sera moindre et plus lente mais des résultats concluants seront observés avec un profil plus équilibré, un sillon labio-mentonnier dessiné et un angle naso-labial diminué.

➤ Chirurgie orthognatique

C'est un traitement chirurgical des maxillaires ou « ostéotomie ». Pour les classes III, l'objectif est d'avancer le maxillaire ou de reculer la mandibule, les deux peuvent être associés en cas de dysmorphose sévère. (36) On peut y associer une génioplastie pour obtenir une réduction de l'éminence mentonnière et aboutir à de meilleurs résultats esthétiques. Son indication doit être réfléchie, elle peut être évitée lors d'une prise en charge de la classe III précoce. Si l'adolescent présente un décalage squelettique trop important vers 12-13 ans, l'action orthopédique sera trop limitée, on aura donc recours à la chirurgie. Elle sera également utile face aux échecs ou aux récurrences de traitement orthopédique ou orthodontique. (48)

L'évolution esthétique est souvent excellente pour les cas chirurgicaux. (50) Il faut tout de même noter que les remaniements squelettiques après une chirurgie orthognatique ne sont pas toujours visibles au niveau des tissus mous ; il y a de fortes similitudes dans le sens horizontal mais pas toujours dans le sens vertical. (51)

Il ne faut pas négliger l'impact psychologique de ce changement rapide ; il est donc primordial d'être attentif à son patient adolescent et de l'accompagner pour son bien-être psychologique et émotionnel. (52)

1.2.4 Dysharmonie dento-maxillaire (DDM)

Elle est définie par la Société Française d'Orthopédie DentoFaciale comme « une anomalie caractérisant l'insuffisance ou l'excès de place pour l'alignement des dents à un moment donné. La microdontie relative et la macrodontie relative en sont les formes cliniques. »

Pour les patients, les défauts esthétiques des DDM sont visibles à travers des « espaces entre les dents » (diastème) ou « des dents qui se chevauchent » (encombrement). La microdontie relative représente 8% des cas de DDM alors que la macrodontie relative est très fréquente : 60 à 80% des DDM. Cela se ressent au niveau des motifs de consultation et des demandes des adolescents. (42)



Photographies 4 : Cas d'une DDM (macrodontie relative)

(Courtoisie Dr C. De Oliveira)

Concernant la prise en charge des macrodonties relatives, il faudra évaluer la croissance résiduelle et les anomalies associées et surtout quantifier l'encombrement. Le potentiel de croissance étant réduit à cette période, les solutions pour retrouver de la place pour repositionner les dents sont le maintien des espaces de dérive, le meulage proximal et les extractions dirigées.

Dans le cas d'extractions pilotées, les objectifs occlusaux sont parfois contradictoires avec les objectifs esthétiques. Elles sont contre-indiquées chez les patients avec des lèvres plates et fines et un profil hypo divergent et creux car il n'y aura aucun bénéfice esthétique voire une détérioration du profil. Il est donc primordial de bien poser les indications de ce traitement pour aboutir à un gain esthétique.

En effet, d'après une étude de Janson (2011), « ce n'est pas le fait d'extraire ou pas qui influence l'harmonie faciale mais plutôt leur bonne indication. » Les résultats de son étude prouvent que les protocoles de traitement avec ou sans extraction de quatre prémolaires n'ont pas d'effets prévisibles sur l'esthétique globale du sourire. (53)

1.2.5 Asymétries

Une asymétrie selon Fischer signifie un déséquilibre. (54) Elles existent sous différents degrés de sévérité. Celles qui provoquent un véritable préjudice esthétique avec une perte d'équilibre de l'harmonie faciale sont les asymétries squelettiques avec une latérogathie mandibulaire dans la plupart des cas. Selon une étude de Beyer et Lindauer, la déviation des milieux est jugée inesthétique, elle est acceptable en deçà de 2,2mm. (55) Les asymétries peuvent être de type transversale, sagittale ou verticale. Pour les mettre en évidence, il faut, entre autre, analyser la rectitude du plan sagittal médian de référence et étudier la symétrie des parties droite et gauche du visage. Les asymétries structurales de la mandibule peuvent aussi être observées en comparant la longueur et l'orientation des branches horizontales de la mandibule. L'analyse du parallélisme des lignes horizontales est également essentielle. L'examen clinique est la clé du dépistage précoce des asymétries pour établir un diagnostic différentiel surtout entre latérogathie et latérodeviation et pour évaluer la sévérité. La gestion thérapeutique des asymétries est complexe. Il faut tenter de les prévenir grâce à des traitements interceptifs orthopédiques, souvent avant l'adolescence, mais elles peuvent également être traitées par orthodontie et dans les cas sévères par chirurgie. (56)

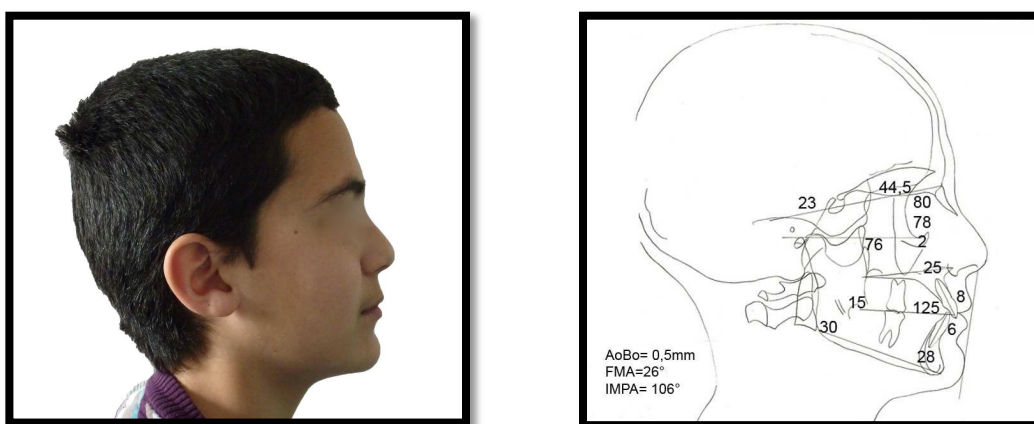
1.3 Objectifs esthétiques des traitements

L'évaluation de l'esthétique est nécessaire pour établir un diagnostic et pour évaluer l'efficacité des traitements. L'analyse d'un maximum de critères esthétiques objectifs permet de diminuer la part subjective de la thérapeutique esthétique afin d'en faciliter le succès. (57) Pour cela, il faut donner des critères reproductibles d'appréciation. On peut s'appuyer sur l'observation clinique, sur des mesures radiographiques et aussi sur la photographie qui permet de juger de l'esthétique avant et après traitement. (58) (59)

1.3.1 De profil

Nous avons déjà mis en évidence que d'un point de vue général, le profil, pour être harmonieux doit présenter des courbes et des contres-courbes équilibrées et proportionnées. H et S. Peck assimilent un profil harmonieux à une « série de S en vagues renversées. » (60)

Une préférence est globalement observée pour les faces équilibrées correspondant à un schéma de classe 1 normo divergente. (50) Selon la terminologie de Ballard, la classe I représente une position normale de la mandibule par rapport à la base du crâne avec un angle ANB égal à 2° (+/- 2), calculé grâce à des tracés céphalométriques.



*Photographies 5 : Patient en Classe I squelettique
(Courtoisie Dr C. De Oliveira)*

Au niveau de la partie supérieure du profil, le front et le nez influencent l'aspect esthétique global même si les thérapeutiques orthodontiques n'interviennent pas sur cette partie du visage. Le front est oblique en haut et en arrière et l'angle naso-frontal doit être de 150 à 160° environ. La longueur idéale du nez est de $1/3$ de la hauteur faciale et son rapport idéal est de 2 pour sa partie verticale, pour 1 pour sa partie horizontale.

Au niveau de la partie inférieure du visage, les régions labiale et sous-labiale seront influencées par les traitements d'orthopédie dento-faciale. L'angle nasio-labial, qui constitue l'angle que fait la ligne passant par le bord inférieur du nez et la ligne partant du point sous-nasal qui s'étend jusqu'au point le plus antérieur de la lèvre supérieure, doit être d'environ $90-100^\circ$ chez l'homme et d'environ $100-120^\circ$ chez la femme.

La position des lèvres peut s'évaluer grâce :

- à la ligne esthétique de Ricketts qui est tangente au pogonion cutané et à la pointe du nez. La lèvre inférieure doit être au contact de cette ligne et la lèvre supérieure en arrière de 4mm.

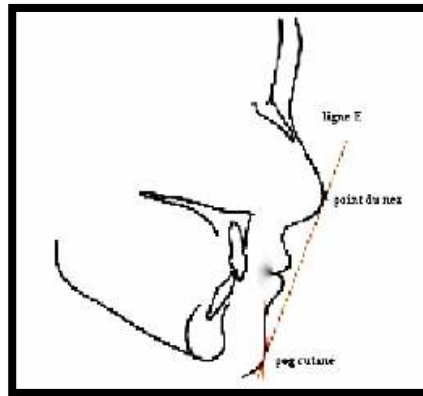


Figure 1 : Ligne Esthétique de Ricketts (61)

- à la ligne de Steiner qui joint le pogonion cutané au milieu du S formé par le rebord inférieur du nez et de la lèvre, les lèvres doivent se situer en arrière de cette ligne. (62)

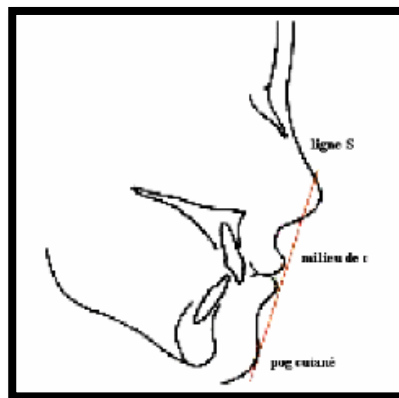


Figure 2 : Ligne de Steiner (61)

On doit retrouver des lèvres jointives et compétentes au repos, la lèvre inférieure étant située légèrement en retrait par rapport à la lèvre supérieure. Le sillon labio-mentonnier sépare la lèvre inférieure de la saillie mentonnière, il doit être marqué sans excès. La saillie mentonnière dépend de la structure osseuse sous-jacente et des tissus mous, notamment des muscles de la houppe du menton. Elle ne doit pas présenter de contraction forcée, ne pas être proéminente ni trop fuyante car il y aura des répercussions sur tout l'aspect du profil.

Enfin, la distance cervico-mentonnaire doit être en harmonie avec la profondeur de la face, du tragus au point sous-nasal. Une longueur insuffisante augmentera la convexité du profil et, inversement, un excès de longueur augmentera la concavité. (36)

1.3.2 De face

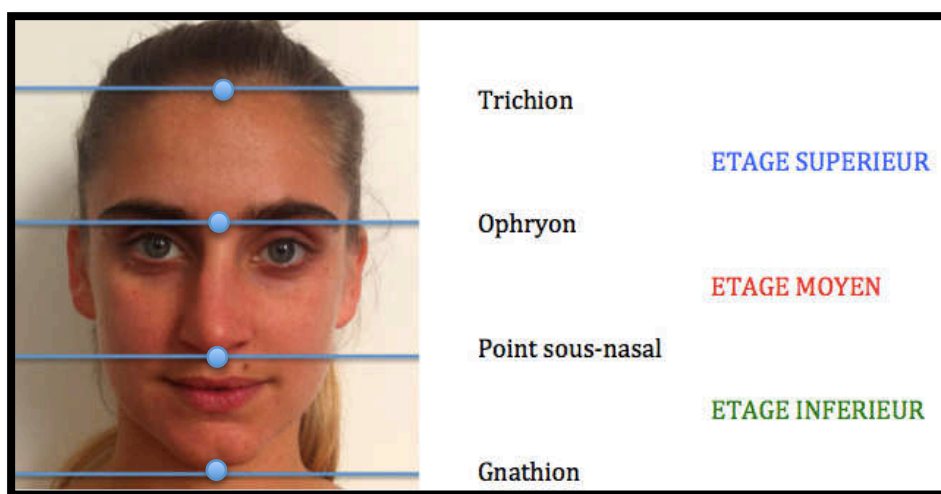
(27)(63)

On peut observer la typologie générale d'un visage : lorsqu'il est large et court, il représente un morphotype brachyfacial et lorsqu'il est long et étroit, un morphotype dolichofacial. A l'adolescence, cette typologie n'est pas fixe et peut encore évoluer. Les trois étages de la face doivent être égaux ; cette règle esthétique, établie depuis l'Antiquité, est toujours d'actualité. Chaque étage mesure entre 55 et 65mm. (23)

Etage supérieur (frontal) : du trichion à l'ophryon

Etage moyen (nasal) : de l'ophryon au point sous nasal

Etage inférieur (buccal) : du point sous nasal au gnathion



Photographie 6 : Proportionnalité des différents étages de la face

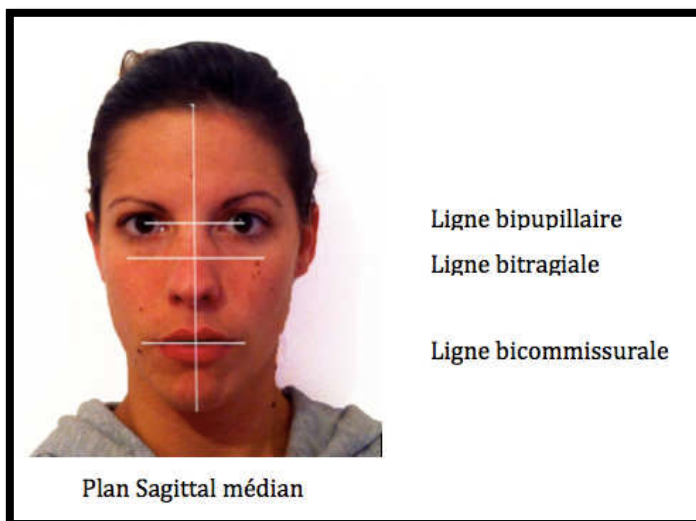
(Courtoisie J. Pourrère)

Il doit exister un équilibre entre le poids visuel du sourire et celui du regard. « L'importance visuelle du sourire devra éclaircir le visage et donner une impression de vitalité tout en restant en harmonie avec un regard non modifiable ». (64)

Les plis faciaux ne doivent ni être accentués, signe d'un développement vertical insuffisant, ni effacés, signe de développement vertical excessif.

Le plan sagittal médian passant par les points médians du visage doit être rectiligne et permet de comparer le côté droit et le côté gauche du visage qui n'est jamais parfaitement symétrique mais qui doit s'en rapprocher. Il peut exister une légère dissymétrie des hémifaces sans que l'esthétique ne soit perturbée. (60)

Les lignes horizontales bipupillaire, bitragiale et bicommissurale doivent être parallèles entre elles et perpendiculaires au plan sagittal médian.



*Photographie 7 : Parallélisme des lignes horizontales et Plan sagittal médian
perpendiculaire aux lignes horizontales*

(Courtoisie Y. Davidou)

Les proportions de la bouche sont plus harmonieuses lorsque les commissures se situent entre les limites externes des ailes du nez et les plans pupillaires. (58)

La lèvre inférieure doit laisser apparaître 30% de vermillon de plus que la lèvre supérieure. (65)

1.3.3 Le sourire

La symétrie du sourire est un critère d'harmonie majeur. (66) L'analyse du sourire doit se faire à partir d'un sourire « volontaire » c'est à dire forcé et statique donc reproductible comparé au sourire spontané qui s'adapte aux émotions. (64) Dans le sourire il y a deux éléments à prendre en compte : les lèvres et les dents ; ceci nous amène à donner des critères dento-cutanés dans les trois sens de l'espace.

Au niveau des rapports verticaux, au repos on doit apercevoir environ 2,5mm de hauteur d'incisive supérieure et le bord libre des dents maxillaires doit affleurer la lèvre inférieure. (58) (67) Lors du sourire toute la hauteur des incisives supérieures doit être visible et la lèvre inférieure doit être au contact des bords libres des incisives supérieures. La gencive ne doit pas être visible à plus de 2-3mm, normalement le bord inférieur de la lèvre supérieure doit affleurer le collet des dents supérieures sinon on sera en présence d'un sourire gingival jugé inesthétique. De plus, les collets maxillaires doivent être alignés et symétriques. (23) (68)

Au niveau des rapports transversaux, lors du sourire le groupe incisivo canin supérieur est le plus visible, mais un sourire franc, dévoilant l'intégralité des dents maxillaires ou jusqu'à la cuspide mésiale de la première molaire, est un beau sourire. Les milieux inter-incisifs doivent être alignés et se situer sur le plan sagittal médian. (69) La ligne du sourire représente la ligne des bords incisifs et canins supérieurs ; elle doit suivre une courbe vers le bas en son milieu et vers le haut au niveau de ses extrémités, elle suit la courbe formée par la lèvre inférieure. C'est « l'arc de Cupidon » selon Philippe (70) ; il permet d'avoir « un sourire plaisant, agréable et naturel ». (69)



Photographie 8 : gauche : ligne du sourire harmonieuse droite : ligne du sourire inversée (23)

Au niveau sagittal, l'axe corono vestibulaire des incisives, canines et prémolaires maxillaires doit être vertical, elles doivent paraître droite. Une légère protrusion est perçue comme plus harmonieuse comparée à une rétrusion. Le torque utilisé en orthodontie aura une forte influence sur la position en fin de traitement des dents maxillaires.

Tous ces critères très statiques qui nous permettent de juger un sourire ne suffisent pas. « Le temps des sourires beaux et figés, laisse place dans les générations actuelles à des sourires expressifs et vivants... Nous sommes dans l'ère de l'imagerie mouvante : il nous faut des sourires agréables et équilibrés pendant l'élocution et pendant les pauses d'élocution. » (67)

2. En traumatologie bucco-dentaire

Les traumatismes dentaires chez l'adolescent sont très fréquents notamment au cours de la pratique sportive ou lors d'accident de la voie publique. (71)

Ils représentent le deuxième pic de fréquence après les accidents chez les enfants de moins de cinq ans lors de l'apprentissage de la marche. Plus tard, selon Schulman en 2004, un adolescent sur six est victime de traumatismes dentaires et il est reconnu que les garçons sont une fois et demie plus touchés que les filles. (72) (73) C'est donc un motif de consultation majeur en urgence au cabinet dentaire. L'anamnèse est primordiale en urgence et doit permettre d'écarter tout risque vital et tout traumatisme crânien. Ensuite un examen facial et endobuccal précis ainsi que des clichés radiographiques avec angulateur sont indispensables pour préciser le diagnostic et pallier la douleur du jeune patient. Pour le praticien, les priorités à court terme sont donc : le diagnostic, la gestion de la douleur et la conservation des fonctions. Mais il ne faut pas omettre les conséquences à long terme des traumatismes dentaires qui sont nombreuses, notamment celles esthétiques. (74)

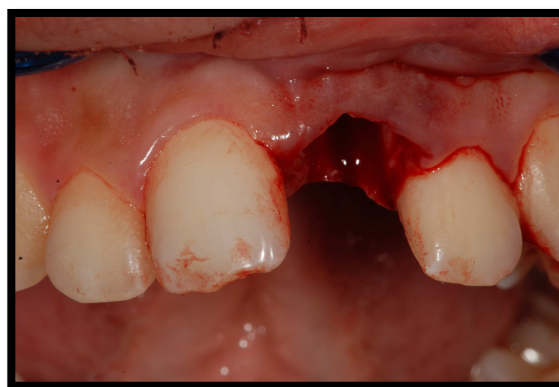
2.1 Conséquences esthétiques des traumatismes dentaires.

Plusieurs études montrent que les traumatismes dentaires ont un impact sur la qualité de vie de l'adolescent. (74) (75) (76) Cet impact est immédiat et se prolonge des années après le traumatisme : il concerne le déficit fonctionnel et esthétique. Les conséquences esthétiques sont souvent importantes : elles concernent le nombre, la position, la forme et la couleur des dents. Elles entravent le sourire de l'adolescent et influent sur les relations sociales, sur le bien-être et sur l'estime de soi. Les conséquences esthétiques ne sont pas une priorité à court terme mais ne doivent pas pour autant être négligées car elles ont des répercussions psychologiques et sociales. Il doit y avoir une prise en charge précoce en instaurant une relation de confiance qui permettra un suivi régulier et d'obtenir des résultats favorables. (75)

Le bloc incisif supérieur est le plus exposé lors des traumatismes car les chocs surviennent fréquemment d'avant en arrière. (71) L'incisive centrale maxillaire est atteinte dans 81,7% des traumatismes dentaires. (77) La proalvéolie, le surplomb, la classe 2 division 1, l'incompétence labiale, sont des facteurs favorisants qui exposent les dents maxillaires antérieures aux traumatismes. (78) Les dents touchées sont les plus visibles lors du sourire d'où le retentissement du préjudice esthétique. Chez les adolescents, la denture définitive est édiflée : cela va influencer l'approche thérapeutique et les traumatismes dentaires seront plus conséquents. (79)

2.1.1 Conséquences esthétiques des expulsions

Une expulsion est une luxation totale avec un déplacement complet de la dent en dehors de son alvéole. (71)



Photographie 9 : Expulsion de la 21

(Courtoisie Dr P. Rouas)

Les conséquences esthétiques suite à une expulsion sont variables ; elles dépendent du temps extra-alvéolaire, du milieu de conservation de la dent avant la réimplantation, de l'état de la dent expulsée, et du stade d'édification radiculaire. (80) (81) (82)

Dans le cas le plus défavorable, la dent avulsée n'est pas retrouvée ou n'est pas en état d'être réimplantée ; l'organe dentaire est alors perdu. Une étude portant sur les différences de perception des traumatismes dentaires chez l'enfant et l'adolescent en terme d'inconfort, de traitement et de préjudices esthétiques montre que les adolescents perçoivent l'extrusion comme le traumatisme ayant le plus grand impact esthétique. Une dent antérieure manquante est inacceptable esthétiquement parlant pour un adolescent comparé à la représentation chez un enfant de 7ans. (83)

Dans des cas plus favorables, on peut tenter la réimplantation de la dent. Si la dent est conservée dans un milieu physiologique et que le temps extra oral est inférieur à une heure, le pronostic de conservation sera bon surtout si la dent est immature en raison d'une revascularisation pulpaire possible et donc d'une apexification par la suite. Si la dent est mature avec un diamètre du foramen apical <1,2mm la revascularisation ne se fera pas, mais la dent pourra être conservée à condition de réaliser le traitement endodontique dans les 10 jours suivant la réimplantation. (80)

Les conséquences esthétiques sur les dents réimplantées seront variables selon les cas cliniques mais peuvent être :

- d'éventuelles dyschromies de la dent avec le temps dues : à des complications pulpaires comme la nécrose, à l'oblitération canalaire ainsi qu'au traitement endodontique.

- Une malposition de la dent en raison d'un repositionnement imparfait ou d'une contention approximative.

- Un parodonte cicatriciel inesthétique avec un risque de non alignement des collets.

- Une perte de la dent en cas de mobilité importante ou de résorption radiculaire non contrôlée ce qui est fréquemment le cas suite à des réimplantations. (82)

2.1.2 Conséquences esthétiques des fractures coronaires

Les fractures coronaires sont les traumatismes les plus fréquents en denture permanente surtout sur les dents matures.

Elles entraînent une perte de substance pouvant toucher l'émail, la dentine et la pulpe. Selon le ressenti des adolescents, elles représentent le traumatisme dentaire le plus complexe à traiter. (83)

Les fractures de l'émail ont une faible répercussion sur l'esthétique puisqu'elles ne provoquent que de simples petites pertes d'émail surtout au niveau des angles mésiaux et distaux qui peuvent se corriger par simple coronoplastie et polissage. (84)



Photographie 10 : Fracture amélaire de l'angle distal de la 11 (84)

La perte de substance plus étendue des fractures amélo-dentaires provoque des hyperesthésies dentinaires et des douleurs à la mastication.



*Photographie 11 : Fracture Amélo-dentinaire
(Courtoisie Dr P. Rouas)*

La présence d'une exposition pulpaire induit un suivi thérapeutique plus long avec un traitement endodontique sur des incisives matures et peut provoquer une discoloration au niveau de la dent aggravant le préjudice esthétique.

Sur les dents immatures, on observe un maintien de la vitalité pulpaire à long terme dans 75,8% si le traitement a été précoce avec élimination du tissu infecté et mise en place d'une protection étanche. (85) Les adolescents sont sensibles aux variations de teinte de leurs incisives suite à une nécrose pulpaire. (83)



*Photographie 12 : dyschromies sur 11 et 21
(Courtoisie Dr A. Lavaud)*

2.1.3 Conséquences esthétiques des luxations

L'extrusion est peu fréquente en denture permanente, elle concerne principalement les dents permanentes immatures. La dent se déplace dans sa partie coronaire sans expulsion totale ; elle est souvent retenue seulement par les fibres gingivales palatines. (84) Cliniquement, on observe une dent plus longue que les controlatérales ce qui induit une conséquence esthétique immédiate qui peut perdurer si le repositionnement n'est pas optimal.



Photographie 13 : Extrusion de la 21 (84)

A plus long terme un défaut de teinte peut apparaître suite à une nécrose pulpaire qui survient sur dent permanente dans 43% des cas selon des études de Lee et de Humphreys. (86) (87)

La nécrose pulpaire se produit plus fréquemment sur des dents matures avec une extrusion sévère. (86) Mais elle peut apparaître sur des dents immatures suite à un repositionnement traumatique qui provoque un arrêt de l'édification radiculaire.

L'intrusion est également rare en denture permanente mais peut engendrer des séquelles esthétiques similaires à celles des extrusions, de plus des conséquences alvéolaires sur la table vestibulaire. Le repositionnement de la dent peut se faire grâce à une rééruption spontanée ou à l'aide de traction orthodontique.

Les luxations de tout type extrusion, intrusion ou luxation latérale peuvent engendrer des défauts de malposition, de discoloration et entraînent souvent une perte osseuse d'environ 10% responsable d'anomalies esthétiques au niveau du parodonte.

2.1.4 Conséquences esthétiques sur les dents permanentes des traumatismes en denture temporaire

Une étude de Andreasen et Ravn, citée dans un article de Ozdemir & coll, montre que 41% des enfants ayant eu un traumatisme en denture temporaire ont des répercussions de développement sur la denture définitive. Ce pourcentage augmente significativement entre 53 et 69% lors d'une intrusion d'une dent temporaire. (88)

Les conséquences esthétiques sur les dents définitives sont variables et nombreuses :

- défaut de structure de l'émail (hypoplasie, colorations...)
- dilacérations coronaires
- troubles de l'éruption (ectopie, sidération...)

Il s'avère que les colorations et les hypoplasies sont les troubles esthétiques les plus retrouvés, 46,08% des cas. (89) (90)



*Photographie 14 : Défaut de structure de l'émail sur dent définitive suite à un traumatisme sur dent temporaire.
(Courtoisie Dr P.Rouas)*

Une étude rapporte que la fréquence des anomalies du développement des dents permanentes est liée à l'âge du patient au moment du traumatisme. (88) Ce pourcentage diminue avec l'âge car la formation de la couronne de l'incisive centrale maxillaire se termine aux alentours de 4 ans ce qui explique le moindre risque de séquelles à partir de cet âge.

	Avant 2 ans	3-4 ans	5-6 ans
% séquelles incisive centrale supérieure	63	53	24

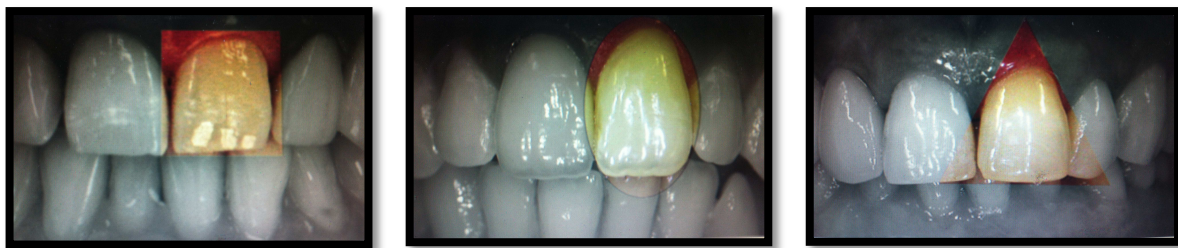
*Tableau 1 : Pourcentage de séquelles en rapport avec l'âge de survenue du traumatisme.
(88)*

2.2 La prise en charge de la traumatologie dentaire : aspects esthétiques.

2.2.1 Notions générales

➤ La forme des dents.

Il existe trois formes de base pour les dents naturelles : carrée, ovale et triangulaire souvent en rapport avec la forme générale du visage. Il faut respecter cet aspect général de la dent pour une intégration optimale de la restauration. (91)



Photographies 15 : de gauche à droite : forme des dents : carrée, ovale, triangulaire (91)

➤ La dimension des dents

S'agissant de l'incisive centrale maxillaire : elle est en moyenne de 8,5 mm de largeur sur 10,4 mm de longueur pour la partie coronaire mais l'essentiel est d'avoir des proportions largeur-longueur équilibrées.

Si l'incisive a une largeur supérieure à 85% de sa longueur, on aura une dent d'aspect carré, et si elle a une largeur inférieure à 65% de sa longueur l'incisive paraîtra très longue. (92) Il faut trouver les proportions idéales et s'accorder aux dents controlatérales pour un résultat esthétique.

➤ La couleur

L'étude de la couleur fait partie intégrante des connaissances de base de la dentisterie esthétique, l'objectif étant d'harmoniser les restaurations avec les dents naturelles. (93)

Il existe trois dimensions de la couleur qui sont par ordre d'importance, la luminosité, la saturation et la teinte.

La luminosité correspond à la quantité de lumière réfléchi par un objet ou à la quantité de blanc contenue au sein d'une couleur. Plus un objet réfléchit la lumière plus il est lumineux et plus un objet absorbe la lumière, plus il est sombre. C'est le facteur essentiel à prendre en compte lors d'une restauration.

La saturation est la quantité de pigment contenue dans une couleur. Elle correspond à l'intensité ou à la pureté de la teinte. Au sein d'une dent, c'est la dentine qui détermine la saturation ainsi que l'épaisseur et la translucidité de l'email.

La teinte ou tonalité chromatique dépend de la longueur d'onde de la lumière réfléchi par un objet. Pour les dents, les dominantes sont : le rouge-brun puis le jaune-orangé.

Il existe des dimensions complémentaires de la couleur pour la dent naturelle dues à sa complexité et à sa nature stratifiée :

La translucidité qui est la capacité d'un corps à laisser passer la lumière ; c'est l'épaisseur et la luminosité de l'email qui font varier la translucidité.

La fluorescence qui est la capacité de transformer la lumière en radiation visible de plus grande longueur d'onde, la dent jeune de l'adolescent a un caractère fluorescent qui diminue avec le temps et avec la minéralisation de la dentine. Les dents naturelles ont une fluorescence blanc-bleutée.

L'opalescence qui est un effet optique présent principalement sur la partie incisale de la dent jeune ; c'est un reflet gris bleu. C'est la réflexion des ondes courtes de la lumière caractéristique des dents jeunes à email épais et peu usé. (23)

➤ L'état de surface

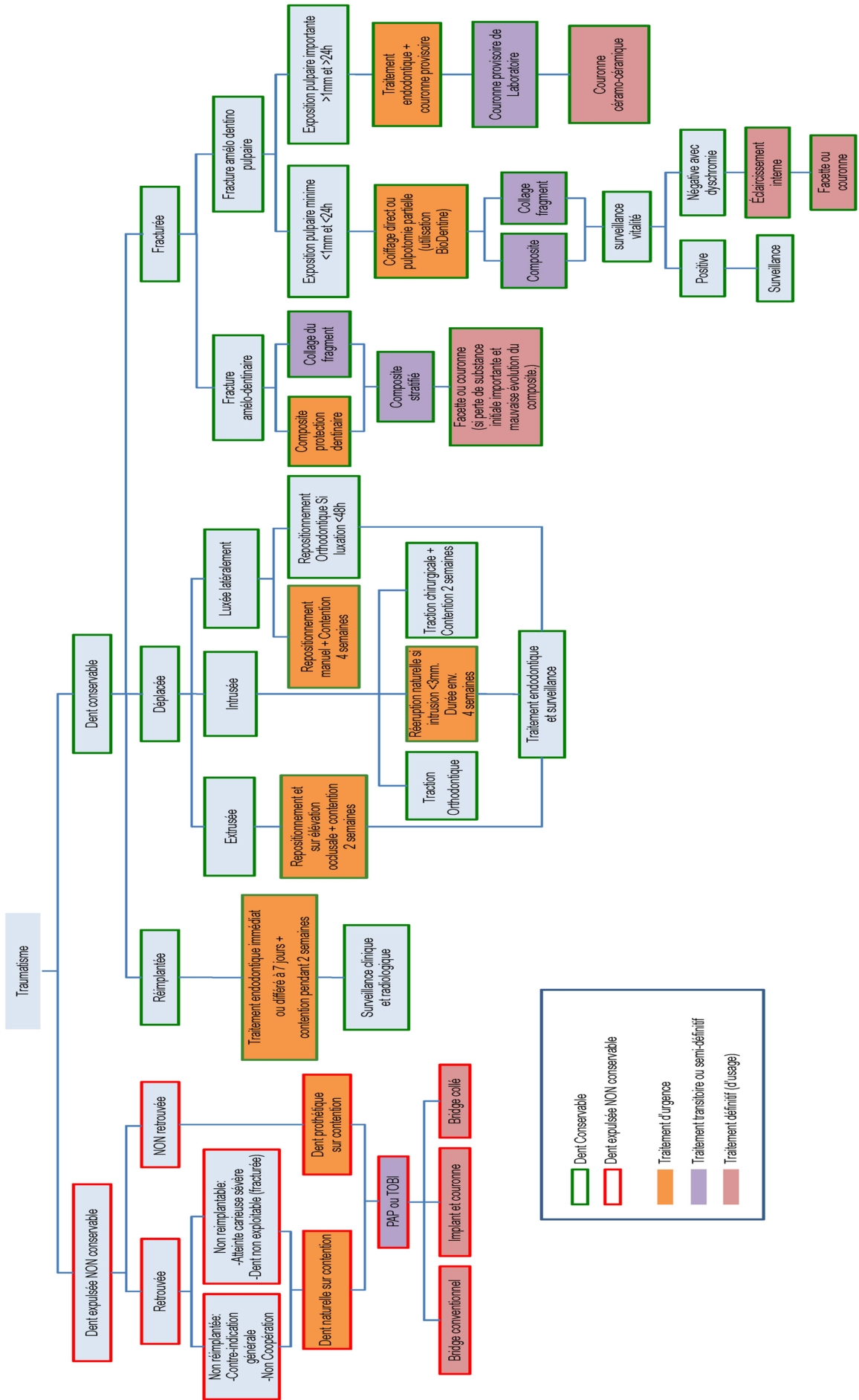
L'état de surface s'il est lisse, réfléchit la lumière alors qu'un état de surface rugueux donnera une lumière diffuse. Les dents jeunes ont un aspect de surface brillant avec des microgéographies comme les dépressions, les reliefs, les fossettes, les perichématies et des macrogéographies avec des lobes et des sillons marqués. Ces irrégularités disparaissent avec l'âge et avec l'usure abrasive et érosive qui conduit à une dent d'aspect lisse et luisant.

Les caractérisations sont également importantes à retranscrire pour un résultat esthétique optimal ; chez le jeune, on retrouve par exemple des tâches blanches opaques et des effets nuageux ou laiteux.

Prendre en compte ces quatre facteurs pour la réalisation des restaurations est indispensable mais il faudra tout de même s'adapter en fonction du sexe, de l'âge et de la personnalité de l'adolescent et se baser sur les dents restantes pour inclure la restauration dans le sourire de manière discrète et esthétique.

2.2.2 Arborescence de la prise en charge esthétique en traumatologie

Nous allons présenter la prise en charge des traumatismes dentaires ayant des conséquences sur l'esthétique, abordées au préalable. Dans le but d'obtenir une vision globale et claire, une arborescence a été élaborée. Dans ce cas il faut considérer la prise en charge au cabinet dentaire d'un adolescent de 13 ans ayant subi un traumatisme sur une incisive maxillaire. (94) (95) (96) (97)



Avant toute mise en place de thérapeutique définitive chez l'adolescent, il faudra attendre la fin de la croissance et une distance inter canine fixe pour éviter une réintervention ultérieure et obtenir des résultats esthétiques satisfaisants. Il est difficile de donner un âge précis car chaque individu a une croissance différente mais chez la fille les traitements d'usage peuvent être débutés à partir de 16 ans et chez les garçons à partir de 18 ans. (98) Bien entendu ce ne sont que des âges approximatifs, c'est au chirurgien-dentiste de déterminer le moment idéal pour que son traitement soit pérenne. Dans l'attente des traitements définitifs, il est primordial de mettre en place des thérapeutiques transitoires (présentées dans l'arborescence) qui maintiennent l'esthétique avec des délais de prise en charge les plus favorables possibles afin de diminuer au maximum le préjudice esthétique immédiat.

Les traumatismes du fait de leur fréquence et de leur gravité engendrent des conséquences néfastes sur l'esthétique des jeunes patients. La place des chirurgiens-dentistes est alors capitale pour les aider à retrouver un sourire harmonieux et une confiance en eux. La prise en charge nécessite une collaboration étroite entre plusieurs spécialistes notamment le chirurgien-dentiste et l'orthodontiste.

Il faut instaurer dès l'urgence une communication efficace et une relation de confiance pour que l'adolescent comprenne la longueur du suivi des traumatismes et les objectifs à atteindre pour son bien-être. De plus, nous avons un rôle de prévention de ces traumatismes pour éviter ou amoindrir les conséquences esthétiques notamment en donnant des informations sur les conduites à tenir en urgence, sur le dépistage précoce des anomalies orthodontiques qui représentent un facteur favorisant et sur le port de protège-dents pendant les activités sportives à risque. (84)

3^{ème} partie :

**LES LIMITES AUX SOINS ESTHETIQUES
CHEZ L'ADOLESCENT**

Les soins dans le but d'améliorer l'esthétique ne sont pas toujours consentis ou possibles en raison de nombreuses limites qui sont fonction de chaque individu et de ses particularités. Nous pouvons tout de même dégager deux grandes notions qui nous empêchent de maintenir ou de recréer l'esthétique : une subjective, le comportement de l'adolescent ; et l'autre objective, les aspects médico-légaux et financiers.

1. Le comportement de l'adolescent

1.1 Relation adolescent-praticien-parents

La relation adolescent-praticien s'instaure dès la première consultation qui reste le moment clef des relations futures et permet d'instaurer un climat de confiance. Cette relation inclut les parents, ou le responsable légal, qui doivent donner leur consentement éclairé quant aux soins promulgués à leur adolescent. C'est en réalité une relation triangulaire Adolescent-Praticien-Parents (99) en raison de l'âge de l'adolescent, qui sur le plan légal n'est pas majeur et n'a pas le pouvoir de décision. Mais l'adolescent est un individu pourvu d'une capacité de raisonnement et de déduction, il faut le considérer comme tel et l'inclure dans la prise de décision du plan de traitement. (100)

La difficulté pour le praticien dans cette relation à trois est de pouvoir comprendre, intégrer et responsabiliser l'adolescent et de trouver la place adéquate pour les parents afin qu'ils n'interfèrent pas dans le bon déroulement des soins.

1.1.1 Attitudes de l'adolescent

Le praticien se retrouve face à un adolescent, donc un individu en changement qui peut avoir des attitudes diverses et non spécifiques. Il faudra y être attentif et les analyser pour s'y adapter, dès le premier contact et tout au long des soins, sinon ces comportements peuvent être des freins à la thérapeutique et biaiser la relation.

L'adolescent introverti montre des signes de timidité, de réserve, de passivité, et peut avoir des difficultés de communication et d'expression. (101)

Ces adolescents sont très observateurs. Afin d'instaurer une relation de confiance et une communication il faudra tenter de comprendre d'où vient ce comportement :

- Un trait de personnalité,
- Un refus de la rencontre,
- Une situation de mal-être,
- Une peur du jugement et du regard des autres.

L'adolescent extraverti est souvent très curieux, dynamique et hyperexpressif. Il pose beaucoup de questions et peut parfois tester le praticien en le provoquant pour chercher ses limites. Il est important face à cette situation de cadrer l'adolescent, de répondre à ses questions en les hiérarchisant et de montrer que nous sommes différents de l'autorité parentale. (102)

1.1.2 Attitudes du praticien

Le praticien a souvent peur de l'adolescent autant que l'adolescent a peur du dentiste en raison des images plutôt négatives associées à cette période de vie. L'adolescent est perçu comme un patient difficile. (101) Les stéréotypes attribués à l'adolescence sont : l'insouciance, l'impulsivité, le sentiment d'immortalité, le mal-être, la révolte. (102) Toutes ces représentations ne facilitent pas l'approche et empêchent parfois l'instauration d'une relation de confiance. C'est pourquoi, pour appréhender l'adolescent, il faut avoir une connaissance de son développement cognitif et affectif et de ses comportements pour mieux les anticiper. (103) La connaissance permet de diminuer la peur, car l'inconnu, par nature, peut générer des angoisses.

Ainsi, connaître les mécanismes propres à l'adolescent permet au praticien de le considérer comme une personne à part entière avec ses particularités et d'adopter une attitude empathique, à la bonne distance et non complaisante. Il est par cela différent de l'autorité parentale et pourra informer, conseiller et guider son jeune patient dans le but de l'aider à se sentir en sécurité et à prendre la meilleure décision pour sa santé et son bien-être.

Dès le premier contact le praticien doit être à l'écoute, disponible, accessible, rassurant, calme et bienveillant. La question du tutoiement se pose, même si les adolescents préfèrent être tutoyés cela doit se faire avec un respect certain et sans familiarité. (104)

Le vocabulaire du praticien devra être adapté pour une meilleure compréhension sans pour autant infantiliser. Il ne faut pas hésiter à reformuler en essayant de cadrer, de synthétiser et de résumer. La moralisation et les moqueries sont à éviter car ce sont des situations mal vécues pour l'adolescent. (105)

Le praticien doit veiller à ce que l'adolescent se situe au centre de la consultation, doit l'impliquer pour le pousser vers plus d'autonomie et lui faire comprendre qu'il est acteur dans la réussite de sa prise en charge, en laissant une juste place aux parents. (104) Un contrat de soin peut être mis en place avec l'adolescent dans cette optique et afin de concrétiser la relation de confiance. De plus le renforcement positif est très important dans la notion de valorisation et d'implication de l'adolescent ainsi que l'autocontrôle pour le responsabiliser. (106)

L'adolescent souhaite des rapports d'égal à égal, il est souvent mal perçu que le praticien veuille établir un rapport dominant dominé. Le praticien doit s'imposer en restant abordable pour l'adolescent pour éviter d'instaurer une relation conflictuelle. (101)

« Par-dessus tout, il faut leur inspirer confiance afin de pouvoir intervenir auprès d'eux d'une façon qu'ils acceptent ; et la première condition en sera de les regarder avec sympathie. Ils ont un instinct très sûr pour discerner les prévenances banales de l'intérêt réel et profond qu'on leur porte. » (107)

1.1.3 Attitudes des parents

Les parents sont souvent les précurseurs de la consultation esthétique, ils sont accompagnants dans 86% des cas chez l'adolescent de 12 à 15 ans et dans 42% des cas chez l'adolescent de 16 à 19 ans. (102) Ils peuvent avoir un rôle positif et renforçateur mais également négatif en gênant le début et la progression d'un traitement. Dans la plupart des cas, les parents veulent être présents avec l'adolescent au cours des soins dentaires et d'autant plus lors de situation d'urgence, comme celles traumatiques. Ils pensent que leur enfant se sentira mieux et eux aussi. (108) Mais il faut tempérer cette demande et observer la relation adolescent/parents pour adapter notre comportement et donner aux parents la place qui leur convient au sein de la prise en charge de l'adolescent. (104)

Il existe plusieurs comportements « type » des parents qui sont à nuancer : (100)
Les parents permissifs : trop de laisser-aller face à leur adolescent. Ils n'ont plus d'autorité et ne pose pas de limites.

- les parents protecteurs : souvent très anxieux et trop envahissants.
- les parents qui tergiversent : une demande d'information excessive et pas toujours justifiée.
- les parents au comportement négligent : portent peu d'intérêt à leur enfant et aux traitements esthétiques qui leur sont proposés.
- les parents trop pressés : souhaitent que tout aille vite au détriment du résultat esthétique.

Il faut être vigilant, face à des parents trop envahissants ou trop angoissés et ne jamais complètement les écarter. Il est nécessaire de les impliquer à un moment ou à un autre dans la consultation tout en préservant le caractère de confidentialité avec l'adolescent. (102)

Pour réussir à gérer la place des parents, la solution est d'aborder la question de leur présence ou non avec eux, et de leur faire comprendre que ce n'est pas une mise à l'écart mais une distance nécessaire pour le bon déroulement des soins et un meilleur vécu pour l'adolescent. Les arguments en faveur de cette distance sont :

- l'inconfort de leur présence pour le praticien,
- la distraction de l'adolescent pendant les soins,
- l'interférence dans la relation adolescent/praticien,
- leur anxiété qui peut se répercuter sur l'adolescent et avoir une influence néfaste.

Ainsi les praticiens sont de plus en plus nombreux (75%), depuis les années 80, à limiter la présence des parents au cours des soins. (103)

1.2 Motivation et intérêt

La motivation et les intérêts que portent les adolescents à leur esthétique sont variables, peuvent évoluer avec le temps et représenter des limites dans l'accomplissement de nos thérapeutiques esthétiques.

La motivation d'un point de vue psychologique est un « terme général qui englobe tout ce qui pousse l'individu vers certains buts, certaines orientations, certaines finalités en des comportements adaptés à ces aspirations ». (109)

1.2.1 Avant le traitement

L'adolescence est la période où le recours aux soins est le plus faible en raison du côté abstrait que représentent les pathologies et leurs traitements. (106) De plus les motivations de l'adolescent sont rarement avérées. Certes, certains adolescents sont demandeurs de soins mais la plupart ne sont pas les précurseurs de la mise en place d'un traitement. La majorité du temps ils ne choisissent ni leur chirurgien-dentiste ni le fait de venir se faire soigner, mais subissent l'influence de leurs parents, ce qui ampute largement leur motivation. Le retentissement sur leur investissement sera important, surtout quand la dysharmonie esthétique n'est ressentie que par les parents ou l'entourage. Pour tenter de remédier à cela il faut impliquer l'adolescent dans sa démarche de soins, il peut être conseillé de le laisser choisir lui-même son chirurgien-dentiste et le moment pour débiter le traitement. (110) En fait, l'adolescent a besoin de se sentir maître de ses choix pour s'opposer au sentiment d'insécurité que lui procure le manque de contrôle qu'il a sur son corps. C'est une compensation qui lui permet de se sentir indépendant.

Dans certains cas l'adolescent peut montrer un désintérêt total et refuser complètement les soins. Le refus de soins peut être une marque d'opposition et de révolte liées à la période adolescente. (101) Il ne faut pas forcer l'adolescent à se faire soigner mais lui faire comprendre que cela est dans son intérêt futur et qu'il aura peut être des regrets plus tard de ne pas avoir eu l'envie ou le courage de débiter un traitement. S'appuyer sur des exemples concrets et imaginer notre argumentation, en laissant suggérer que l'esthétique importe inconsciemment dans l'évolution psychique et pas simplement sur le plan physique, est une façon de simplifier le message que l'on souhaite faire passer.

De plus avant un traitement orthodontique, il faut aider l'adolescent à évaluer le bénéfice/risque de la mise en place d'une thérapeutique. S'il ne peut pas pour des raisons d'indication ou des raisons financières avoir recours à un traitement « esthétique » orthodontique (lingual, Invisalign), il sera dans l'obligation de faire un traitement classique. Les brackets et les extractions par exemple, engendrent un préjudice esthétique temporaire pour obtenir une amélioration de l'esthétique globale et durable. Cela peut gêner l'adolescent mais il doit mesurer les bénéfices esthétiques obtenus à long terme. Actuellement, la plupart des adolescents sont en traitement d'orthopédie dento-faciale et en bénéficiant est une marque d'appartenance à la tribu adolescente.

1.2.2 Pendant le traitement

Que ce soit en orthopédie dento-faciale ou en traumatologie, les traitements sont souvent longs avec un suivi régulier et fastidieux pour l'adolescent. De plus les résultats esthétiques ne sont pas immédiats. Tous ces paramètres font que l'adolescent, même motivé au départ, peut montrer des signes de lassitude et une baisse d'intérêt pour son propre traitement. (111) Cela peut se manifester par des absences aux rendez-vous, un manque d'hygiène important ou par le souhait d'interrompre son traitement ce qui met en péril les objectifs esthétiques initiaux.

Différentes situations mènent à un manque de motivation :

- un ressenti d'impuissance ou d'incapacité à influencer le traitement,
- un manque de compréhension de l'intérêt et de la signification du traitement,
- un sentiment d'isolement social,
- un manque d'implication dans le traitement par exclusion lors des choix thérapeutiques. (112)

Pour éviter d'atteindre ces situations, il faut maintenir la motivation en sachant qu'elle dépend d'un individu dans son contexte.

Il est important de définir des objectifs de traitement avec l'acceptation de l'adolescent ; cela permet de fixer un but à atteindre et donc d'entretenir sa motivation. Ils peuvent même être divisés en objectifs intermédiaires afin de préserver l'intérêt tout au long du traitement. Les bilans permettent de mettre en évidence les progrès accomplis s'il y en a, par exemple, en matière d'hygiène et favorisent le renforcement positif. (113) La satisfaction du praticien se transmet à l'adolescent.

L'information est également primordiale et influe sur la motivation dans la mesure où elle permet de lever les appréhensions et les inquiétudes du patient face à l'inconnu du traitement. (114) Si l'information est claire et appropriée voire répétée pour une meilleure intégration, elle sera comprise et permettra à l'adolescent de donner un sens à son traitement. (115)

1.3 Anxiété et troubles du comportement au fauteuil

L'anxiété et les troubles du comportement sont fréquemment présents au cours de la consultation dentaire. Ce sont « des facteurs majeurs de l'évitement des soins dentaires et de la négligence de la santé orale » (116) Ils ont donc un impact négatif sur la réalisation de soins esthétiques et les rendent parfois même impossibles.

Il faut une prise en charge globale et immédiate pour tenter de lever ces appréhensions et essayer de donner un cadre de soins favorable à l'adolescent.

Les inquiétudes et les craintes sont présentes en raison de l'importance que l'on confère à la bouche, zone du corps très personnelle avec une charge émotionnelle et symbolique. Il est nécessaire pour l'adolescent d'accorder une totale confiance au praticien pour lui permettre de réaliser des améliorations esthétiques. (101)

De plus l'anxiété se développe face à l'incertitude d'une situation et à l'appréhension que peuvent générer les soins dentaires. (100) Les étiologies de l'anxiété sont multiples et dépendent de l'âge, du vécu et des expériences, du tempérament, de l'environnement familial et social et des conditions des soins dentaires (image du chirurgien-dentiste, douleur, odeurs, bruits). La douleur reste l'élément majeur dans le début de l'anxiété dentaire. (116)

L'anxiété est en fait un état de trouble psychique causé par le sentiment de l'imminence d'un évènement fâcheux ou dangereux, s'accompagnant souvent de phénomènes physiques. (31) Il faut les observer et évaluer le comportement de l'adolescent.

On peut retrouver comme manifestations de l'anxiété : des gestuelles particulières (la tête dans les épaules, mains crispées, jambes pliées, lèvres pincées), des comportements de fuite, d'agressivité s'accompagnant de dyspnées, de sueurs. Chez l'adolescent, l'anxiété se manifeste davantage par l'évitement des soins que par le refus. (116)

Même si les thérapeutiques esthétiques peuvent être demandées par les adolescents, l'anxiété peut freiner leur réalisation. Il faut donc créer une alliance thérapeutique favorable à la mise en place de soins. Pour cela il faut adopter une attitude empathique, savoir écouter, apaiser et informer. La communication, verbale et non verbale, a toute son importance dans cette démarche. Les moyens de communication peuvent être variés, une étude récente (117) a montré que l'information audiovisuelle à l'aide de DVD ajoutée à une information verbale contribue à diminuer l'anxiété des patients avant un traitement orthodontique.

Quand l'adolescent présente un niveau d'anxiété plus élevé, on peut également mettre en place des thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Les techniques les plus souvent décrites sont la relaxation avec des exercices de respiration et de distraction, l'exposition prolongée qui permet de graduer les soins et de répéter des situations simples non anxiogènes. La désensibilisation et l'entraînement à l'affirmation de soi visent à aider l'adolescent à mieux appréhender la situation de soin, avec plus de confiance et de sérénité. (100) L'hypnose est également une solution : elle permet d'atteindre un état de conscience modifié et représente une alternative aux solutions médicamenteuses pour gérer les adolescents anxieux. (118) Une étude sur le suivi à trois ans de trois groupes de patients ayant une anxiété sévère face aux soins dentaires et traités par hypnothérapie, thérapie de groupe ou désensibilisation systématique a montré que le suivi régulier des soins dentaires avait été maintenu respectivement pour 54,5%, 69,6% et 65,5% des patients dans chaque groupe. (119)

Ces techniques peuvent être complétées par des moyens de sédation : prémédication sédatrice (hydroxyzine, benzodiazépines) et sédation consciente par inhalation d'un mélange oxygène-protoxyde d'azote.

Nous avons à ce jour à notre disposition des moyens pour essayer de lever cette limite aux soins esthétiques qu'est l'anxiété y compris dans l'urgence lors d'un traumatisme par exemple ; il faut laisser le temps à l'observation et au dialogue appropriés.

1.4 Pathologies

« Les personnes ayant des besoins spécifiques en santé orale sont celles pour lesquelles une déficience ou une limitation de l'activité altère directement ou indirectement la santé orale, dans le contexte personnel ou environnemental propre à l'individu». (120)

Il est vrai que pour les adolescents, les pathologies physiques ou mentales rendent difficiles les soins esthétiques ainsi que le suivi. La santé bucco-dentaire s'aggrave chez les adolescents handicapés d'un facteur 3,5. (121)

Concernant les psychopathologies déjà décrites en première partie, il faut différencier : les états de crise « normaux » de l'adolescent, qui correspondent à une extériorisation momentanée (expérience toxique, fugue, tentative de suicide), des signes des premiers symptômes d'une souffrance grave de la personnalité. (4) Il y aura dans les deux cas des conséquences sur notre prise en charge, mais elles seront d'autant plus importantes face à de vraies psychopathologies, notamment en matière d'esthétique.

Les principales limites à la réalisation de soins esthétiques chez l'adolescent présentant des handicaps physiques, des troubles cognitifs ou des maladies mentales, sont la non-coopération et le manque d'hygiène quotidienne.

En effet la majorité des personnes dépendantes présente une hygiène buccale défaillante. « En raison d'une altération de l'image corporelle, d'une déficience neuromotrice, d'une incapacité à donner du sens aux soins d'hygiène, d'une hypersensibilité buccale et d'un manque d'apprentissage ou d'équipement adapté, ces personnes ne peuvent assumer seules leur hygiène dentaire quotidienne de manière efficace. » (121) Le recours à une tierce personne et l'utilisation d'une brosse à dents électrique peuvent être des solutions, quand cela est possible, pour faciliter l'hygiène quotidienne. (122)

Concernant la coopération, elle peut être améliorée grâce aux méthodes précédemment décrites pour les personnes atteintes de troubles anxieux, auxquelles on peut ajouter l'anesthésie générale. C'est une solution indispensable dans certaines situations, en l'occurrence, lorsque la coopération est nulle. Mais l'anesthésie générale reste incompatible avec la réalisation de soins esthétiques nécessitant plusieurs séances.

Donc le handicap représente un des freins les plus importants pour la réalisation d'actes esthétiques. En effet les traitements prothétiques avec empreintes, et les traitements d'orthodontie sont les plus rarement effectués chez les personnes en situation de handicap. (121) Une étude valide cette théorie et montre que sur 4092 enfants et adolescents présentant une dysmorphie sévère, 91,3% n'avaient pas de traitement en cours. (123)

2. Aspects médico-légaux et financiers

2.1 En orthodontie

Les traitements d'orthodontie et/ou d'orthopédie dento-faciale nécessitent une demande d'accord préalable qui doit être acceptée par la Caisse d'Assurance Maladie et qui est valable six mois, les soins doivent donc être débutés dans les six mois suivant cet accord. Une nouvelle demande doit être réitérée tous les six mois, sachant que chaque patient a droit à six semestres de traitement actif, puis à deux années de contention ou de stabilisation de traitement.

La prise en charge par l'Assurance Maladie est possible sous réserve d'obtenir l'accord préalable et elle couvre les traitements de l'enfant et de l'adolescent s'ils sont commencés avant le seizième anniversaire. (124)

Il existe un recours exceptionnel pour une prise en charge chez les adolescents de plus de 16 ans dans le cas d'un traitement associant chirurgie et orthodontie et cela concerne un seul semestre non renouvelable.

Certaines situations peuvent poser problème et limiter la possibilité de réalisation de soins dans le but d'améliorer la fonction et l'esthétique :

- Une prise de conscience trop tardive (après seize ans) de la dysmorphose et du mal-être subséquent et donc une prise en charge impossible s'il existe des difficultés financières, d'où l'importance du dépistage chez le plus jeune, surtout grâce au chirurgien-dentiste traitant qui doit orienter le patient vers des soins d'orthodontie si cela est nécessaire et l'informer des conditions de prise en charge.
- Une coopération inexistante qui peut s'améliorer avec l'âge et donc après seize ans en raison d'une progression des capacités d'adaptation aux contraintes notamment chez les adolescents atteints de pathologies mentales ou physiques.

Concernant les remboursements, les actes inférieurs à 120 euros sont remboursés à 70% et les actes supérieurs à 120 euros à 100% sur une base de tarifs dits « de responsabilité » toujours très inférieurs au coût réel. L'orthodontiste a en effet la possibilité de fixer lui même ses tarifs avec « tact et mesure » et doit en informer le patient grâce à un devis écrit préalable.

Ainsi chaque semestre de traitement actif est remboursé 193,50€ par la Caisse d'Assurance Maladie ; le reste est à la charge du patient ou éventuellement pris en charge totalement ou partiellement par une mutuelle ou assurance complémentaire spécifique de chaque patient. (124) Ces modalités de remboursement et les différences de prise en charge par les mutuelles complémentaires peuvent limiter la mise en place de traitements plus esthétiques chez l'adolescent comme les bagues céramiques, le traitement lingual ou l'invisalign. Ils s'avèrent plus coûteux que les traitements classiques avec une différence variable selon chaque structure de soin.

L'aspect financier reste une limite possible à la mise en place d'un traitement orthodontique en général et aux solutions plus esthétiques. Pourtant d'un point de vue acceptation et vécu du traitement pour l'adolescent, ce sont des solutions plus discrètes voire invisibles, qui peuvent permettre une meilleure adhésion et un meilleur suivi.

2.2 En traumatologie

Lorsqu'un adolescent se présente en consultation avec un traumatisme bucco-dentaire, le réflexe pour le praticien doit être de rédiger un certificat médical initial (CMI). C'est un élément de base pour toute suite juridique. (84) Il doit être précis et contenir des informations claires :

- la date et le lieu
- les circonstances de l'accident
- l'examen clinique complet et l'examen radiologique
- les traitements immédiats
- le pronostic à plus ou moins long terme
- les préjudices subis.

MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL

Docteur :

Adresse :

Ville :

Date :

Je soussigné(e) certifie avoir examiné ce jour.....

à heures minutes accompagné(e) dele (la) jeune
âgé (e) de

Au dire de Cet enfant a été victime d'un accident le
..... à heures minutes en milieu (scolaire, sportif, familial)

Je constate :

Tissus externes : Blessures, cicatrices, points de sutures nécessaires ou non

Tissus mous : Lèvres, langue, gencive (hématomes ou oedème)

Tissus durs : Fractures osseuses ou alvéolaire éventuelles

Ouverture buccale : Normale, limitée et/ou déviée

Schéma dentaire : Entourer les dents présentes et en rouge, les dents intéressées par le traumatisme

18 17 16 15 14 13 12 11
55 54 53 52 51

21 22 23 24 25 26 27 28
61 62 63 64 65

75 74 73 72 71
48 47 46 45 44 43 42 41

81 82 83 84 85
31 32 33 34 35 36 37 38

Occlusion : Classe d'Angle

Lésions dentaires : Description détaillée dent par dent, en précisant la classification utilisée

Traitement immédiat : Traitement dentino-pulpaire, traitement pulpaire, contention

Traitement à moyen terme : Traitement endodontique, traitement orthodontique, reconstitutions et/ou prothèses temporaires

Traitement à long terme : Prothèses envisagées, implants

Pronostic du traumatisme : Dans le cas particulier des traumatismes en denture temporaire, il faut envisager la perte de l'intégrité de la dent succédantelle.

Préjudice subis : Il y a ou il n'y a pas : D'incapacité totale temporaire, de préjudices esthétiques, de préjudices fonctionnelles

Certificat remis en mains propres a M, pour faire valoir ce que de droit.

Signature

Figure 3 : Exemple de CMI (84)

Une étude montre que les traitements des traumatismes dentaires peuvent induire des difficultés financières, limitant leur réalisation et laissant le patient dans l'impossibilité de se soigner. (74) Ces difficultés génèrent un défaut de prise en charge et un obstacle à la mise en place de traitements esthétiques, d'où l'importance du CMI qui doit être rédigé chaque fois que l'on constate un traumatisme pour permettre une déclaration aux assurances et une éventuelle prise en charge. L'Assurance Maladie précise que les accidents du travail (rares chez l'adolescent) et causé par un tiers nécessite un CMI et une déclaration auprès de la Caisse d'Assurance Maladie dans les 15 jours suivant l'accident. Cette déclaration permettra de se retourner vers la compagnie d'assurance de la personne responsable pour obtenir un remboursement des frais engagés pour les soins.

L'accident causé par un tiers, plus fréquent chez l'adolescent, est un accident provoqué, volontairement ou non par une autre personne ; un particulier (personne physique), une entreprise ou une administration (personne morale). Par exemple une agression avec coups et blessure, un accident de la circulation, sportif ou scolaire. (124)

Dans ces cas d'accidents causés par un tiers, les assurances du responsable remboursent l'Assurance Maladie des soins nécessaires suite aux conséquences de l'accident, et peuvent rembourser des frais de santé non couverts par l'Assurance Maladie voire même indemniser pour les préjudices subis.

Des aides exceptionnelles peuvent être demandées auprès de l'Assurance Maladie et des Conseils Généraux. Il faut en informer nos patients pour qu'ils aient recours à des soins rétablissant la fonction et l'esthétique et pour que les conséquences soient les plus faibles possibles même avec des moyens financiers limités.

CONCLUSION

Adolescence et esthétique sont donc des termes liés d'un point de vue psychologique et odontologique.

Nous avons, tout au long de ce travail, essayé de montrer l'importance de l'esthétique dentaire pendant la période adolescente.

Nous avons pu observer plusieurs cas, dans lesquels le praticien a besoin de rétablir ou de maintenir l'esthétique chez ce jeune patient. D'un point de vue purement physique, il procure une amélioration de l'harmonie du visage et du sourire mais le praticien doit être conscient qu'il apporte aussi un bien-être du point de vue psychologique. En effet, l'adolescent a besoin de se sentir heureux de vivre pour pouvoir se développer et se sociabiliser ; cela participe à l'accession à la maturité et à l'indépendance. Or l'esthétique est un paramètre qui influence positivement l'estime de soi et la confiance et, dans notre société, elle est survalorisée.

Il faut donc essayer de la recréer, de la restaurer et de la conserver même au travers de traitements transitoires chez l'adolescent et malgré l'existence de certaines limites.

Permettre à nos patients adolescents de retrouver l'aspect d'un beau sourire en harmonie avec leur visage et leur personnalité et les aider à acquérir une image qui leur correspond doit rester une priorité dans notre pratique quotidienne.

Bibliographie

1. Lavenere A. Contribution à l'étude de la psychologie de l'adolescent en odontologie [Th D Odontologie]. Toulouse 3; 1988.
2. Jeammet P. L'histoire de l'adolescent 1/4 (interview France Culture) [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 1]. Available from: <http://www.franceculture.fr/personne-philippe-jeammet.html>
3. Coslin P. Psychologie de l'adolescent. 3eme édition. Paris: A. Colin; 2010.
4. Bizouard P. Puberté normale et pathologique. Développement psychologique à l'adolescence. [Internet]. [cited 2013 Jan 1]. Available from: <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/16.%20PUBERTE%203-38.pdf>
5. Goust F. L'adolescent dans le monde contemporain. Paris: Bloud & Gay; 1946.
6. Marcelli D, Braconnier A, Widlöcher D. Psychopathologie de l'adolescent. Paris; Milan; Barcelone: Masson; 1992.
7. Ariès P. L'enfant et la vie familiale sous l'ancien regime. Paris: Éditions du Seuil; 1975.
8. Pouquet M. L'Adolescent et la psychologie. Paris: L'Harmattan; 1997.
9. Donabedian DA. L'adolescent et son corps. Paris: Presses universitaires de France; 2012.
10. Sullivan P. Introduction à la psychopathologie de l'adolescent. Paris: Dunod; 2012.
11. Debesse M. L'adolescence. Paris: Presses universitaires de France; 1993.
12. Emmanuelli M. L'adolescence. Paris: Presses universitaires de France; 2009.
13. Chabrol H. Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent. Paris: Dunod; 2011.
14. Delaroche P. L'Adolescence: enjeux cliniques et thérapeutiques. Paris: Nathan; 2000.
15. Alvin P, Archambeaud M-P. Anorexies à l'adolescence. Paris: Doin; 1996.
16. Marcelli D, Cardon A, Loubeyre JB. Les états dépressifs à l'adolescence. Paris: Masson; 1995.

17. Dolto F, Dolto-Tolitch C, Percheminier C. Paroles pour adolescents ou Le complexe du homard. Paris: Hatier; 1990.
18. Vigier S. Estime de soi, image du corps et corpulence dans une population d'adolescents aquitains [Th D Odontologie]. Bordeaux 2; 2008.
19. Birraux A. Le corps adolescent. Paris: Bayard; 2004.
20. André C, Lelord F. L'estime de soi: s'aimer pour mieux vivre avec les autres. Paris: O. Jacob; 2011.
21. Harter S. Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. Baumeister. New York; 1993.
22. L'image du corps est une construction sociale [Internet]. [cited 2013 Jan 9]. Available from: http://www.marianne.net/L-image-du-corps-est-une-construction-sociale_a176712.html
23. Paris J-C, Faucher A-J. Le guide esthétique: comment réussir le sourire de vos patients. Paris: Quintessence international; 2003.
24. Birraux A. L'Adolescent face à son corps. Paris: Bayard; 1994.
25. Joly Y. L'image du corps et la conscience de soi : de l'éducation somatique dans le champ psychologique [Internet]. [cited 2013 Jan 9]. Available from: http://fr.yvanjoly.com/images/f/f0/Art_imagesoi.pdf
26. Perelmuter S. L'esthétique en odontologie. Paris: S.N.P.M.D.; 1987.
27. Lejoyeux J. Les 9 clefs du visage. Paris: Solar; 1991.
28. Saint-Pierre F. La Bouche: entre plaisir et souffrance. Paris: Editions Eska; 2000.
29. Dagorrette Wenck J. Valeur esthétique et psychologique du sourire dans les rapports humain [Th D Odontologie]. Bordeaux 2; 1974.
30. Talon-Hugon C. L'esthétique. Paris: Presses universitaires de France; 2008.
31. Petit robert 2012: version fin d'année. [S.l.]: Le Robert; 2011.
32. Philippe J. Esthétique du visage [Internet]. [cited 2013 Sep 11]. Available from: <http://www.em-premium.com.ezproxy.u-bordeaux2.fr/data/traites/s7/23-11607/>

33. Lejoyeux E. Orthopédie dento-facial: une approche bioprogressive. Paris: Quintessence international; 1999.
34. Perrett D, May K, Yoshikawa S. Facial shape and judgements of female attractiveness. *Nature*. 1994;368 (6468):239-42.
35. Guth E, Bacon W. Le sourire dans la représentation de l'image de soi. *Orthod Fr*. 2010;(81):323-9.
36. Bassigny F, Canal P. Manuel d'orthopédie dento-faciale. Paris: Masson; 1991.
37. Aknin J. Croissance générale de l'enfant. EMC-Odontologie/Orthopédie dentofaciale. 2008;(23-450-A-10).
38. Morgon L, Béry A. Examen de la denture. EMC-Odontologie/Orthopédie dentofaciale. 2005;(23-460-D-10).
39. Amoric M. Décisions et choix thérapeutiques en orthodontie. EMC-Odontologie/Orthopédie dentofaciale. 2012;(23-490-A-10).
40. Phillips C, Griffin T, Bennett E. Perception of facial attractiveness by patients, peers, and professionals. *Int J Adult Orthod Orthognath Surg*. 1995;10(2):127-35.
41. Johnston C, Burden J, Stevenson M. The influence of dental to facial midline discrepancies on dental attractiveness ratings. *Eur J Orthod*. 1999;21(5):517-22.
42. Boileau M-J. Orthodontie de l'enfant et du jeune adulte. Tome 2, Tome 2,. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
43. Lejoyeux E, Flageul F. Propositions orthodontiques classe II: situations critiques. Paris: Quintessence international; 2010.
44. Patti A. Traitement des classes II de la prévention à la chirurgie. Paris: Quintessence international; 2010.
45. Kolf J. Classe II division 1. EMC-Odontologie/Orthopédie dentofaciale. 1999;(23-472-E-10).
46. Aknin J. Traitements sans extractions. Nouvelles limites, nouveaux moyens. *Orthod Fr*. 1995;(66):635-51.
47. Dénarié S, Gebeile-Chauty S, Aknin J. Conséquences esthétiques du traitement de la classe II: étude comparative Distal Activ Concept (DAC)/ Forces Extra-Buccales (FEB). *Orthod Fr*. 2010;81 (3):209-20.

48. Vespe M. Classes III squelettiques. EMC-Médecine buccale. 2008;(28-625-V-10).
49. Salagnac JM. Traitements des classes III. Orthod Fr. 2006;(77 (2)):187-206.
50. Faure J, Bolender Y. L'appréciation esthétique sociale: revue de littérature. Rev Orthop Dento Faciale. 2004;38 (1):61-92.
51. Altuc-Atac A, Bolatoglu H, Memikoglu U. Facial soft tissue profile following bimaxillary orthognatic surgery. Angle Orthod. 2008;78 (1):50-7.
52. Desforges E, Mathis R, Wilk A. L'impact psychologique des traitements chirurgico-orthodontique. Orthod Fr. 2007;78 (2):113-21.
53. Janson G, Branco NC, Fernandes TMF, Sathler R, Garib D, Lauris JRP. Influence of orthodontic treatment, midline position, buccal corridor and smile arc on smile attractiveness: A systematic review. The Angle Orthodontist. 2011 Jan;81(1):153-61.
54. Fischer B. Asymmetries of the dentofacial complex. Angle Orthod. 1954;24 (4):179-92.
55. Beyer J, Lindauer S. Evaluation of dental midline position. Semin Orthod. 1998;4 (3):146-52.
56. Bazert C, Boileau M. Approche étiopathogénique et clinique des asymétries. Orthod Fr. 2002;73 (2):125-78.
57. Seuret O. Esthétique du sourire (Avant propos). Stratégie prothétique. 2013;13 (4):237-9.
58. Raberin M. Critères et évaluation esthétiques du visage. Orthod Fr. 1991;62 (1):21-70.
59. Favot P, Perrier d'arc G. Examen clinique de la face en orthopedie dento-faciale. EMC-Orthopedie dentofaciale. 1997;(23-460-A-10).
60. Peck H, Peck S. A concept of facial esthétique. Angle Orthod. 1970;(40):284-318.
61. Hamadou Z. Etude de la dysharmonie dento dentaire dans la population de l'est algérien [Th D Odontologie]. Sétif (Algérie); 2012.
62. Lejoyeux E. Esthétique du visage. EMC-Orthopedie dentofaciale. 2003;(1-8 (23-460-C-20)).

63. Boileau M-J. Orthodontie de l'enfant et du jeune adulte Tome 1: principes et moyens thérapeutiques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.
64. Huas F. Esthétique du sourire : combinaison de thérapeutiques esthétiques. Stratégie prothétique. 2013;13(4):241-52.
65. Beaurain mathilde. L'esthétique en orthopédie dento-faciale: le point de vue des différents protagonistes [Th D Odontologie]. Nantes; 2011.
66. Durgekar S, Nagaraj K, Vijay N. The ideal smile and its orthodontic implications. World J Orthod. 2010;11 (3):211-20.
67. Frindel F. Pour un meilleur positionnement du sourire (2ème partie). Rev Orthop Dento Faciale. 2002;36 (1):85-102.
68. Frindel F. Pour un meilleur positionnement du sourire (1ère partie). Rev Orthop Dento Faciale. 2001;35 (4):473-97.
69. Frindel F. Seize clefs pour construire un sourire jeune. Orthod Fr. 2003;74 (1):83-102.
70. Philippe J. Les dents du sourire. Rev Orthop Dento Faciale. 1987;(21 (1)):75-86.
71. Sixou JL, Robert JC. Traumatismes des dents. Cours de l'université d'odontologie de Rennes 1; 2007.
72. Bouferrache D. Conduites à tenir en traumatologie dento-alvéolaire chez l'enfant [Internet]. Lausanne; 2012 [cited 2013 Sep 26]. Available from: http://files.chuv.ch/internet-docs/dmcp/dmcp-ateliers2012-present_bouferrache.pdf
73. Charland R, Champagne M, Salvail P, Mercier R. Traumatismes des dents antérieures primaires et permanentes. Deuxième partie : Mécanismes d'action, épidémiologie,paramètres additionnels et facteurs prédisposants. Journal dentaire du Québec. 2005;42.
74. Berger T, Kenny D, Casas M. Effects of severe dentoalveolar trauma on the quality-of-life of children and parents. Dental traumatology: official publication of International Association for Dental Traumatology. 2009;25 (5):462-9.
75. Traebert J. Impact of traumatic dental injuries on the quality of life of schoolchildren. Dental traumatology: official publication of International Association for Dental Traumatology. 2012;28 (6):423-8.

76. Patel R, Tootla R, Inglehart M. Does oral health affect self perceptions parental ratings and video-based assessments of children's smiles. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35 (1):44–52.
77. Demars C, Michel A. Traumatologie de l'incisive permanente immature. *Rev Odonto Stomatol.* 1997;26 (6):235–44.
78. Naillon F, Tramba P. Traumatismes alvéolo-dentaires entre omnipratique et orthopédie dento-faciale. *L'information dentaire.* 2012;94 (20).
79. Tardif A, Misino J, Péron J-M. Traumatismes dentaires et alvéolaires. *EMC-Médecine buccale.* 2008;(28-500-G-10).
80. Filippi A, Pohl Y, Von Arx T. Comportement de la pulpe après un traumatisme dentaire: Diagnostic, conséquences, thérapie. *Rev Mens Suisse Odontostomatol.* 2001;111 (1).
81. Tsukiboshi M, Schmelzeisen R, Hellwig E. Traitements des traumatismes dentaires. Paris: Quintessence International; 2002.
82. Biagi R, Cardarelli F, Storti E, Majorana A. Multiple traumatic injury to maxillary incisors in an adolescent female: treatment outcome with two years follow-up. *Ann Stomatol.* 2012;4 (2):212–7.
83. Vlok J, Worthington E, Hindson J. Young people's perceptions of photographs of dental trauma. *Dental traumatology: official publication of International Association for Dental Traumatology.* 2011;27 (2):109–11.
84. Naulin-Ifi C. traumatismes dentaires: Du diagnostic au traitement. édition CdP. Reuil-Malmaison; 2005.
85. Hecova H, Tzigkounakis V, Merglova V, Netolicky J. A retrospective study of 889 injured permanent teeth. *Dental traumatology: official publication of International Association for Dental Traumatology.* 2010;26 (6):466–75.
86. Lee R, Barret E, Kenny D. Clinical outcomes for permanent incisor luxations in a pediatric population II. *Extrusions Dent Traumatol.* 2003;19 (5):274–9.
87. Humphreys K, Kinirons M, Welbury R. Factors affecting outcomes of traumatically extruded permanent teeth in children. *Pediatr Dent.* 2003;25 (5):475–8.
88. Ozdemir Y, Akin A, Eden E. Management of multiple sequelae in permanent dentition: 3 years follow-up. *Dental traumatology: official publication of International Association for Dental Traumatology.* 2011;(27 (1)):67–70.

89. Carvalho V, Jacomo D, Campos V. Frequency of intrusive luxation in deciduous teeth and its effects. *Dental traumatology: official publication of International Association for Dental Traumatology*. 2010;26 (4):304-7.
90. Campos V, Do Espirito santo Jacomo D. Prevalence of sequelae in the permanent anterior teeth after trauma in their predecessors: a longitudinal study of 8 years. *Dental traumatology: official publication of International Association for Dental Traumatology*. 2009;25 (3):300-4.
91. Urzal V. Relationships between teeth and adjacent structures: How to achieve more esthetic results. *International Orthodontics*. 2010;8 (2):91-104.
92. Gürel G. *The science and art of porcelain laminate veneers*. London; Chicago: Quintessence; 2003.
93. Pignoly C, Aubut V, Baixe S, Barthelemy H, Etienne O, Girard J-L, et al. Prise de teintes des techniques conventionnelles aux techniques électroniques. *Dossiers scientifiques ADF*. 2010;
94. Andersson L, Andreasen J, Day P. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dental traumatology: official publication of International Association for Dental Traumatology*. 2012;28 (2):88-96.
95. Tsilingaridis G, Malmgren B, Andreasen J, Malmgren O. Intrusive luxation of 60 permanent incisors: a retrospective study of treatment and outcome. *Dental traumatology: official publication of International Association for Dental Traumatology*. 2012;28 (6):416-22.
96. DiAngelis A, Andreasen J, Ebeleseder K. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dental traumatology: official publication of International Association for Dental Traumatology*. 2012;28 (1):2-12.
97. Miara P, Rohr M. Traitements des fractures coronaires des dents antérieures définitives. *Information Dentaire*. 2001;(17):1253-61.
98. Bartolucci EG, Mangano C. *Réussir les implants dentaires*. Paris: Masson; 2006.
99. Courson F, Landru M-M. *Odontologie pédiatrique au quotidien*. Rueil-Malmaison: Éd. CdP; 2001.
100. Malingrèy R. *Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant*. Paris; Berlin; Chicago [etc.]: Quintessence international; 2006.

101. Descamps M. Les stéréotypes dans l'image du chirurgien-dentiste. *Revue d'Odontostomatologie*. 1981;Tome X (3):207–15.
102. Mettre en oeuvre une démarche éducative avec un adolescent [Internet]. [cited 2013 Oct 22]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure-Pratique.pdf>
103. Laki K, Beslot-Neveu A, Wolikow M, Davit-Béal T. Présence des parents au cours des soins dentaires. *Archives de Pédiatrie*. 2010;17(11):1617–24.
104. De Tournemire R. L'adolescent en consultation. *EMC-Pédiatrie-Maladies infectieuses*. 2010;(4-001-C-15).
105. Belair M. Les difficultés du chirurgien dentiste devant les angoisses et les phobies de l'enfant. *Revue d'Odontostomatologie*. 1981;Tome X (3):247–52.
106. Naulin-Ifi C, Foray H. *Odontologie pédiatrique clinique*. Reuil-Malmaison: Ed. CdP : Wolters Kluwer France; 2011.
107. De la Perraudière B. Évolution psychologique de l'enfance à l'adolescence. *Archives de philosophie*. 1927;V (cahier 2):291–310.
108. Peretz B, Zadik D. Attitudes of parents towards their presence in the operatory during dental treatments to their children. *J Clin Pediatr Dent*. 1998;23 (1):27–9.
109. Hayet E. Psychologie de l'adolescent confronté au traitement d'orthopédie dento-faciale: comprendre pour améliorer le vécu du traitement [Th D Odontologie]. Bordeaux 2; 2007.
110. Voizot B. L'inquiétude de l'adolescent en situation de soins. *Rev Orthop Dento Faciale*. 1983;(17 (3)):293–300.
111. Acker V, Inzirillo C, Lefebvre B. *Ados, comment les motiver: la méthode Gordon appliquée à la réussite scolaire*. Paris: Marabout; 2000.
112. Stein E. Motivation and the orthodontic patient. *J Dent Assoc S Afr*. 1997;52 (4):217–21.
113. Mesnay W, Bourassa M. Orthopédie dento-faciale : une relation thérapeutique adaptée. *Real Clin*. 1997;8 (3):255–65.
114. White L. A new paradigm of motivation. *J Clin Orthod*. 1996;(30 (6)):337–41.

115. Rozenzweig S. Encourager la coopération des adolescents pour leur traitement orthodontique, ou la pratique d'une communication efficace. *Rev Orthop Dento Faciale*. 1991;25 (2):169–81.
116. Wolikow M. Douleur et anxiété: prise en charge chez les enfants et les adolescents. *EMC-Médecine buccale*. 2011;(28-720-K-10).
117. Strai J, Petrie A, Ryan F, Cunningham S. Assessment of the effect of combined multimedia and verbal information vs verbal information alone on anxiety levels before bond-up in adolescent orthodontic patients: A single-center randomized controlled trial. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2013;144 (4):505–11.
118. Huet A. Evaluation de l'influence de l'hypnose sur l'anxiété de l'enfant au cours d'un acte de chirurgie dentaire avec anesthésie locale [Th D Odontologie]. Rennes 1; 2006.
119. Moore R, Brodsgaard I, Abrahamsen R. A 3- years comparaison of dental anxiety treatment outcomes: hypnosis, group therapy and individual desensitization vs no specialist treatment. *European Journal of Oral Science*. 2002;110 (4):287–95.
120. Faulks D, Hennequin M. Defining the population requiring Special Care Dentistry using the International Classification of Functioning, disability and health. *Journal of Disability and Oral Health*. 2006;(7):143–52.
121. Hennequin M. Accès aux soins des personnes en situation de handicap [Internet]. 2008 [cited 2013 Oct 25]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/ap_acces_aux_soins_handicap_textes_t1.pdf
122. Almomani F, Brown C, Williams K. The effect of an oral health promotion programme for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2006;29 (4):274–81.
123. Dorin M, Moysan V, Cohen C, Collet C, Hennequin M. Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, en France. *Pratiques et organisation des soins*. 2006;37 (4):299–312.
124. L'assurance Maladie ameli [Internet]. [cited 2013 Oct 29]. Available from: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/soins-et-protheses-dentaires/traitements-d-orthodontie.php>

Objet : Demande d'autorisation de reproduction d'illustrations

Madame, Monsieur,

Je me nomme Carine CHARDAT, je termine mes études de Chirurgie-Dentaire à l'université de Bordeaux.

Actuellement, je travaille sur ma thèse d'exercice en chirurgie dentaire qui s'intitule « Adolescence et esthétique : Aspects psycho-odontologiques »

Au cours de mes recherches bibliographiques, j'ai rassemblé un grand nombre d'articles et de documents dont certains de votre édition. Je me permets de vous demander l'autorisation de reproduction de certaines photographies qui me permettraient d'illustrer ce travail.

Ma thèse se restreint à une impression strictement universitaire dans le cadre de l'obtention de mon diplôme de chirurgien dentiste et je vous assure qu'aucune publication de ces photographies n'est envisagée.

Dans l'attente d'une réponse favorable de votre part, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en mes salutations les plus respectueuses.

Carine CHARDAT

Vu,

Le Président du jury :

Vu,

Le directeur de l'UFR d'odontologie :

Vu,

Le Président de l'Université Bordeaux Segalen :

Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie Université Bordeaux Segalen

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honorée à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

