



HAL
open science

Apport de la communication centrée dans la gestion d'une première consultation d'un adolescent chez le chirurgien-dentiste : proposition d'un guide

Sophie Azoulay Elfassi

► To cite this version:

Sophie Azoulay Elfassi. Apport de la communication centrée dans la gestion d'une première consultation d'un adolescent chez le chirurgien-dentiste : proposition d'un guide. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-03296384

HAL Id: dumas-03296384

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03296384>

Submitted on 22 Jul 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

5, Rue Garancière - 75006 PARIS

Année 2019

Thèse N°:

N° attribué par la bibliothèque :

THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le 02 / 04 / 2019

par **AZOULAY ELFASSI Sophie**

**APPORT DE LA COMMUNICATION CENTREE DANS LA GESTION
D'UNE PREMIERE CONSULTATION D'UN ADOLESCENT CHEZ LE
CHIRURGIEN-DENTISTE. PROPOSITION D'UN GUIDE**

Directeur de thèse : Dr Annabelle Tenenbaum

J U R Y

Mme la Professeure BOY-LEFEVRE Marie-Laure	Présidente
Mme la Docteure AZOGUI-LEVY Sylvie	Assesseure
Mme la Docteure BAS Anne-Charlotte	Assesseure
Mme la Docteure BOSCO Julia	Assesseure
Mme la Docteure BRAUD Adeline	Assesseure
Mme la Docteure CAPITAINE Anne-Gaëlle	Assesseure
Mme la Docteure TENENBAUM Annabelle	Assesseure

UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7

Présidente de l'Université :	Mme la Professeure Christine CLERICI
Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie :	Mme la Professeure Ariane BERDAL
Directrice Générale des Services :	Madame Pascale SAINT-CYR

JURY

Mme la Professeure BOY-LEFEVRE Marie-Laure	Présidente
Mme la Docteure AZOGUI-LEVY Sylvie	Assesseure
Mme la Docteure BAS Anne-Charlotte	Assesseure
Mme la Docteure BOSCO Julia	Assesseure
Mme la Docteure BRAUD Adeline	Assesseure
Mme la Docteure CAPITAINNE Anne-Gaëlle	Assesseure
Mme la Docteure TENENBAUM Annabelle	Assesseure

Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur d'Etat en Odontologie
Professeur des Universités - Praticien
Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites d'être la présidente du jury, veuillez recevoir ici toute ma gratitude, mon estime et ma considération.

Mme la Docteure Sylvie AZOGUI-LEVY

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Merci pour les enseignements passionnants que vous nous avez apportés durant toutes ces années d'étude. Ils m'ont permis de voir notre profession et nos patients d'un regard différent. Merci pour votre gentillesse, votre patience et l'attention que vous portez à chaque étudiant individuellement.

Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire

Pour l'honneur que vous me faites en participant au jury de cette thèse, veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements.

Mme la Docteure Julia BOSCO

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Je vous suis sincèrement reconnaissante pour vos enseignements pratiques et théoriques durant ces années d'études. Je vous remercie également pour votre gentillesse et votre côté humain que j'ai pu apprécier durant ma sixième année. Votre présence à ce jury est un honneur.

Mme la Docteure Adeline BRAUD

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Merci pour votre incroyable patience et votre gentillesse en clinique, en TP et en cours malgré des débuts souvent laborieux. Je vous suis très reconnaissante de siéger à ce jury, pour clôturer ces années d'études.

Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINE

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger au sein de ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères.

Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités
Associée

Merci pour votre patience et votre soutien pour mener à bien cette thèse, malgré les différents événements de la vie qui ont pu retarder son aboutissement. Vous avez toujours été disponible, à l'écoute et prête à m'accorder du temps. J'ai beaucoup aimé travailler ce sujet à vos côtés, grâce à vous, j'appréhende différemment chaque consultation et je vous en suis extrêmement reconnaissante.

SOMMAIRE

I	Introduction :	3
II	Hygiène alimentaire et bucco-dentaire de l'adolescent :	4
II.1	Hygiène alimentaire :	4
II.1.1	Boissons sucrées :	4
II.1.2	Grignotage et alimentation déséquilibrée :	5
II.2	Hygiène bucco-dentaire :	5
II.2.1	Niveau d'hygiène :	5
II.2.2	Appareils dentaires :	6
III	Troubles du comportement :	7
III.1	Rejet des règles et comportements à risques :	7
III.2	Addictions :	7
III.3	Troubles alimentaires : boulimie, anorexie, obésité :	8
IV	Aspect psychologique de l'adolescence et attitude relationnelle dans le cadre de la relation de soins :	11
IV.1	Les différents aspects psycho-sociaux de l'adolescent :	11
IV.1.1	Histoire de l'adolescence en psychologie :	11
IV.1.2	Phases de l'adolescence selon le guide de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) :	13
IV.2	Les différentes attitudes de l'adolescent dans le cadre de la relation avec le professionnel de santé :	15
IV.2.1	Coopérant :	15
IV.2.2	Anxieux, préoccupé :	15
IV.2.3	Timide, évitant :	16
IV.2.4	Agressif/ rebelle :	16
IV.3	Les différentes attitudes des parents d'adolescent, dans le cadre de la relation avec le professionnel de santé :	17
IV.3.1	Indulgents ou permissifs :	17
IV.3.2	Directifs :	17
IV.3.3	Autoritaires :	18
IV.3.4	Non impliqués :	18
IV.4	Incidence de comportement des adolescents et parents en consultation pour le chirurgien-dentiste :	19
IV.4.1	Analyse des attitudes et incidence sur les soins :	19
IV.4.2	L'adolescent coopérant :	19
IV.4.3	L'adolescent craintif ou timide :	20
IV.4.4	L'adolescent réfractaire :	20
IV.4.5	Gestion des parents :	21

V	Les différentes approches de communication dans la relation patient-soignant :	22
V.1	Relation de confiance :	22
V.2	Histoire des différents modèles de relation patient/soignant :	23
V.3	La communication centrée sur le patient :	27
V.4	Calgary - Cambridge : stratégie de communication et structuration de la consultation :	31
V.4.1	Commencer l'entrevue :	33
V.4.2	Recueillir l'information :	34
V.4.3	L'examen clinique :	36
V.4.4	Expliquer :	37
V.4.5	Planifier :	38
V.4.6	Terminer l'entrevue :	38
V.4.7	Structurer l'entrevue :	40
V.4.8	Construire la relation :	40
V.5	Entretien motivationnel : auto-détermination et motivation :	41
VI	Position du dentiste dans la relation aux soins :	43
VI.1	Les limites du chirurgien-dentiste vis-à-vis de l'adolescent :	43
VI.1.1	Une limite physique :	43
VI.1.2	Une limite morale :	43
VI.1.3	Les représentations qu'ont les dentistes des adolescents :	45
VI.1.4	Savoir réorienter :	46
VI.2	Exemple d'un guide médical d'entretien HEADSSS :	47
VI.3	Proposition d'un guide destiné au chirurgien-dentiste pour une prise en charge adaptée de l'adolescent lors de la première consultation :	47
VII	Conclusion	53
VIII	Bibliographie :	55

I. Introduction :

Un premier rendez-vous avec un nouveau patient est toujours plus difficile à appréhender que le suivi d'un patient déjà connu. Le praticien est face à l'inconnu et doit réfléchir à sa posture dans la relation praticien-patient, en fonction de la personnalité du patient, de sa douleur, de son image du dentiste, de son parcours de soins et de bien d'autres facteurs propres à chacun.

La population adolescente (définie par l'OMS comme la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, précisément entre les âges de 10 et 19 ans (Organisation Mondiale de la Santé - 2018)) représente une période charnière difficile à gérer. Le patient est en demande de responsabilités, veut prendre les décisions qui le concernent, surtout en matière d'image extérieure (dont nos soins auront un impact non-négligeable), or il reste mineur sous la tutelle de ses parents / responsables légaux et les soins doivent être effectués en accord avec ces derniers (Verdier - 2004).

Quelles sont, dans ce contexte de premier rendez-vous, le cadre à instaurer afin d'établir les bases d'une relation praticien - patient permettant d'effectuer une prise en charge réellement centrée sur ses besoins spécifiques ? Comment accomplir notre devoir d'information et de recueillement du consentement libre et éclairé du patient ? Notre objectif étant de s'assurer que l'adolescent ait bien compris l'enjeu des soins et qu'il adhère à la nécessité de traitement et de suivi.

L'idéal serait d'instaurer un climat apaisant pour le patient, afin qu'il se confie à nous et nous fasse pleinement confiance. (Cet idéal est d'autant plus important avec les adolescents dont les « troubles de l'adolescence » rejettent les règles et l'autorité).

La première consultation constitue l'outil clinique le plus important, car il constitue le cadre des soins à venir. Pourtant, ce n'est que très récemment que le corps médical a accordé une importance aux techniques de communication sur la réussite thérapeutique, ainsi que sur le taux de satisfaction du patient. Les compétences en communication des professionnels de santé ont toujours été considérées comme innées. De ce fait, cet aspect de la relation avec le patient a été peu développé dans la formation des professionnels de santé. La communication n'étant alors pas reconnue comme une compétence à acquérir. (Rosenzweig et al. 2016). Un

grand nombre d'études récentes, d'abord orientée vers les médecins, mais élargie aux dentistes, prouve que la communication entre le dentiste et son patient constitue la base d'une relation solide et saine. (Vergnes et al. 2014, 2015; Lognos et al. 2016; Rosenzweig et al. 2016; Krause et al. 2017; Nolte et al. 2017)

Or, dans notre cursus initial, nous avons peu d'enseignements sur les techniques de communication, aussi bien d'une manière générale que plus spécifique dans le cadre des soins. Bien que l'intérêt de la maîtrise de la communication par le soignant ne soit pas démontrée, nous nous retrouvons bien souvent déstabilisé par nos compétences très limitées sur comment être avec le patient face à la diversité des personnalités et nous nous retrouvons à expérimenter nous-mêmes des techniques d'entretien. Comment gérer la peur, l'anxiété, la nervosité, l'agressivité, la dépression, l'indifférence... Nous avons cherché à analyser les composantes de la relation praticien-patient, dans le cadre du soin chez un adolescent, ceci afin d'optimiser sa prise en charge, en tentant de le rendre un acteur éclairé. Une telle implication de celui-ci, dès son adolescence, pourrait avoir un impact positif en termes d'éducation bucco-dentaire, tout au long de sa vie d'adulte.

II. Hygiène alimentaire et bucco-dentaire de l'adolescent :

L'adolescence est une période charnière entre l'enfance et l'âge adulte. L'individu se cherche sur plusieurs plans. Les réseaux sociaux, l'influence des médias, l'importance d'appartenir à un groupe, font que l'image extérieure est primordiale pour le jeune. A cela s'ajoute une modification hormonale et un changement des besoins entraînant une variation des comportements : l'adolescent est sujet à une hygiène alimentaire et corporelle aléatoire. (Haute Autorité de la Santé - 2010)

II.1 Hygiène alimentaire :

II.1.1 Boissons sucrées :

Les adolescents correspondent à la tranche d'âge qui consomme le plus de boissons sucrées (Haute Autorité de la Santé - 2010) (Bleich et al. - 2009). En effet, 88% des jeunes de 12 à 18 ans consomment une boisson sucrée par jour, avec une augmentation récente, mais conséquente, des boissons énergisantes (Han et Powell - 2013). Ces boissons étant bues au cours de la journée, pendant le temps libre à l'école ou au travail, aucun brossage des dents

n'est généralement constaté après. De par leur composition acide et sucrée, elles provoquent une attaque de l'émail et sont donc la source de nombreuses caries.

Cependant, grâce aux nouvelles politiques de prévention de l'obésité, avec notamment la suppression des distributeurs de sodas et encas dans les milieux scolaires, on observe une diminution de la consommation de boissons très sucrées non-nutritives chez les adolescents (22% à 16% entre 1999 et 2008) (Han et Powell - 2013).

II.1.2 Grignotage et alimentation déséquilibrée :

Les besoins énergétiques des jeunes de 12 à 18 ans sont augmentés par rapport aux enfants plus jeunes. En effet, ceux-ci sont en pleine puberté et subissent un pic de croissance qui leur demande de plus grands apports nutritifs journaliers.

Les adolescents vont être victimes de fringales, à plusieurs reprises durant la journée et sont donc sujets au grignotage. Ils vont opter pour des encas souvent très sucrés, facilement accessibles, car bon marché, et à indicateur nutritif (calories, glucides et lipides) très élevé (Fletcher et al. - 2018). Ce comportement est néfaste aussi bien pour la santé générale (prise de poids, obésité - car souvent associé à une activité sédentaire comme les jeux vidéo), que pour la santé bucco-dentaire, avec stagnation de sucre dans la cavité buccale.

II.2 Hygiène bucco-dentaire :

L'hygiène bucco-dentaire rassemble l'ensemble des gestes qui contribuent à assainir la cavité buccale en éliminant la plaque dentaire et les restes alimentaires. Elle permet ainsi d'assurer la santé du parodonte et des dents. Il est recommandé, à partir du moment où une dent définitive apparaît sur l'arcade, de se brosser les dents deux fois par jour minimum, après les repas, à l'aide d'une brosse à dents souple et d'un dentifrice fluoré. (Haute Autorité de la Santé - 2010)

II.2.1 Niveau d'hygiène :

La plupart des adolescents sont dans une phase dite de rébellion. Ils vont chercher à s'opposer à toutes sortes de règles qui pourraient dicter leur quotidien. On constate une diminution des gestes d'hygiène corporelle, l'hygiène dentaire en faisant partie.

Selon un sondage IPSOS mené en 2013, 50% des adolescents se brossent correctement les dents, 2 fois par jour, le brossage du soir étant plus fréquent que celui du matin. A partir de 13 ans, les habitudes s'inversent et celui du matin devient prépondérant et 89% des adolescents ne se brossent jamais les dents le midi.

Une étude menée par le régime général de l'assurance maladie sur les adolescents avant la mise en place du projet « M'T dents » montre que « La dernière visite chez un chirurgien-dentiste date de plus d'un an pour 61% d'entre-eux. Chaque adolescent de 15 ans avait en moyenne 4,08 dents cariées, absentes ou obturées : 1,95 dent cariée et 1,68 dent obturée. Des soins consécutifs à l'examen de prévention ont été réalisés chez 45,9 % des adolescents » (Chabert et al. 2003).

Enfin, à la suite de différentes études, il apparaît que le niveau d'hygiène buccale des adolescents était mauvais, avec un indice de plaque non contrôlé par manque de motivation, mais surtout par manque de connaissances quant aux techniques de brossage. Ceux-ci pensent qu'une simple ablution suffit à obtenir une hygiène correcte. Leur indice de plaque s'améliore nettement dès lors qu'un suivi régulier avec des conseils personnalisés sont mis en place (Gray et McIntyre - 2008; Dersot - 2010).

II.2.2 **Appareils dentaires :**

L'adolescence est l'âge idéal pour traiter les problèmes orthodontiques liés à une malposition dentaire classique. En effet, les orthodontistes profitent du pic de croissance lié à la puberté pour pouvoir obtenir une occlusion idéale (Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale). On considère qu'en France 900 000 adolescents sont soignés par an.

La difficulté réside au niveau de l'entretien sur le long terme (un traitement dure en moyenne entre 18 et 24 mois) (Fédération Française d'Orthodontie - 2014) : le port d'un appareil orthodontique fixe nécessite une hygiène régulière, rigoureuse et minutieuse après chaque repas et collation. Elle passe par l'utilisation de brosses à dents et brossettes interdentaires spécialisées. (Société Française d'Orthopédie Dento Faciale).

Or, les adolescents sont plus réticents à l'hygiène. Il est donc primordial de les motiver à maintenir une hygiène correcte, au risque de développer de nombreuses caries sous l'appareil.

III. Troubles du comportement :

III.1 Rejet des règles et comportements à risques :

L'adolescence est une période où l'individu se cherche, et se caractérise souvent par une prise de risques, qui peut avoir un impact non-négligeable sur la santé à plus ou moins long terme (INPES - 2009). Il est donc nécessaire que chaque adulte faisant partie de l'entourage de l'adolescent (parents, fratrie, médecins, enseignants...) prenne conscience de ce comportement et adopte un discours adapté, pertinent et efficace, sans frustrer ou bloquer l'enfant qui aura tendance à se braquer face aux conseils des personnes représentant l'autorité.

L'adolescence est souvent caractérisée comme une période néfaste à la fois pour l'individu et pour la société qui l'entoure. On parle de comportement à risques chez un individu en analysant deux variables : les facteurs de protection (ressources individuelles ou environnementales qui modifient positivement ou diminuent l'impact des facteurs de risques) et les facteurs de risques (variables qui accroissent la probabilité de l'apparition ou de l'installation d'un problème de santé) qui sont individuels (comme l'estime de soi, la réussite scolaire...), environnementaux (familiale et extra-familiale), ou socio-économiques. Il sera ainsi possible de déterminer le profil du comportement à risques (début, durée, et importance quantitative et qualitative des risques) et d'adopter une stratégie (Assailly - 2007).

On estime à 15% le taux d'adolescents qui vivent mal cette période et auront tendance à prendre des risques considérables, approchant la mort, afin de prouver à la société dans laquelle ils ne trouvent pas leur place qu'ils existent, qu'ils ont un rôle à jouer. Ainsi, ils augmentent leur estime personnelle. Environ un adolescent sur quatre pense au suicide (Thery-Hugly - 2017).

III.2 Addictions :

En France, chez les 15-25ans, le tabac est la première drogue consommée : 40% sont fumeurs actifs - absorbant de manière volontaire le tabac (par opposition aux fumeurs passifs qui l'absorbent de manière involontaire, en s'entourant de personnes qui fument) - et 27% fument régulièrement - au moins une cigarette par jour (INPES - 2014) -. A cela s'ajoute 18% de fumeurs de cannabis (Fletcher et al. - 2018).

En 2014, une étude menée par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé montre que 56% des jeunes de 15 ans ont déjà expérimenté le tabac. Cela prouve à quel

point l'adolescence est une période durant laquelle le jeune teste les limites de son propre corps.

Les facteurs socio-économiques et familiaux influent sur la prise de risque des adolescents. En effet, les jeunes scolarisés fument moins que ceux ayant déjà une activité professionnelle qui eux-mêmes fument moins que ceux au chômage. De même, les adolescents dont le contexte familial est difficile (parents divorcés, séparés ou décédés) sont plus nombreux à fumer.

Enfin, le stress et les troubles alimentaires sont également des facteurs favorisant la dépendance tabagique : ainsi, le taux de fumeurs réguliers est plus élevé chez les jeunes pratiquant un régime alimentaire strict ou sautant régulièrement un repas, que ceux de la population générale. Le tabac serait donc utilisé comme coupe faim (Beck et al. 2006; INPES - 2014).

L'alcool est la deuxième cause d'addiction chez l'adolescent après le tabac. La consommation d'alcool augmente de façon considérable chez les jeunes de 12 à 24 ans et commence de plus en plus tôt. Si la dépendance reste rare, l'alcool est souvent utilisé dans les milieux festifs. En effet, près de 30% des jeunes de 15 ans ont déjà connu un épisode d'ivresse. Ceci confirme ce qui a été énoncé précédemment, quant au besoin de s'affirmer dans une société, de trouver sa place, de tester ses limites et de les comparer à ses amis. Les jeunes sont à la recherche de l'effet euphorique et dés-inhibitoire que l'alcool procure. Ils peuvent ainsi surpasser les limites qui pourraient bloquer leur intégration (Dequière - 2012; Zimmermann et al. 2017).

III.3 Troubles alimentaires : boulimie, anorexie, obésité :

L'anorexie mentale, davantage observée chez la jeune fille que chez le jeune homme, représente un trouble du comportement alimentaire relativement fréquent chez les adolescents en recherche d'identité (Nandrino - 2015). Selon les critères actuels du DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) relatifs à l'anorexie mentale, toutes les conditions suivantes doivent être respectées pour parler d'anorexie :

- Refus de maintenir le poids corporel au-dessus de la normale minimale
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir obèse, malgré une insuffisance pondérale.

- Perturbation dans la manière dont le poids corporel, la forme ou la silhouette est perçue.
- Influence exagérée du poids corporel ou de la silhouette sur l'estimation de soi.
- Aménorrhée pendant au moins trois cycles consécutifs chez les femmes menstruées (aménorrhée secondaire).

Elle peut être - ou non - associée à des épisodes boulimiques se caractérisant par l'ingestion d'une quantité de nourriture très importante, en un temps limité, sans contrôle possible. Cette quantité est bien supérieure à celle qu'un individu ne présentant pas de trouble serait capable d'absorber. La boulimie est souvent accompagnée de comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids (vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne, exercice physique excessif).

Ces troubles du comportement alimentaire ont des conséquences non-négligeables sur la santé bucco-dentaire que le dentiste doit savoir reconnaître et prévenir, comme les érosions ou les usures par attrition et bruxisme (Colon et al. 2017).

Le second problème majeur constaté chez les adolescents et souvent associé à un trouble psychologique est l'obésité. Elle se définit, depuis les années 2000, en se rapportant aux courbes 25 et 30 kg/m² décrites par l'International Obesity Task Force (IOTF). Ainsi, on parle de surpoids pour un IMC (Indice de Masse Corporelle) supérieur au 97^{ème} percentile et inférieur à la courbe IOTF30, et d'obésité pour un IMC supérieur à la courbe IOTF30 (Cole et al. 2000).

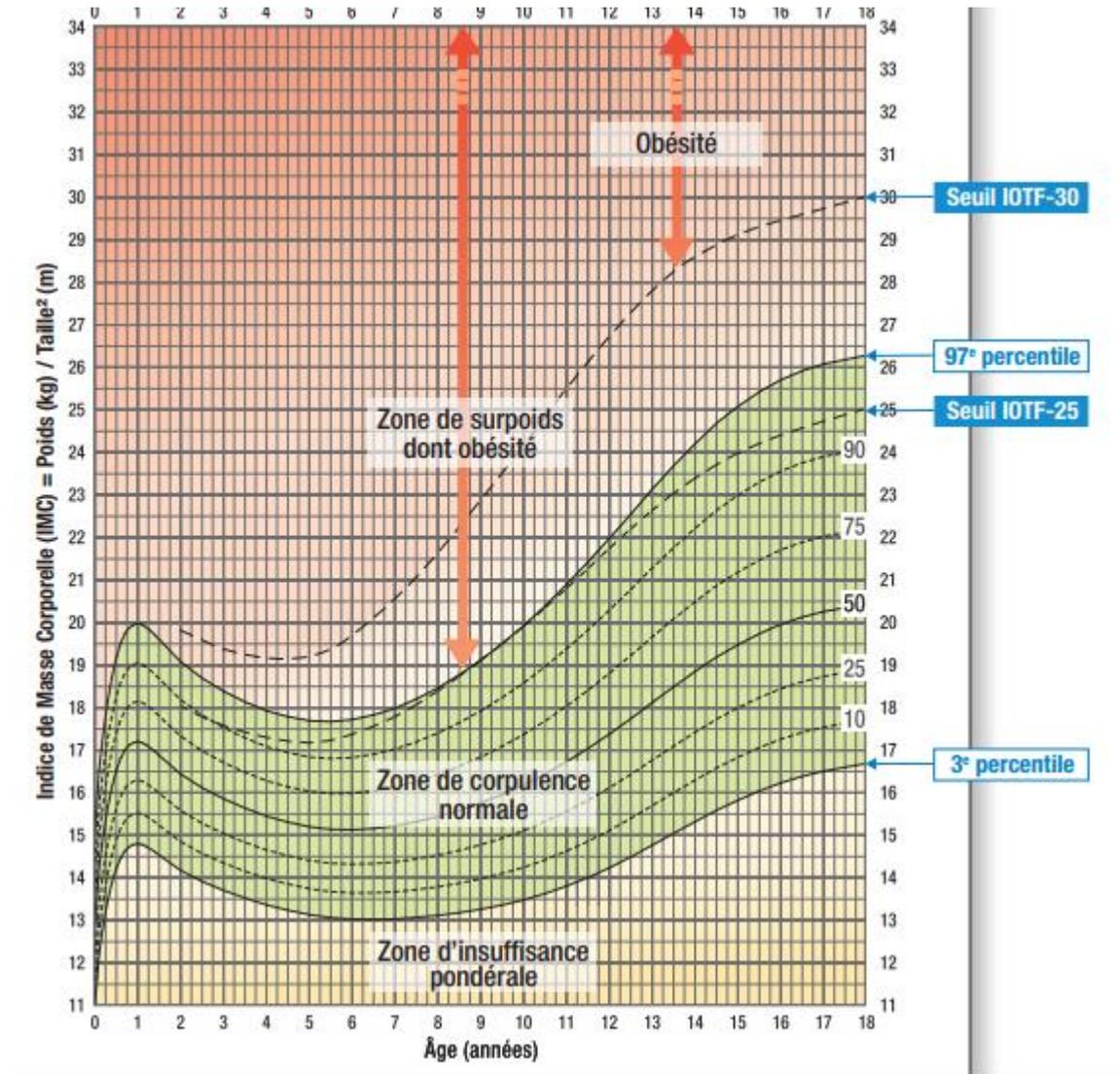


Figure 1 : Courbes de suivi de la corpulence chez les enfants et adolescents (INPES 2011)

Au jour d'aujourd'hui, l'obésité est devenu un problème de santé publique majeur, car on considère qu'en France 18% des moins de 18 ans sont en surpoids, dont 4% sont obèses. Chez l'adolescent, elle survient chez les jeunes qui ont un accès facile à la nourriture et dont l'activité physique est très restreinte. Ces adolescents présentent souvent un mal-être, ils sont mal dans leur peau et se réfugient dans la nourriture.

Il sera important, en tant que clinicien, de motiver ces jeunes à consulter un spécialiste, à limiter les apports énergétiques importants comme les sucres et les graisses, tout en ne posant pas des objectifs inatteignables. Il est important que l'enfant ne se sente pas frustré par la suppression subite de ce qu'il aime et le reconforte. Enfin d'encourager le sport ou même simplement la marche (Dubern - 2017).

La prévention bucco-dentaire aura pour but chez ces jeunes de diminuer le risque carieux lié à l'apport important de sucres tout au long de la journée et souvent de manière quasi - continue. Ainsi, en plus des conseils classiques d'hygiène bucco-dentaire, des astuces d'hygiène alimentaire devront être données (ex : chewing-gum, bonbons sans sucre, stévia....)

IV. Aspect psychologique de l'adolescence et attitude relationnelle dans le cadre de la relation de soins :

IV.1 Les différents aspects psycho-sociaux de l'adolescent :

IV.1.1 Histoire de l'adolescence en psychologie :

On considère en général, que c'est l'ouvrage « *Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education* », écrit en 1931, qui marque le début de l'histoire de la psychologie de l'adolescent. Cependant, ce n'est qu'à la fin du XIX^e siècle que l'adolescence associée au terme de jeunesse, adopte un statut particulier dans la littérature et devient un point phare dans les discours politiques (Claes - 1986). Les descriptions faites de l'adolescence dans la littérature sont très variées plus ou moins négatives, elles oscillent entre crise, trouble du comportement ou période d'épanouissement, mais ont toutes en point commun qu'il s'agit d'une phase difficile à passer :

- selon Wallon, cité dans le livre d'Henri Lehalle, le stade de l'adolescence se déroule de 11 à 16 ans. L'enfant présente un renouveau des investissements intellectuels, il se forge son caractère et la personnalité propre à son individu, en s'identifiant aux différents adultes qu'il rencontre. Elle se caractérise également par l'apprentissage et l'investissement d'un nouveau schéma corporel (Lehalle - 1991).

- Erik Erikson insiste, quant à lui, sur le fait qu'un adolescent est un individu se forgeant son caractère et sa personnalité, tout en mettant en avant le phénomène de crise qui s'en suit. Selon lui, «Malgré les épisodes et les symptômes névrotiques et psychotiques, l'adolescence n'est pas une catastrophe, mais une crise normative, c'est-à-dire, une phase normale de conflit exacerbé ». Elle a cependant un rôle majeur, car elle « contribue, réellement, au processus de formation de l'identité » (Erikson - 1968)

- selon Anna Freud, l'adolescence est une période de crise à proprement parler, il s'agit d'une phase énigmatique durant laquelle l'adolescent passe d'un extrême à l'autre. Selon ses termes, « être normal durant l'adolescence est en soi-même anormal ». Dans son livre, elle décrit le caractère de l'adolescent comme suit : « en se voyant comme le centre de l'univers et comme l'unique objet digne d'intérêt, les adolescents sont beaucoup trop égoïstes ; cependant, à aucun autre moment de leur vie ultérieure, ils ne seront capables d'autant de sacrifices personnels et d'autant de dévouement. Ils s'engagent avec passion dans des relations amoureuses intenses, mais les abandonnent aussi inopinément qu'ils les ont commencées. D'une part, ils s'engagent avec enthousiasme dans la vie de la communauté et, d'autre part, ils éprouvent un désir tout puissant d'isolement. Ils oscillent entre la soumission aveugle à un chef quelconque et la rébellion bravant toute autorité. Ils sont égoïstes et matérialistes mais, simultanément, ils se révèlent débordants d'idéalisme exalté. Ils sont ascétiques, mais ils succombent, de façon inespérée, à des excès instinctifs les plus primaires. Parfois, leur comportement envers les autres est acrimonieux et dépourvu de toute déférence ; toutefois, ils se montrent eux-mêmes extrêmement susceptibles. À certains moments, ils travaillent avec un enthousiasme infatigable, dans d'autres, ils sont indolents et apathiques » (Freud - 1989)

- Piaget (cité dans l'article de Taborda-Simões), quant à lui, s'est intéressé davantage au changement cognitif qui caractérise cette période comme : « L'élaboration d'une nouvelle forme de pensée, la pensée opératoire formelle. Il s'agit, en résumé, d'une pensée abstraite, hypothético-déductive, combinatoire et propositionnelle, capable d'accéder au monde des possibles et de subordonner le réel à ce monde, de maîtriser la double réversibilité et de procéder par la dissociation de facteurs susceptibles de prendre part dans un phénomène bien précis » (Taborda-Simões - 2005).

En observant les définitions les plus courantes données dans les dictionnaires et ouvrages spécialisés en psychologie ou sociologie, l'adolescence est décrite comme une phase de transition entre deux périodes de stabilité : l'enfance et l'âge adulte. Cependant, réduire l'adolescence à une phase de transition ou de crise normative, renvoie une image négative : en effet, il s'agit uniquement d'une période durant laquelle les adolescents ne sont plus des enfants, mais pas encore des adultes. Il s'agit là d'un statut ambigu, dont le rôle imprécis favorise une représentation négative de l'adolescence et réduit cette période aux problèmes que le passage à l'âge adulte requiert. (Taborda-Simões - 2005)

Selon le Dr Thery-Hugly, cette période pleine de changements, aussi bien morphologiques que psychologiques, est source de possibles malaises face à l'image de son corps. C'est là que le rôle du dentiste est primordial, car il doit intervenir de manière positive sur cette image et non l'inverse (Thery-Hugly - 2017).

IV.1.2 Phases de l'adolescence selon le guide de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) :

L'INPES en 2009 a défini différents stades pour parler de l'adolescence, sans fixer de tranche d'âge particulière, mais uniquement en fonction de l'observation du comportement :

- la jeune adolescence
- le milieu de l'adolescence
- la fin de l'adolescence

En fonction de l'analyse du comportement et des pensées de notre patient adolescent, notre discours sera différent pour mener à bien notre thérapeutique (INPES - 2009).

Processus de développement à l'adolescence		
Début	Milieu	Fin
Transformation du corps		
Changement pubertaire	Préoccupation de l'aspect corporel Tester les limites de son corps Expérimentation en regard de la sexualité	« Acceptation » de son corps tel qu'il est
Transformation de la pensée		
Pensée concrète : apprentissage par expériences concrètes Vit dans le moment présent Abstraction limitée	Tester les habiletés cognitives (goût pour l'argumentation, élaboration de théories) Discordance entre le discours et l'agir Sentiment d'invulnérabilité	Pensée formelle, capacité de : - prévoir les conséquences - se projeter dans l'avenir - comprendre des concepts abstraits plus complexes
Les transformations sur le plan relationnel		
Dépendance à l'égard des parents, adultes Intérêt pour les activités avec les parents Parents idéalisés	Processus de distanciation vis-à-vis des parents Importance des pairs Contestation de l'autorité parentale Expérimentation des relations amoureuses	Indépendance émotionnelle vis-à-vis des parents et autres adultes Indépendance économique Vision réaliste du rôle de parent Relation d'intimité avec un autre adulte
Le processus identitaire		
Adhésion aux valeurs parentales	Contestation des valeurs parentales Exposition à d'autres valeurs (amis, autres adultes, médias...) Egocentrisme Essai de plusieurs identités (style vestimentaire, musique, coupe de cheveux) Importance de l'image projetée	Système de valeurs personnelles guidant son comportement Identité professionnelle plus précise Comportement social responsable

Figure 2 : tableau expliquant les processus de développement de l'adolescent (INPES - 2009)

IV.2 Les différentes attitudes de l'adolescent dans le cadre de la relation avec le professionnel de santé :

Dans le cadre d'une consultation avec un adolescent, il est nécessaire d'insister sur la relation avec le thérapeute, et sa représentation du thérapeute, ainsi que les relations actuelles avec ses parents, en les impliquant plus ou moins dans le traitement selon le souhait de l'adolescent (Atger - 2007).

IV.2.1 Coopérant :

La *compliance* est un terme (anglais) apparu dans les années 1950 relatif aux soins de santé, et est définie comme le point jusqu'auquel le comportement de chaque patient coïncide avec les conseils et prescriptions faits par le professionnel de santé. Il est rapidement devenu impopulaire, car relatif à un jugement porté au patient, le mot *coopération* a été introduit pour pallier à cela. Une étude citée dans le livre « Sociologie de la maladie et de la médecine » a mis en évidence que le pourcentage médian de patients qui ne suivent pas les prescriptions médicales varie de 35 à 57% selon les cas. La manière dont le soignant présente les faits et la relation qu'il entretient avec son patient aura un impact non négligeable sur son adhésion aux soins (Adam et Herzlich 2017).

L'adhésion à un traitement comprend donc le choix du patient de suivre ou non les recommandations qui lui sont faites, Ainsi, les patients choisissent d'avoir un impact sur leur traitement et un comportement collaboratif dans le développement et l'ajustement de leur stratégie de traitement avec le soignant. (Lamouroux et al. 2008)

Beaucoup d'adolescents sont coopérants. Ils viennent consulter de leur plein gré ou sous conseils de leur entourage. Il est important, avec ce genre d'adolescent, de créer un contact agréable, afin de ne pas les frustrer ou les mettre mal à l'aise face à une quelconque situation (leur hygiène, leur comportement, etc.). Les soins de ces patients seront généralement aisés et pourront être entrepris rapidement à la première ou la deuxième consultation, selon la difficulté de l'acte.

IV.2.2 Anxieux, préoccupé :

L'anxiété est définie comme une émotion engendrée par l'anticipation d'un danger diffus, difficile à prévoir et à contrôler. Elle est accompagnée de modifications physiologiques et

hormonales caractéristiques des états d'activations élevées et elle est souvent associée au comportement de conservation-retrait ou à des conduites d'évitement (Doron et Parot - 2011).

Les adolescents dits « préoccupés » auront tendance à afficher une anxiété certaine, chercheront à éviter le contact humain et s'opposeront généralement à toute relation. Enfin, on les repère par la répétition incessante de leurs problèmes quotidiens. Ils alternent attitudes dépendantes et mouvements de colère. Ces adolescents vont avoir tendance à se refermer sur eux-mêmes, à se centrer sur leurs maux et sentiments. Ils sont souvent sévères envers eux-mêmes ou envers leur entourage. La gestion du comportement lors du traitement avec ces jeunes reste compliquée, car ils auront tendance à faire en sorte que les soins n'aboutissent pas, afin de se renforcer dans l'idée qu'il n'y a pas de solution adaptée à eux. (Atger - 2007). Les soins seront délicats à réaliser chez ces adolescents. Il sera nécessaire, avant de débiter les soins, de le mettre en confiance, puis il faudra commencer par les soins les moins douloureux et les plus courts. (Muratori et al. 2001)

IV.2.3 Timide, évitant :

Ces adolescents n'osent pas et ne veulent plus demander de l'aide autour d'eux. Ils pensent être les seuls à même de trouver une solution à leur problèmes et font en sorte de ne dépendre de personne. On parle d'autosuffisance. Ils vont minimiser leurs maux et cherchent à garder en eux les émotions négatives (peur, colère). Ils n'afficheront jamais leurs sentiments de solitude, car inconsciemment ils vont les effacer ou les banaliser en eux. Ces enfants vont avoir du mal à exprimer ce qu'ils ressentent. Ils vont généralement consulter tardivement. De plus, lors des soins, ils vont prendre beaucoup sur eux (Atger - 2007).

IV.2.4 Agressif/ rebelle :

L'agressivité est l'intention ou conduite d'agression dirigée contre autrui ou contre soi, pouvant se manifester sous des formes aussi variées que la violence ou l'inhibition (Cosnier - 2015). L'adolescent rejette hors de lui son propre mal être à travers des comportements extrêmes de violence, dont l'intensité est proportionnelle au sentiment de rejet de la société (famille, amis, réseaux sociaux...) (Muratori et al. 2001)

Il s'agit de jeunes qui sont généralement contraints de consulter par leur entourage. Ils vont être en opposition totale avec les discours émanant d'un représentant de l'autorité (y compris le dentiste).

IV.3 Les différentes attitudes des parents d'adolescent, dans le cadre de la relation avec le professionnel de santé :

Le système comportemental d'attachement de l'enfant vis-à-vis de ses parents, décrit par Mary Ainsworth, évolue fortement à l'adolescence : l'exploration du monde physique, comme pendant l'enfance, mais surtout à cet âge, de nouveaux rôles sociaux, de nouvelles relations, de la sexualité, de soi-même, de son corps et de ses émotions. Or, et c'est un point fondamental de la théorie, il existe une balance dynamique entre attachement et exploration : un attachement sécuritaire favorisera l'exploration et donc le développement de l'autonomie, tandis qu'un attachement insécuritaire sera susceptible de l'entraver (Ainsworth et al. 2015).

Maccoby et Martin, cité dans l'article de Darling, ont défini, en 1983, le « style parental ». Il s'agit de classer les parents en quatre catégories selon leurs exigences plus ou moins élevées envers leurs enfants : indulgent, directif, autoritaire et non impliqué. Chacun de ces styles aura une influence sur le développement psycho-social de l'adolescent, son bien-être son épanouissement, et son émancipation (Darling - 1999).

IV.3.1 Indulgents ou permissifs :

Ici, les parents vont avoir tendance à laisser libre choix à l'enfant, lui faire faire ses propres expériences, qu'elles soient bonnes ou mauvaises. Ils ne chercheront pas à s'opposer à un choix de l'enfant, si celui-ci semble motivé. Ils vont avoir tendance à éviter la confrontation. Leurs adolescents sont généralement matures très jeunes. Ils viennent chez le dentiste, car ils savent qu'ils en ont besoin, souvent parce qu'ils n'ont pas pris soin de leurs dents (leur parents ne leur ayant pas expliqué l'importance d'une bonne hygiène). Leur état bucco-dentaire n'est généralement pas bon, mais ils sont motivés et coopérants, car cela fait partie de leurs expériences de vie (Darling - 1999).

IV.3.2 Directifs :

La volonté de l'enfant est ici brimée par une autorité, qu'elle soit parentale, religieuse, scolaire. Un parent aimant se doit d'imposer ses propres choix, au dépend de ceux de

l'adolescent (Darling - 2014). Dans la relation aux soins, ces adolescents seront ceux qui auront généralement la meilleure hygiène bucco-dentaire. Ils n'apprécieront cependant pas d'aller chez le médecin, car ils prendront ça comme une obligation de leurs parents. La relation peut alors être difficile à mettre en place. Ces adolescents sont souvent introvertis, n'expriment pas ce qu'ils ressentent ou pensent.

IV.3.3 **Autoritaires :**

Ici, les parents sont stricts et sévères envers leurs enfants, mais ont cependant tendance à écouter leur besoins et leurs arguments, sans changer d'avis. Ils vont adapter leurs attentes aux besoins de l'enfant et faire en sorte qu'il comprenne leurs décisions. Ils vont leur expliquer par le dialogue ou la punition la différence entre ce qu'ils ont le droit de faire, et ce qu'ils doivent et est bon pour eux de faire. Ils vont essayer de le rendre responsable face à la société.

De même que pour les enfants de parents directifs, les enfants de parents autoritaires auront une bouche souvent indemne de toutes caries. Ils se rendent régulièrement chez le dentiste pour des séances de prévention. Cependant la relation est plus fluide, car leurs parents ont pris le temps de leur expliquer la nécessité de se faire soigner. Ils viennent donc naturellement et sont de bonne volonté, coopérants et motivés (Darling - 2014).

IV.3.4 **Non impliqués :**

Ces parents manquent de réactivité et d'exigence. Ce style parental peut englober à la fois le rejet, la négligence et l'abandon. Les parents de cette catégorie n'auront pas d'influence sur leurs enfants, car ils ne s'y intéressent pas ou plus.

Dans la relation aux soins, il s'agit de la catégorie d'enfants les plus difficiles à gérer. En effet, ils sont souvent rebelles, n'acceptent aucune autorité (celle de leur parents étant déjà inexistante, ils ne comprennent pas pourquoi ils en recevraient une extérieure). Le dentiste est perçu comme un individu voulant imposer un soin au patient. Il sera donc nécessaire de prendre le temps de changer notre image auprès de ces adolescents, pour qu'une relation de confiance se mette en place (Darling - 1999).

IV.4 Incidence de comportement des adolescents et parents en consultation pour le chirurgien-dentiste :

IV.4.1 Analyse des attitudes et incidence sur les soins

L'adolescent doit comprendre que le traitement est fait « pour » lui et non « à » lui. Une meilleure coopération permet d'atteindre les objectifs thérapeutiques en un minimum de temps et de prévenir l'aggravation de l'état bucco-dentaire, qui, à cet âge, peut évoluer très vite.

L'obtention d'une coopération maximale de la part du patient est un challenge qui peut être frustrant, qui demande de s'adapter au patient et de prendre le temps de le connaître pour estimer son stade de développement psychique et ainsi permettre au praticien d'adapter son comportement (Trenouth - 2003). L'objectif final est d'obtenir de son patient une véritable collaboration. Cela passe par une participation active au traitement, et à la prévention bucco-dentaire, afin d'avoir un impact sur le succès à court, moyen et long terme du traitement.

Lors d'un premier entretien, et même dès l'accueil en salle d'attente, le dentiste doit se poster en tant qu'observateur : il devra analyser l'attitude verbale et non verbale de son patient, afin de pouvoir lui-même s'adapter. Pour cela, il va faire appel à la synergologie : discipline née dans les années 1990 et développée par le Pr Philippe Turchet. Elle a pour seul objectif la lecture, l'analyse et le décodage du langage corporel.

IV.4.2 L'adolescent coopérant :

Cette catégorie de patients est avenante, ils répondent généralement avec le sourire lorsqu'on les appelle. Ils arborent une tenue correcte qui ne sort pas de l'ordinaire et ne paraît pas extravagante, enfin ils arrivent à l'heure à leur rendez-vous ou préviennent d'un retard ou d'un empêchement (Darling - 1999). Lorsque le dialogue est engagé avec ces patients, celui-ci est fluide. L'adolescent exprime aisément ses besoins, mais aussi ses doutes et inquiétudes.

Il s'agit de la majorité des adolescents. Ils vont facilement accepter les soins proposés, qu'ils savent être pour leur bien. Les soins pourront, si le temps imparti le permet, être réalisés dans la première séance, mais toujours après des explications, afin d'obtenir un consentement libre et éclairé.

La relation de confiance patient-soignant s'établit assez rapidement.

IV.4.3 L'adolescent craintif ou timide :

Il s'agit de patients très introvertis. Leur posture est très caractéristique : ils sont souvent courbés, les épaules rentrées, le regard vers le sol, les jambes croisées et jouent avec leurs doigts. Ces patients sont très ponctuels, car ils n'aiment pas faire parler d'eux.

Lorsque le dentiste l'appelle pour la consultation, il peut rougir, de même lorsqu'il répondra aux questions, lors de l'entretien initial (Story - 2018).

Leur tenue vestimentaire est très sobre, avec des couleurs douces, pastel ou du noir.

La coopération chez ces patients est plus longue à obtenir, car ils sont sur la défensive. Ils n'accordent pas facilement leur confiance. Les soins seront reprogrammés, afin que l'adolescent ait le temps de réfléchir et de se faire à l'idée de recevoir les soins par ce praticien, avec qui le contact établi lui est agréable. Cela lui permettra également d'annuler son rendez-vous par téléphone, s'il ne se sent pas à l'aise avec le dentiste, mais qu'il n'a pas osé lui dire en face. En effet, réaliser des soins, dès le premier jour, pourrait le braquer s'il n'était pas en confiance.

Lors des séances thérapeutiques, il est donc important de prendre le temps, de faire des gestes doux et surtout de leur répéter à plusieurs reprises de nous faire part de ce qui va ou ne va pas.

IV.4.4 L'adolescent réfractaire :

En salle d'attente, ils présentent une attitude nonchalante, souvent avachis sur la chaise. Ils semblent déconnectés de la réalité, les yeux rivés sur leur téléphone et les écouteurs dans les oreilles. Ils adoptent le plus souvent une tenue vestimentaire qui sort de l'ordinaire, caractéristique de leur état d'esprit s'opposant aux codes universels.

Ces patients vont avoir tendance à ne pas honorer leur rendez-vous, à arriver en retard. Ils vont vouloir sans cesse se justifier, aussi bien de leur absence ou retard que de leur état bucco-dentaire, mais également dans leur vie personnelle, avec leurs parents/professeurs...

Les soins doivent être abordés chez ces patients, uniquement une fois que la confiance est pleinement acquise, afin d'être sûr que l'adolescent sera motivé et consciencieux. Le plus délicat sera de leur faire prendre conscience de la nécessité d'une bonne hygiène de vie, aussi bien bucco-dentaire que physique. En effet, cette catégorie d'adolescents est la plus sujette à la consommation de tabac, alcool et stupéfiants. La prévention est donc primordiale.

Il faudra également faire attention avec ces patients à ne pas se faire déborder. Il faut savoir garder ses distances, se montrer à la fois compréhensif, conciliant, mais autoritaire. Si le dentiste se sent dépassé, il doit savoir repérer la situation et réorienter le patient chez un confrère qui saura mieux le prendre en charge.

IV.4.5 Gestion des parents :

La position du parent vis-à-vis de l'adolescent est très délicate. En effet, il s'agit de la période de prise d'autonomie de l'enfant par rapport à son père et sa mère. Cette période est donc souvent conflictuelle, car chacun cherche sa place.

Lors des soins, il faut pouvoir coupler deux points : ce que décrit la loi et ce que le patient ressent.

Selon la loi : Article 42 (article R.4127-42 du code de la santé publique : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 (LEGIFRANCE - 2004), un soignant appelé à donner des soins à un mineur [...] doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible. ». Il est donc nécessaire de recueillir le consentement libre et éclairé par écrit des parents, dans le cas où l'enfant ne consulte pas en urgence. Ils devront être informés de la maladie, des actes et traitements proposés, leurs avantages et risques, les alternatives thérapeutiques, les conséquences d'une abstention ou d'un refus.

Selon le ressenti du patient : l'adolescent peut être en parfait harmonie avec ses parents et ne pas être dérangé par leur présence, comme au contraire vivre une relation conflictuelle avec eux. Dans ce dernier cas, l'enfant peut vouloir gagner en autonomie et recevoir les soins sans la présence des parents dans le cabinet. Certains enfants timides ou même rebelles vont complètement changer de comportement et d'attitude, une fois seuls avec le dentiste. Ils peuvent s'ouvrir, s'exprimer davantage, être moins sous tension. Une coopération se mettra alors en place plus facilement.

V. Les différentes approches de communication dans la relation patient-soignant :

V.1 Relation de confiance :

La relation de confiance se définit comme une rencontre entre un besoin moral et une éthique de responsabilité, la confiance ayant pour condition et résultat une alliance entre le patient et le soignant. Ancrage indispensable pour la relation de soins, elle engage le professionnel, l'oblige et lui impose l'irréprochabilité. Rimant avec qualité des soins, trois niveaux de leviers - organisationnels, relationnels et personnels - peuvent être actionnés pour la favoriser. (Thominet et al. 2013)

Gagner la confiance d'une personne encore inconnue lors du premier rendez-vous ne s'avère pas toujours évident, d'autant plus, lorsqu'il s'agit d'un adolescent avec tous les aspects psycho-sociaux que cela implique.

La mise en place de cette relation commence dès la salle d'attente : le jeune doit se sentir à l'aise, dans un environnement où il peut s'identifier et se reconnaître. Cela peut passer par des affiches, des magazines ou encore des consoles de jeux.

Lors du premier contact verbal, la question du tutoiement ou vouvoiement se pose :

- si on choisit le vouvoiement, forme de respect mutuel et maintien d'une certaine distance avec son interlocuteur, il faudra s'assurer que l'adolescent, s'il est encore jeune, ne prenne pas cela pour une forme d'indifférence.
- si on choisit le tutoiement, entraînant une proximité avec notre interlocuteur, il faudra s'assurer que celui-ci ne soit pas perçu par l'adolescent comme intrusif et infantilisant. De plus, il faudra veiller à garder notre statut d'adulte soignant et non de « copain », surtout avec les adolescents agressifs, dominateurs ou rebelles (INPES - 2009).

Il est important de demander l'avis de son patient sur la question, afin de l'impliquer dès le début dans la relation. Nommer le patient par son nom ou son prénom : de même que pour le tu/vous, il est important de mettre l'adolescent à l'aise sur ce point. Il préférera généralement que le praticien le nomme par son prénom, comme il a généralement l'habitude avec toutes autorités extérieures au cercle familiale (collège, lycée, sport extrascolaire...), cependant, approchant l'âge adulte, nombreux sont ceux qui exprimeront leur souhait d'être appelé par leur nom de famille.

La relation de confiance, c'est aussi, pour l'adolescent, l'assurance du secret professionnel et de la confidentialité des informations qu'il confiera au dentiste. Il est notamment important de revoir avec lui le questionnaire médical, en l'absence d'une tierce personne. De plus, il faut lui proposer que l'ensemble de la consultation se fasse uniquement à deux, et non avec la présence d'un parent, membre de la famille, amis ou autre accompagnant. Enfin, il faut savoir sortir du cadre de la consultation, un adolescent a généralement besoin de se confier, mais n'ose pas aborder certains sujets tabous. Il faut savoir se montrer à l'écoute et lui ouvrir des portes pour qu'il s'exprime, et ce pas uniquement à propos de ses dents (2005). Il faut savoir que, si une relation de confiance s'installe avec l'adolescent lors de la première consultation, celle-ci peut à tout moment basculer de par l'instabilité psychologique.

V.2 Histoire des différents modèles de relation patient/soignant :

A l'origine de la sociologie dite « fonctionnaliste », initiée par Parsons dans les années 1950 et citée dans le livre de Philippe Adam et Claudine Herzlich, il existe un modèle unique de relation patient-soignant, dans laquelle chacun joue un rôle social fixe : le médecin à un rôle principalement technique. Il se doit d'avoir des compétences scientifiques, de les mettre en application sans dévier de son domaine de prédilection. Il ne doit pas interférer dans la vie privée de son patient. Le patient voit quant à lui son rôle restreint à chercher de l'aide auprès du médecin et à justifier son état pathologique. De part son statut de malade il n'est plus considéré comme apte à réaliser ses tâches professionnelles. La relation est limitée aux soins (Tréanton 1962; Adam et Herzlich 2017).

En 1956, cette théorie est complétée par Szasz et Hollander car la thèse proposée par Parsons était limitée aux maladies aiguës. Ils reprennent l'idée de « réciprocité de la relation » mais cette fois-ci en accordant une importance à l'état du malade le rendant plus ou moins actif dans la relation. Ainsi, ils définissent trois types de relation médecin-malade, selon que le patient est actif ou passif dans la relation, le médecin étant toujours considéré comme actif de par son devoir de prodiguer des soins :

-Activité-passivité : le malade a un rôle très réduit. C'est le cas des blessures graves, du coma ou dans le cas d'anesthésie générale.

-Guidance-coopération : dans des cas moins graves, le malade suit les conseils avisés du médecin et peut juger de leur efficacité.

-Participation mutuelle : c'est le cas lors d'un suivi de maladie chronique où le patient joue un rôle dans l'amélioration de son état de santé comme le diabète ou dans la maintenance

d'une maladie parodontale. Le médecin doit aider le malade à se prendre lui-même en charge. (Adam et Herzlich 2017)

Pour Freidson, le modèle actif-passif ne dépend pas uniquement du type de maladie (chronique, aigue plus ou moins grave) mais il dépend aussi de la spécialité du médecin : en pédiatrie ou en psychiatrie, la relation aura tendance à s'orienter vers le modèle activité-passivité alors qu'en oncologie il s'orienterait d'avantage vers la participation mutuelle. En outre, le médecin n'est pas toujours considéré comme actif, tout dépend de l'état d'esprit du patient et de leur relation. Il fait entrer en jeu la relation entre le patient et le soignant : patient guide - médecin coopératif, ou patient actif – médecin passif. (Fournier et Kerzanet 2007). Plus récemment mais sur le même modèle, une revue de littérature présente la relation sur la manière dont les décisions sont prises au sein des consultations médicales : le modèle du patient décideur, le modèle du médecin décideur et le modèle de décision partagée (Moujmid-Ferdjaoui et Carrere 2000).

Enfin, en 1992, Emanuel pense qu'il existe un partage des tâches et du pouvoir au sein de la relation de soins. Il propose un comparatif de chaque cas de figure, selon le profil de communication : informatif, interprétatif, délibératif et paternaliste. (Emanuel et Emanuel - 1992)

	<i>Informatif</i>	<i>Interprétatif</i>	<i>Délibératif</i>	<i>Paternaliste</i>
Valeurs du patient	Définies, fixées et communiquées au patient	En construction et conflictuelles, nécessitant une élucidation	Ouvertes à un développement et à une révision à travers un débat moral	Objectives et partagées par le médecin et le patient
Devoirs du médecin	– Fournir une information factuelle pertinente – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	– Élucider et interpréter les valeurs du patient utiles – Informer le patient – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	– Articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables – Informer le patient – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime
Conception de l'autonomie du patient	Choix et contrôle du soin médical	Compréhension de soi utile au soin médical	Auto-développement moral utile au soin médical	Assentiment à des valeurs objectives
Conception du rôle du médecin	Expert technique compétent	Conseiller	Ami ou enseignant	Gardien, tuteur

Figure 3 : Tableau comparatif des différents modèles de la relation médecin-patient retenus par Emanuel L.L. et Emanuel E.J.

Aujourd'hui, la relation patient-soignant évolue radicalement vers une approche centrée sur le patient et non sur l'acte médical. La littérature biomédicale présente souvent les consultations à travers différentes étapes ou tâches à effectuer tout au long de l'entretien (depuis le premier contact à la fin de la rencontre). Ainsi, en suivant l'ensemble de ces étapes et en faisant participer le patient à la prise de décision, les résultats thérapeutiques seraient améliorés grâce à une diminution de l'anxiété du patient et donc une meilleure coopération lors du suivi thérapeutique.

Le tableau qui suit décrit l'évolution des différents concepts phare et de la structuration d'une consultation, de 1976 à 2002. Les modèles cités dans ce tableau remplissent 4 à 9 des étapes à effectuer pour le bon déroulement d'une consultation.

Nous développerons par la suite deux modèles qui nous semblent les plus appropriés aux adolescents :

- le guide de Calgary et Cambridge
- la communication centrée sur le patient.

Structuration de la consultation	Etapes de la consultation ou tâches à effectuer				Dimensions	
Nom de modèle / Auteur	P-R-A-C-T-I-C-A-L (Larsen et al.) « Centré sur le patient » (9 étapes)	Guide d'observation Calgary-Cambridge (5 étapes)	Byrne and Long (6 étapes)	Pendleton et al. (7 tâches)	Centré sur le patient (5 dimensions)	BARD (4 dimensions)
Année	1997	1996	1976	1984	2001	2002
Déroulement des étapes ou des dimensions	1. Avant la consultation L'histoire du patient					(iii) Room : proposer un espace cohérent avec la personnalité du médecin
	2. Relation Permettre l'installation de la relation	(i) Engager la séance	(i) Installation de la relation	(vii) Installation de la relation	(v) Accroître la qualité de la relation médecin-patient	(i) Behaviour : Adopter le comportement adéquat
	3. Peurs, idées, préoccupations et attentes Dimension cognitive/affective	(ii) Recueillir l'information	(ii) Motif de consultation	(i) Motif de consultation, y compris les idées, les préoccupations et les attentes	(i) Explorer la maladie et l'expérience qu'elle fait vivre au patient	(ii) Aims : Définir les objectifs de la consultation et les prioriser
	4. Langage commun Résumé Exploration des croyances de santé	(iii) Nouer des liens		(ii) Autres problèmes (iii) Choix de l'action en partenariat avec le patient	(ii) Comprendre tous les aspects de la personne	(iv) Dialogue : Adopter un vocabulaire compréhensible
	5. Traduction Du monde de la vie quotidienne au monde de la médecine Examen physique ou verbal		(iii) Examen verbal ou physique			
	6. Interaction Compréhension partagée Changement de cadre de référence Choix du patient ou du médecin	(iv) Expliquer et planifier	(iv) Examen de la situation par le médecin et le patient et (v) détail du traitement et investigations envisagées	(iv) Compréhension partagée (v) Responsabilité	(iii) Trouver un terrain d'entente pour mieux gérer le problème	
	7. Conversion en action Mise en œuvre / promotion				(vi) Etre réaliste	
	8. Vérification de l'acceptation Filet de sécurité Inscription dans la durée			(vi) Utilisation appropriée du temps et des ressources	(iv) Miser sur la prévention des maladies et la promotion de la santé	
	9. Clôture de la consultation OK ? Prêt pour mon prochain patient ?	(v) Clôture de la consultation	(vi) Clôture de la consultation			

Figure 4 : tableau comparatif des différentes méthodes de communication lors du déroulement d'une consultation. (Fournier et Kerzanet 2007)

V.3 La communication centrée sur le patient :

Pendant de nombreuses années, la relation soignant-malade était comparée à la relation parent-enfant : le malade se projette souvent, comme soumis à la supériorité du médecin. Il dépend de lui pour guérir tout comme un enfant dépend de ses parents pour avancer dans la vie, se nourrir, se vêtir, se loger... Depuis le début du XX^{ème} siècle, de nombreux scientifiques (psychologues, sociologues, médecins...) se sont penchés sur l'intérêt d'une communication entre le médecin et son patient, et la part accordée à la confiance du malade en son soignant dans la réussite du traitement. Michael Balint, cité dans le livre « *La sociologie de la maladie et de la médecine* », parle de « remède-médecin » : l'écoute et l'attention portées au patient peuvent guérir au même titre qu'un médicament (Adam et Herzlich - 2017).

La communication centrée consiste à réaliser une consultation non-directive, où le patient mène l'entretien et aborde lui-même les sujets qui lui tiennent à cœur. Afin d'accéder à un état de santé bucco-dentaire optimal, le dentiste doit placer le patient et son environnement psycho-social au centre de toute décision thérapeutique, en tenant compte à la fois des facteurs intrinsèques à son corps et son état de santé, mais également des facteurs extrinsèques comme le contexte socioculturel, le mode de vie...(Lee et al. 2018)

Un entretien de consultation directif (où le dentiste pose des questions très précises et très orientées, selon ce qu'il a l'habitude de diagnostiquer) présente un danger, d'autant plus avec des adolescents en plein questionnement personnel : dans seulement 23% des cas, le patient a la possibilité d'exprimer ses préoccupations. Dans 69% des cas, le praticien interrompt immédiatement le patient après 18 à 23 secondes et focalise l'entretien sur un aspect particulier (Frankel et Sherman - 2015).

Les premiers travaux sur cette approche ont été réalisés dès 1957 par Michael Balint, cité dans le livre « *La sociologie de la maladie et de la médecine* » (Adam et Herzlich - 2017), qui prend appui sur la sociologie, l'anthropologie et la psychologie médicales. Ses travaux ont été complétés par Stewart qui introduisit vraiment le concept de communication centrée sur le patient dans l'exercice médical. Il le définit comme « tout système ou mode de pensée ou d'action dans lequel prédominent les intérêts humains, les valeurs et la dignité humaine » (Wear - 2009). Il tient compte de l'expérience personnelle et du vécu du patient. Son idée étant d'introduire une notion de psychanalytique dans la pratique de la médecine (Fournier et Kerzanet - 2007).

Cette approche diffère du modèle biomédical essentiellement centré sur la maladie. En médecine, elle a largement fait ses preuves sur différents points :

- réduction de la gravité des symptômes
- réduction des plaintes pour faute professionnelle
- amélioration de la satisfaction du médecin et de l'état émotionnel des patients
- amélioration de la sécurité et de la pertinence des médicaments utilisés
- meilleure compréhension des préoccupations et croyances des patients
- augmentation du niveau d'empathie
- amélioration de communication sur les options de traitement et même d'efficacité des soins (Vergnes et al. 2014)

En revanche, son utilisation en odontologie reste plus rare, de par la définition même de la profession qui vise à soigner une partie du corps (la bouche et en particulier les dents) sans se préoccuper du patient dans sa globalité, et donc à restreindre la vision du dentiste. En effet, celui-ci est amené à poser des questions centrées sur son domaine d'exercice et non à s'étendre au reste du corps (y compris le psychisme). De plus, la formation des étudiants, telle qu'elle est faite aujourd'hui - divisée en différentes disciplines (parodontologie, odontologie conservatrice, endodontie, orthodontie...) - implique que l'étudiant aura tendance à pratiquer un entretien structuré, prédéfini selon un ordre précis, tel qu'il l'a appris dans la théorie, mais également dans la pratique dentaire à l'hôpital universitaire. Cet entretien prédéfini, appelé observation clinique, répond aux exigences de présentation d'un plan de traitement détaillé, pour chacune des spécialités. Le fonctionnement, bien qu'ayant un intérêt de diagnostic et d'établissement d'un plan de traitement prenant en compte logique et chronologie, prédispose les étudiants à ne pas considérer le patient d'un point de vue global. Enfin, la formation est davantage axée sur la pratique ; en effet, un étudiant qui aurait du mal à présenter un plan de traitement, de par sa timidité ou son manque d'aisance avec le patient, ne serait pas sanctionné (Rosenzweig et al. 2016).

J.N. Vergnes a mené de nombreux travaux sur l'importance d'introduire une approche centrée sur le patient en odontologie. Selon lui, dans son article « *L'approche centrée sur la personne : importance de l'écoute en odontologie comme en médecine* » (Vergnes et al. 2014), la consultation dentaire s'articule autour de trois processus, au centre desquels une relation de nature interprétative se crée entre le patient et le dentiste :

1) **Recueil des éléments décisionnels** : le dentiste doit prêter attention à tous les éléments évoqués par le patient. Il doit lui laisser le temps de réfléchir à tout ce dont il aimerait parler, sans l'interrompre. Le praticien peut inciter le patient à évoquer l'ensemble de ses problèmes, sans se limiter à la sphère orale (la santé ne se limite pas à l'absence de maladie, elle consiste également au bien-être psychologique, social et émotionnel. Il faut considérer le patient dans son entité.). Le patient doit se sentir libre de parler ; son expression ne doit pas être dictée par un ensemble de rhétoriques provenant du praticien. Il ne doit pas non plus se sentir jugé, il doit sentir que le dentiste éprouve de l'empathie, qu'il le comprend et respecte ses choix. Il est donc primordial pour le soignant de rester positif, et de parler le moins possible, - c'est-à-dire de ne pas réagir aux faits évoqués par le patient -, d'émettre un diagnostic, même si le patient en avance un. Ce temps de parole, indispensable à la construction de la relation de confiance, est évalué à deux minutes, maximum (temps très court sur l'ensemble de la consultation, d'où l'importance de ne pas couper la parole au patient).

Afin que le patient se sente à l'aise pour s'exprimer sans limite, il est important de faire attention au cadre dans lequel l'entretien se déroule. Par exemple, Il ne faut jamais commencer à discuter des problèmes du patient, dans le couloir en direction du cabinet. Il faut également faire attention aux personnes présentes lors de l'entretien, et d'autant plus avec un adolescent qui peut éprouver le désir de parler sans la présence de ses parents.

La suite de cette étape d'exploration comprend l'anamnèse clinique (il s'agit là d'un questionnement plus directif et centré sur le problème biomédical), l'examen clinique et les examens complémentaires, afin de poser un diagnostic.

L'intérêt de cette première phase est de distinguer dans le diagnostic, d'un côté la cavité buccale et de l'autre le patient dans sa dimension biopsychosociale. Ainsi, une solution appropriée et réalisable pourra être proposée à l'étape suivante.

2) **Elaboration d'un plan de traitement** : celui-ci doit être réalisé de manière coordonnée avec le patient. Il doit comprendre l'ensemble des étapes, afin que le patient puisse y adhérer. Chacune d'entre-elles doit être spécifiquement adaptée à son vécu, son environnement social, sa capacité de compréhension et sa motivation. On parle de « prise de décision partagée ». Chacune des options thérapeutiques doit être justifiée.

Si plusieurs options sont envisagées, le praticien doit expliquer dans un premier temps, de manière neutre, la solution la plus adaptée, puis inciter le patient à s'orienter vers celle qui répond au mieux à ses besoins et celle qui lui correspondra le mieux. Cette option peut parfois

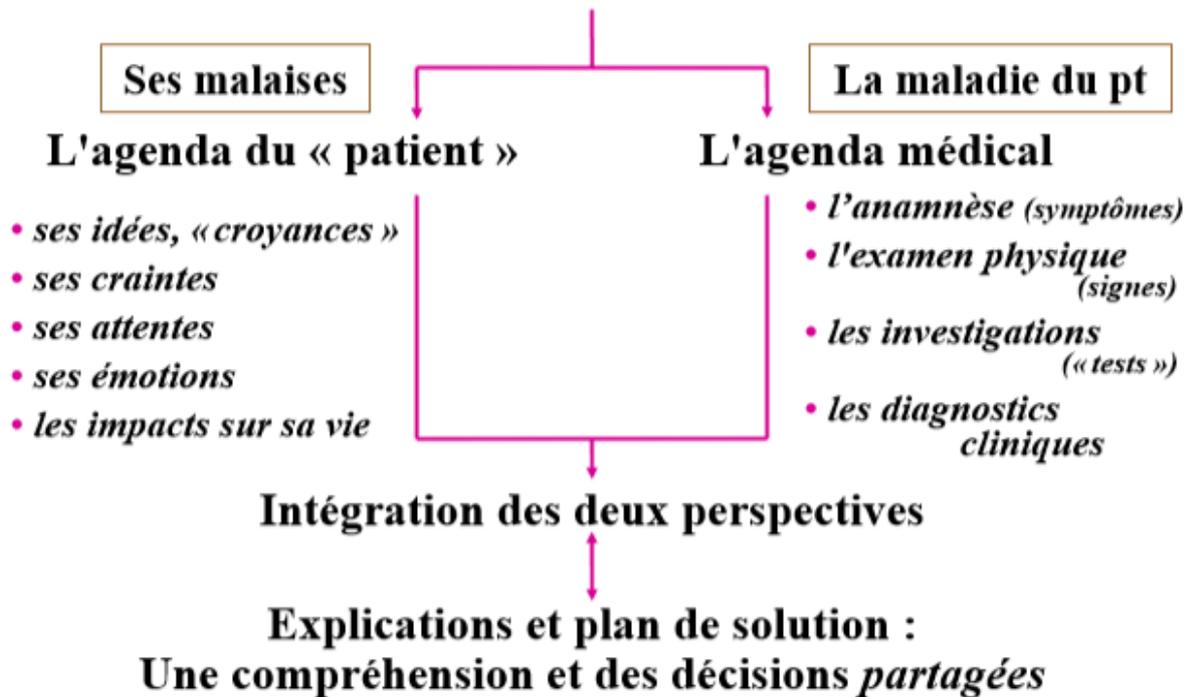
différer des recommandations scientifiques (ex : un patient phobique des interventions chirurgicales, pour qui la pose d'un implant serait la solution scientifiquement parlant la plus adaptée, sera orienté davantage vers un appareil amovible ou un bridge selon l'état bucco-dentaire. Il en va de même pour l'aspect financier, qui doit être évoqué de manière directe et non différée). Le chirurgien-dentiste endosse alors le rôle de conseiller, afin d'orienter le patient dans le cadre d'une « alliance thérapeutique » (Mead et Bower - 2000). Ainsi, le patient choisit, de manière libre et éclairée, le traitement qui lui correspond le mieux. Il connaît les tenants et aboutissants de la thérapeutique dans laquelle il s'engage et peut ainsi donc y participer de manière active et motivée.

3) **Intervention personnalisée** : après avoir établi un plan de traitement en collaboration avec le patient, ce qui sera déterminant dans la réussite de la thérapeutique dentaire est l'implication du patient. En effet, la santé bucco-dentaire repose sur une maintenance de l'hygiène orale au quotidien. Le dentiste doit donc savoir motiver son patient à respecter les recommandations qu'il lui aura spécifiquement prescrites, en fonction de ses besoins (brosse à dent électrique ou manuelle, temps de brossage, diamètre des brossettes inter-dentaire, apport fluoré...). Si le patient ressent que le dentiste lui propose une solution personnalisée, il aura davantage tendance à l'observer.

Enfin, l'intervention personnalisée du chirurgien-dentiste ne se résume pas à son action bucco-dentaire, car comme évoqué précédemment, l'entretien a porté sur l'ensemble bio-psycho-social du patient. Si le praticien détecte un besoin de soins autre que dentaire, il est nécessaire d'en faire part au patient et de l'inciter à consulter un confrère. Le dentiste doit être capable de faire passer le message à son patient, bien que celui-ci ne soit pas venu le voir pour recevoir ce type d'information. Dans le cadre d'une prise en charge globale du patient, il est important de se créer un réseau de professionnels de santé (du domaine buccodentaire, médical, paramédical, etc.) (Vergnes et al. 2014) (Vergnes et al. 2015).

Une approche centrée sur le « patient » !

La rencontre « patient » - médecin



Traduit et adapté de Stewart M et coll. , 1995

Figure 5 : schéma représentatif de la méthode de communication centrée sur le patient. (Bourdy et al. - 2004)

V.4 Calgary - Cambridge : stratégie de communication et structuration de la consultation :

Le guide de Calgary et Cambridge est une grille établie dans le but d'aider, dans un premier temps, les étudiants en médecine, puis plus globalement les soignants de toutes disciplines de santé, lors des premières consultations avec leur patient.

Il s'agit d'une grille permettant de structurer l'entretien étape par étape et d'ainsi aider le professionnel de santé à réaliser un entretien non directif centré sur le patient, sa personnalité et son vécu.

Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale

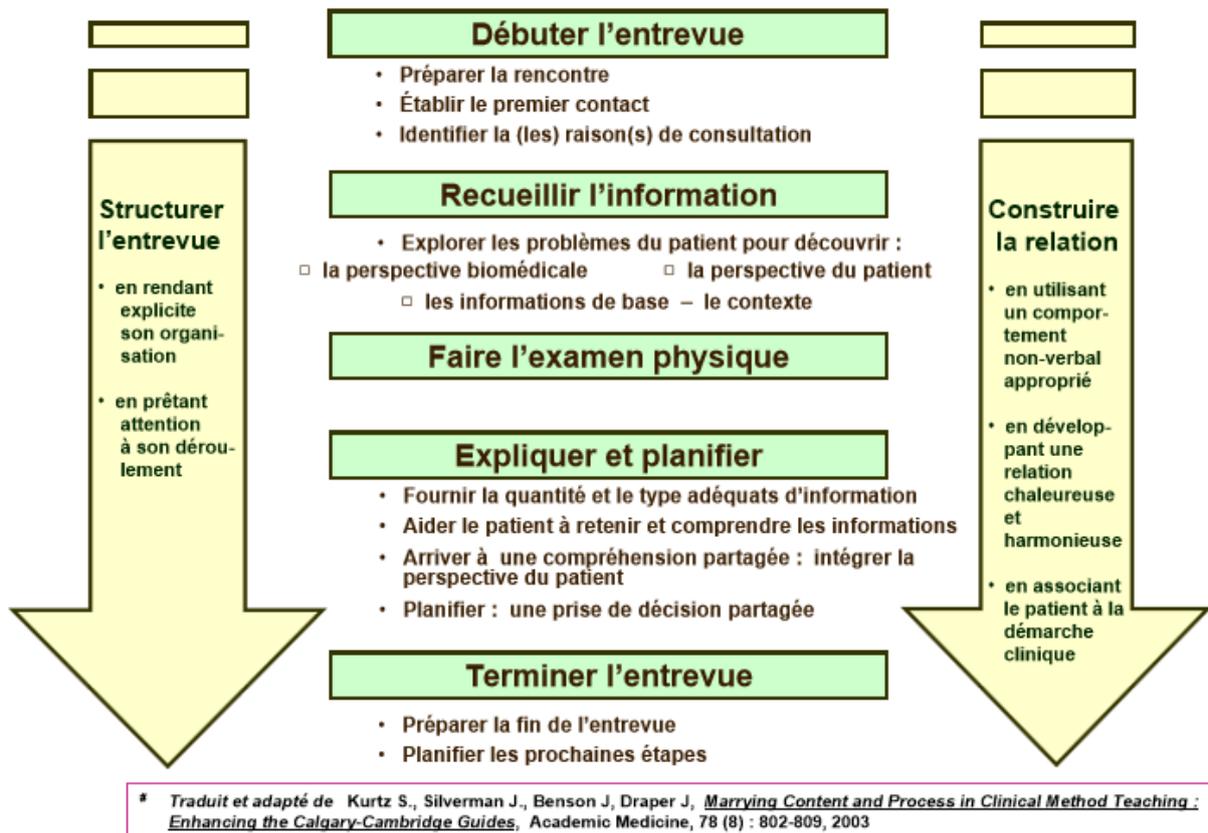


Figure 6 : schéma représentatif du déroulement d'une consultation selon le guide de Calgary-Cambridge (Bourdy et al. - 2004)

Une étude menée récemment sur des étudiants en dentaire prouve que ce guide permet une réelle amélioration de la qualité de communication des futurs jeunes dentistes (Krause et al. - 2017). En effet, une autre étude plus ancienne prouve que les étudiants en dentaire manquent de formation en communication. Seule, l'expérience clinique avec le patient ne serait pas suffisante à une bonne relation patient-soignant. La mise en place de cours complémentaires de communication, basés sur le guide de Calgary-Cambridge, permettrait d'améliorer nettement le ressenti des étudiants et des patients (Haak et al. - 2008).

Chacune des 5 étapes (commencer l'entrevue, recueillir l'information, procéder à l'examen physique, expliquer et planifier, et conclure l'entretien) doit être scrupuleusement suivie, afin de structurer l'entrevue et de construire une relation de qualité. Nous allons reprendre chacune d'elles en détails, en s'appuyant sur le document « *Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication* » (Bourdy et al. - 2004).

V.4.1 Commencer l'entrevue :

L'objectif est d'établir un premier contact accueillant et chaleureux. Le médecin salue le patient, se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue. Il est très important de montrer du respect et de l'intérêt pour le patient, se soucier de son confort.

Avant de débiter tout entretien, il faut avoir l'esprit libre. Si le dentiste pense encore à son cas précédent, il ne pourra pas être pleinement concentré avec ce nouveau patient. Il faut donc être complètement disponible, finir de traiter tous les dossiers sur lesquels on travaillait, quitte à prendre quelques minutes de retard, si cela permet un meilleur investissement.

Il faudra cependant faire attention lors d'un premier rendez-vous à ne pas être trop en retard, afin de donner une bonne image et d'éviter d'ajouter un stress inutile, à la fois au dentiste et au patient. L'idéal serait donc de mettre les premiers rendez-vous, en début de matinée et en début d'après-midi.

Quel que soit le type de patient, l'entrevue débute toujours en salle d'attente. Il est recommandé d'aller soi-même chercher le patient et non de le faire appeler par son assistante. En effet, c'est là que se crée le premier contact.

Il est conseillé de faire remplir une fiche d'informations générales et médicales par le patient, lorsqu'il patiente en salle d'attente et à reprendre ensuite avec lui, en début de consultation.

En appelant son patient, le dentiste doit observer son attitude non-verbale, qui est spécifique à chacun des profils de patients.

Le dentiste se présente ensuite directement avant de l'emmener à son cabinet. Ex : « *Bonjour, je me présente, je suis le docteur X, c'est moi qui vous recevrai aujourd'hui* ». Ainsi, le patient prend rapidement conscience des différents membres de l'équipe. Dans le cas contraire, des doutes peuvent s'installer, jusqu'à l'arriver au cabinet : « *S'agit-il du dentiste ? De l'assistante ?....* ». De plus, le fait de ne pas se présenter renvoie une mauvaise image et empêche l'installation d'un climat chaleureux.

Il est bien de faire un pas vers le patient, de l'accueillir chaleureusement, avec un sourire et de soutenir le regard, même si l'adolescent, lui, ne le tient pas. Enfin, le dentiste serrera la main à son patient. Ainsi, il lui accorde de l'importance, il se sent valorisé et considéré comme un adulte. De plus le fait de serrer la main fait débiter la relation par un premier contact.

Par la suite, il faut identifier le (les) motif(s) de consultation :

1. Identifier à l'aide d'une rhétorique d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite aborder durant l'entretien (« *Quels problèmes vous amènent aujourd'hui ?* »). Ainsi, on laisse le patient mener l'entretien.

2. Écouter attentivement le discours du patient, sans l'interrompre ou orienter sa réponse.

3. Confirmer les raisons de consultation et vérifier s'il y a d'autres problèmes (« *Donc, vous souhaitez que l'on trouve la cause de vos saignements de gencives quotidiens. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui ?* »)

V.4.2 **Recueillir l'information :**

Le recueil de l'information doit se faire de manière stratégique. Le dentiste doit encourager le patient à raconter l'historique de son (ses) problème(s), en expliquant ce qui l'a amené à consulter au moment présent, ceci afin d'arriver à obtenir l'ensemble des informations nécessaires, sans mener un entretien directif. Cette partie est primordiale, car elle permettra de confirmer le profil du patient, de pouvoir adapter son discours pour mettre à l'aise le jeune et, par la suite, de mieux gérer l'examen clinique, l'entretien motivationnel, puis la programmation des soins futurs. Plusieurs techniques peuvent être choisies :

- **poser des questions ouvertes** : elles s'opposent aux questions fermées et laissent apparaître les préoccupations du patient. Contrairement aux questions fermées, qui peuvent cloisonner l'entretien sur un unique point médical et rendre alors insuffisants les soins futurs prodigués, les questions ouvertes permettent au patient de prendre le temps d'évoquer l'ensemble des problématiques qu'il aimerait voir abordées. Il est préférable en cas de besoin d'informations précises, comme l'état de santé général, de faire remplir un questionnaire médical en salle d'attente, puis de le reprendre avec le patient. En revanche, si l'adolescent a évoqué dans ce questionnaire, un point qui semble important, le dentiste pourra revenir dessus, sous forme de dialogue et non de questions directes. Ces questions ouvertes vont permettre à l'adolescent de mener lui-même l'entretien.

Certaines questions, pour démarrer, sont plus pertinentes que d'autres. Par ex : « *Comment allez-vous ?* » amène le patient, surtout s'il n'est pas à l'aise, à répondre par l'affirmatif « *Je vais bien, merci.* », sans que cela n'apporte d'informations, ni sur la perspective biomédicale, ni sur celle du patient.

Alors que la question « *Pour quelles raisons venez-vous ?* » permet au patient d'exprimer à la fois son état d'esprit général et ses problèmes de santé. Le patient va orienter la conversation sur le problème qui lui semble le plus important.

- **valoriser** : les adolescents ont besoin de se sentir appréciés. Chaque démarche, et notamment celle de venir consulter le dentiste, doit être valorisée par le praticien. Il renforce ainsi le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi du patient. Lors du recueil de l'information, le patient peut donner des informations telles que « *Je me brosse les dents matin et soir, pourtant, j'ai mauvaise haleine* ». Il est important de rebondir sur ses bons gestes et les mettre en valeur : « *C'est déjà de très bonnes habitudes que vous avez. La cause de votre mauvaise haleine est peut être ailleurs, nous allons voir cela ensemble* ».

- **pratiquer l'écoute réflexive** : il s'agit de montrer au patient que nous sommes à son écoute, par différentes techniques : répétition, reformulation, paraphrase... Ainsi, le patient développe sa pensée et insiste lui-même sur ce qui est mis en avant par la reformulation du dentiste. De plus, cette technique donne confiance au patient, il parle plus facilement.

- **les silences** : le dentiste devra montrer une attention évidente. Lorsque le patient fait de lui-même des pauses, il est bien de marquer également un temps pour le laisser réfléchir à ce qu'il veut dire et ne pas l'interrompre par une question. Ainsi, le patient est encouragé à aller plus loin dans sa pensée et approfondir certains points. Il faudra cependant faire attention à ne pas laisser un silence trop long s'installer, ce qui pourrait être embarrassant. Ainsi, si l'on constate que le patient ne souhaite pas en dire plus, le dentiste devra rebondir sur les derniers faits évoqués. Il est bien d'accompagner ces silences de signes non-verbaux, comme les mimiques faciales.

L'analyse des indices verbaux et non-verbaux (langage corporel, discours, expression faciale...) permet de savoir ce qui semble le plus important/contraignant pour le patient. Une fois repéré, il est bien de proposer son interprétation au patient et s'assurer que le patient est d'accord. (Il faudra faire attention à utiliser des termes vulgarisés, au détriment du jargon médical). Au besoin, on demandera au patient de clarifier ce qui n'est pas apparu évident ou qui nécessite plus de détails. A la fin du recueil de l'information, le dentiste doit être capable de connaître les craintes du patient afin de les contourner lors de l'examen clinique.

Les liens « contenu et processus » : un exemple, recueillir l'information

- **Le processus : les habiletés pour l'exploration des problèmes du patient**
 - L'histoire du patient
 - Le style des questions: de ouvertes à fermées
 - L'écoute active
 - La facilitation
 - Le relevé des indices verbaux et non-verbaux
 - La séquence des évènements
 - Les résumés
 - L'emploi d'un vocabulaire approprié
 - Les habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient
- **Le contenu à découvrir**

La perspective biomédicale (la maladie)

- La séquence des évènements
- L'analyse des symptômes
- La revue pertinente des systèmes

La perspective du patient (les malaises)

- Ses idées et croyances
- Ses préoccupations
- Ses attentes
- Les impacts sur sa vie
- Ses émotions

Les informations de base – le contexte

- L'histoire médicale antérieure
- L'histoire de prise de médicaments et d'allergies
- Les antécédants familiaux
- Les antécédants personnels et sociaux
- La revue des systèmes

* Traduit et adapté de Kurtz S., Silverman J., Benson J., Draper J, Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching : Enhancing the Calgary-Cambridge Guides, Academic Medicine, 78 (8) : 802-809, 2003

Figure 7 : étapes clés du recueil de l'information (Bourdy et al. 2004)

V.4.3 L'examen clinique :

Le dentiste invite le patient à s'installer sur le fauteuil. Afin de limiter toute gêne, il doit s'assurer que le patient est confortablement assis, que la tête est à la bonne hauteur, et que le scialytique ne l'éblouit pas (ce qui pourrait tout de suite déstabiliser un patient stressé). Il faudra procéder par étape, évaluer chaque sextant et au besoin réaliser les tests diagnostiques nécessaires (sondage, tests de sensibilité...) et les radiographies complémentaires.

V.4.4 **Expliquer** :

Le dentiste doit s'assurer de fournir la quantité et le type adéquat d'informations, selon le profil du patient. Dans le cas des adolescents, il faudra employer des termes dont on est sûr qu'ils leur sont familiers.

En aucun cas, il ne faudra culpabiliser le patient avec le bilan de la situation ; cela risque de le frustrer et donc de lui faire adopter le comportement inverse à celui souhaité, pour améliorer son état bucco-dentaire.

Une fois le diagnostic posé et expliqué, le dentiste demandera au patient quelles autres informations lui seraient utiles (pronostic, moyens de prévention...). Chaque conseil devra être donné au moment opportun, sans précipitation, car, donné trop tôt, il risquerait de ne pas être suivi.

Certaines méthodes aident le patient à mieux retenir et comprendre les informations :

1. Organiser les explications : l'information est donnée selon un enchaînement logique.
2. Annoncer les changements de thème (par ex. : « *Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement...* ». « *Maintenant, abordons...* »).
3. Utiliser la répétition et les résumés pour insister sur certains points importants.
4. Utiliser un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, éviter le jargon médical, ou du moins l'expliquer, s'il n'est pas contournable.
5. Utiliser des aides visuelles pour transmettre l'information : diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (dépliants). Si une radiographie a été réalisée, il est bien d'expliquer la situation en montrant précisément l'étendue du problème sur celle-ci (carie volumineuse, lésion apicale, lyse osseuse...)

L'objectif est d'arriver à une compréhension partagée, afin, par la suite, d'avancer ensemble pour résoudre le problème de santé bucco-dentaire. Il faut, pour cela, faire le lien entre le diagnostic évoqué, le pronostic, traitement proposé et les craintes/préoccupations du patient (évoquées lors du recueil de l'information). Il est important d'inciter le patient à poser des questions, exprimer ses doutes, ses inquiétudes, sa peur de l'échec ou sa volonté de réussir dans le traitement.

Dans cette dernière partie de la consultation, l'analyse des indices verbaux et non verbaux reste primordiale : il faut savoir repérer quand le patient souhaite prendre la parole ou poser des questions, ou bien les signes de surcharge d'information. Les adolescents se

déconcentrant rapidement, il est essentiel d'aller droit au but, sans fournir trop de détails superflus et rentrer dans ce qui pourrait lui sembler un cours magistral.

V.4.5 **Planifier :**

Il faut évoquer l'ensemble des soins dont nécessite le patient. Tout en impliquant le patient, le dentiste exposera les différentes thérapeutiques envisagées, le pronostic de chacune, le nombre de séances que cela va prendre. Il est nécessaire de s'assurer du niveau d'implication souhaité par le patient dans les décisions à prendre. Par exemple : si un adolescent poly-carieux souhaite commencer par les soins des dents antérieures, car il ressent une gêne esthétique importante, il faudra impérativement le prendre en compte et y répondre positivement dans la mesure du possible.

V.4.6 **Terminer l'entrevue :**

Cette étape a pour but de planifier les prochaines étapes, de confirmer le plan de traitement étape par étape, séance par séance, avec le pronostic de chacune et les facteurs d'échecs possibles. Dans le cas des adolescents, au moment de la conclusion, il est bien de faire venir le parent/représentant légal, si celui-ci n'a pas assisté à la consultation. Il faudra alors faire signer un consentement libre et éclairé, ainsi qu'une autorisation de soins, afin que le patient puisse revenir seul, pour les prochaines séances de soins. Au besoin, les devis seront établis avant la clôture de l'entrevue.

Le principe de ce guide repose sur le fait qu'aucun soin n'est réalisé lors de la première consultation, afin de laisser le temps à la relation de confiance de se mettre en place. Ainsi, le patient ne ressent aucune intrusion, violation de barrière physique, qui pourrait le mettre mal à l'aise et donc ternir les rapports futurs.

Tout au long de la consultation, si le praticien suit précisément ces étapes, s'il arrive à structurer l'entrevue en rendant explicite chacune des étapes, il réussira à construire une relation sereine. La construction se fait tout au long de la consultation au moyen d'attitudes verbales et non verbales, en fonction du profil du patient, mais aussi de celui du praticien. Un adolescent a des attentes relationnelles envers le soignant supérieur à toutes autres catégories de patient.

Comme détaillé dans le tableau ci-dessous, on distingue quatre grandes catégories d'attitude relationnelle des professionnels de santé et de ressenti des patients, en fonction de la pédagogie et de l'empathie du dentiste.

Il est important de la part du praticien de découvrir, de manière objective, quelle attitude il adopte lors de la consultation (celle-ci peut varier en fonction de l'évolution des événements, au cours d'un même entretien ou entre deux patients différents) et éventuellement de l'améliorer, afin d'atteindre la catégorie « allié ».

Attitudes relationnelles des professionnels de santé ⁽²⁴⁾			
Empathie		Le médecin fournit de l'information	
		Peu	Beaucoup
Le médecin comprend les émotions du patient	Peu	<p>Le « technicien » Le professionnel est plongé dans le concret, il va droit au but et ne se laisse pas impressionner par l'état d'âme du patient. Son expertise et son assurance sont des garanties suffisantes pour les patients. Le patient peut ne pas se sentir compris quant aux angoisses et aux interrogations qu'il aurait voulu exprimer.</p>	<p>Le « professeur » Le professionnel est conscient que le patient se pose de nombreuses questions au sujet de sa maladie et de son traitement. Il prend toujours le temps nécessaire pour répondre et expliquer de manière claire et précise les éléments essentiels. Il est sûr de ses explications et de la compréhension des patients, mais il néglige la dimension émotionnelle du patient. Le patient peut ne pas se sentir compris.</p>
	Beaucoup	<p>Le « psy » Le professionnel a compris l'importance de l'écoute du patient en prenant une réelle aisance à le faire parler. Il prend le temps de se montrer attentif aux réactions et comportements du patient. Il ne juge pas toujours utile de donner au patient des explications sur la maladie et son traitement. Le patient a le sentiment d'être compris et écouté, mais il lui manque des explications sur sa maladie et son traitement pour être rassuré de manière durable.</p>	<p>L' « allié » Le professionnel réalise un bon équilibre entre l'écoute du patient et les informations qu'il lui donne. Ces deux compétences (humaine et technique) permettent une véritable alliance thérapeutique. Le patient se sent considéré, compris et en confiance. Il s'exprime très librement et a les explications claires et précises sur la maladie et son traitement.</p>

Figure 8 : Tableau caractérisant les attitudes relationnelles des professionnels de santé (INPES - 2009)

Chacune des étapes précédentes doivent être réalisées selon un ordre rigoureux ; ainsi, cette organisation permettra, tout au long de l'entretien, de construire la relation grâce à un entretien structuré.

V.4.7 Structurer l'entrevue :

Il est important que le patient se rende compte de l'avancée des étapes de la consultation. A chaque fin d'étape, il est conseillé au dentiste de proposer au patient un résumé de ce qui a été exploré, diagnostiqué et conclu, avant de passer à l'étape suivante.

Ainsi, cela permet au patient de voir s'il a été bien compris et au dentiste de s'assurer qu'il a retenu l'ensemble des informations qui étaient importantes pour le patient et qui nécessiteront une investigation.

Afin que le patient se rende bien compte de la progression, le dentiste devra exprimer clairement qu'il passe à une autre étape, en expliquant le lien de causalité entre les deux (Ex : « *Maintenant que nous avons bien cerné le motif de votre consultation, nous allons procéder à l'examen clinique, afin d'investiguer la raison de vos maux.* »)

V.4.8 Construire la relation :

Afin de construire une relation de confiance, et ce tout au long de l'entrevue, plusieurs techniques peuvent être employées et cela, quelle que soit l'étape de la consultation :

- Utiliser un comportement non-verbal approprié : cela passe par un contact visuel : il faut soutenir le regard avec le patient, ou une expression faciale adaptée à la situation (interrogation, approbation,...). A cela s'ajoute une attitude à adopter : faire attention à sa posture, sa position, s'exprimer avec des gestes / mouvements.

- Accompagner son discours d'indices vocaux : faire varier le débit, le volume, la tonalité de sa voix, en fonction de l'idée que l'on souhaite faire passer.

- Dans le cas où le dentiste souhaite prendre des notes, consulter un document ou lire le questionnaire médical, il est primordial de le faire de manière stratégique, afin que cela ne pèse pas sur la relation. Le patient ne doit pas avoir l'impression de ne pas être écouté, lorsqu'il s'exprime.

- Le dentiste doit montrer à son patient qu'il est à son écoute, à chaque étape de la consultation, il doit se montrer bienveillant envers les sentiments et émotions du patient, sans jamais le juger. Le patient ne doit pas ressentir un effet de hiérarchie ou de supériorité, lorsqu'il se confie au soignant. Pour cela, l'empathie est l'attitude idéale à adopter, ainsi le patient a le sentiment d'être compris, aussi bien dans son problème médical, mais également dans ses doutes, ses émotions, son ressenti, et ses problèmes extra-médicaux... Il faut savoir répondre de manière appropriée, avec délicatesse, lorsque le patient aborde des sujets embarrassants, qui lui tiennent à cœur ou qui lui font émerger des sentiments désagréables.

- Enfin, il est important d'associer le patient à la démarche clinique : à chaque étape de l'entrevue, le dentiste explique son diagnostic, afin de faire participer le patient, l'encourager à être actif dans la démarche de soins, afin de créer un partenariat efficace durant la séance, en inter-séances, puis sur du long terme.

Lors de l'examen physique, chaque geste doit être utile et justifié auprès du patient, afin qu'il ne ressente pas cette étape comme une intrusion ou bien qu'il se pose la question de l'intérêt de tel ou tel acte (les dentistes étant souvent perçus comme des « soignants excessifs » : une étude montre que près de 40% des patients pensent que les dentistes recommandent des traitements inutiles (Croutze - 2010)). L'idéal serait de demander l'accord du patient avant l'examen.

V.5 Entretien motivationnel : auto-détermination et motivation :

L'entretien motivationnel est une méthode de communication centrée sur le patient, encore peu exploitée en France, mais qui a largement prouvé son efficacité aux Etats-Unis. Elle se veut efficace pour toutes les situations thérapeutiques où ambivalence et motivation sont au centre d'un processus de changement menant à un état de santé (Michaud et Lécallier - 2004).

Les premiers écrits traitant de l'Entretien Motivationnel (EM) datent de 1983, par Miller (cité dans le livre pratique de l'Entretien Motivationnel (Rollnick et al. 2009)). Il décrit plusieurs principes sur lesquels le soignant doit s'appuyer :

- **Faire preuve d'empathie** : bien qu'apparu tardivement en France (vers les années 1960), l'empathie est un concept qui a évolué et qui est devenu courant dans la société actuelle (Brunel et Cosnier - 2012). Plusieurs définitions lui ont été données, comme la contagion émotionnelle, une capacité cognitive représentative de la compréhension des émotions, d'écoute, de réaction face à la souffrance d'autrui (Favre et al. 2005). Quatre étapes forment le concept d'empathie (Reik - 1935): l'identification (la contemplation, l'attention au patient), l'incorporation (attribution de l'expérience du patient), la réverbération (ce que le patient éprouve et l'évaluation de ses propres ressentis en retour), et enfin le détachement (garder sa propre identité, rester deux personnes différentes). La compréhension du patient par l'analyste est primordiale dans l'empathie (Brunel et Martiny - 2004).

Une étude a été menée à la clinique de soins de santé bucco-dentaire de l'Université de médecine internationale de Kuala-Lumpur (Malaisie), de mai à octobre 2014, dont le but était d'évaluer la perception des patients, quant à l'empathie des étudiants en dentaire. Elle a montré que les étudiants de deuxième année (donc en début de cursus) avaient un niveau d'empathie supérieur à ceux des autres années d'études. De plus, plus l'étudiant avance dans son cursus, moins il éprouve d'empathie pour les patients. Or, celle-ci étant le squelette de la relation de confiance, l'auteur en conclut que les universités dentaires devraient mettre en place des processus permettant d'améliorer le comportement empathique des étudiants, « par exemple en intégrant les sciences humaines et les arts dans les programmes, ainsi que des exercices de jeu de rôle et d'auto-réflexion » (Babar et al. 2017).

L'empathie est donc une attitude indispensable, à adopter par le soignant, pour construire une relation efficace avec son patient. Elle consiste à éprouver ce que ressent le patient, sans que ses propres émotions n'interfèrent avec celles du patient. Le dentiste devra discuter avec le patient de ses sentiments, afin qu'il ait l'impression d'être écouté et compris dans sa souffrance et sa pathologie.

- **Développer les divergences** : contrairement à un entretien centré sur le patient et non directif, l'EM vise à justement être directif, pour faire prendre conscience de l'importance de changer le comportement actuel qui est néfaste à la santé.
- **Rouler avec la résistance** : il est nécessaire de prendre précocement conscience des éléments pouvant entraver la relation de confiance et notamment la résistance du patient vis-à-vis de la thérapeutique proposée. Il est alors inutile de persévérer dans l'opposition. L'objectif sera de donner au patient les moyens de changer de points de vue et lui faire prendre de lui-même la bonne décision en allant dans son sens.
- **Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle** : l'EM permet d'augmenter la confiance du patient en ses capacités personnelles de surmonter les obstacles. Cette confiance serait d'autant plus valorisée si le patient voit que le dentiste croit en ses capacités (Rollnick et al. 2009).

VI. Position du dentiste dans la relation aux soins :

VI.1 Les limites du chirurgien-dentiste vis-à-vis de l'adolescent :

VI.1.1 Une limite physique :

La relation entre le dentiste et l'adolescent peut être perturbée, si l'adolescent ressent une intrusion physique de la part du dentiste. En effet, comme évoqué précédemment, avant de passer à l'examen physique à proprement parler, il faut acquérir la confiance du patient, afin que celui-ci se laisse examiner. Le simple fait d'ouvrir la bouche doit être volontaire et non forcé, car celle-ci est représentative de nombreux « maux et mots », comme l'évoque le Dr Hugly : « *La bouche et les dents jouent un rôle psychologique symbolique très particulier dans l'équilibre psychologique, dans les relations interpersonnelles, intimes et sexuelles, et dans le développement psycho-social.* » (Thery-Hugly 2017).

Ainsi, l'adolescent sait pertinemment qu'en ouvrant la bouche, le dentiste aura accès à son vécu : traces de tabac, odeur d'alcool, érosions liées à d'éventuels vomissements ou abus de sodas, antécédents de caries / soins dentaires liés probablement à une hygiène négligée, etc., mais pourra également modifier l'esthétique et donc l'image qu'a l'adolescent de lui-même. Celui-ci pourrait donc mettre un terme à l'entretien, s'il ne se sent pas à l'aise avec le soignant.

VI.1.2 Une limite morale :

Parmi les freins à une relation de confiance durable entre un patient et son dentiste, on note l'aspect psychologique : la notion de transfert et contre-transfert.

Le transfert est un des concepts-clés de la psychanalyse, introduit par Freud en 1895 et repris par de nombreux psychanalystes, dont Lacan ou Laplanche. Il est un élément essentiel à toute relation et intensifié dans la relation analytique.

Le transfert, selon Laplanche et Pontalis, désigne « *Le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets, dans le cadre d'un certain type de relation établie avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles, vécue avec un sentiment d'actualité marqué.* » En d'autres termes, le patient transfère des situations antérieures, vécues positivement ou négativement, sur la relation de soins actuelle (Laplanche et Pontalis - 1967).

Freud explique les cas de transfert qui nuirait à la relation patient-soignant en rendant impossible l'acceptation des soins :

- le malade se croit négligé, humilié ou offensé par le médecin; (cette théorie est très importante et ne doit pas être négligée avec les adolescents qui chercheront l'opposition).
- le malade a peur de trop s'attacher au médecin, d'en être trop dépendant ou même de lui être sexuellement asservi. « *L'adhésion totale des patients, leur entière attention, mais surtout leur confiance sont indispensables, puisque l'analyse nous entraîne toujours vers les faits les plus secrets, les plus intimes. Bien des malades, parmi ceux auxquels le traitement se prêterait le mieux, échappent au médecin, dès qu'ils ont le moindre soupçon de la voie où va les entraîner cette investigation. Pour ceux-là, le médecin est demeuré un étranger* » (Natanson - 2001). (Ici revient l'idée de la symbolique de la bouche, l'idée d'intrusion dans le corps et dans les sentiments).
- la malade craint de reporter, sur la personne du médecin, les représentations pénibles nées du contenu de l'analyse : « *Le transfert au médecin est réalisé par une fausse association* ». Le patient peut ressentir de la peur et de l'hostilité envers le soignant qui, par son statut, a une position de puissance et de savoir, symboliques du père (chez l'adolescent, le médecin est souvent associé à une autorité, telle les parents ou les professeurs, qui veut lui imposer un choix qui n'est pas forcément le sien) (Laufer - 2005).

Dans un deuxième temps, Freud va décrire la relation vue du côté du médecin, il s'agit du contre-transfert : « *Le procédé en question (la psychothérapie, telle qu'il la pratique en 1890, où il n'a pas encore abandonné l'hypnose) est fatigant pour le médecin, lui prend un temps considérable et présuppose chez lui un grand intérêt pour les faits psychologiques et beaucoup de sympathie personnelle pour les malades qu'il traite* » (Freud - 1912).

En l'occurrence, le dentiste va réagir aux mouvements affectifs de son patient, en fonction de son propre vécu. Sa réaction sera plus ou moins mesurée, en fonction de la personnalité du patient, de son sexe, de sa présentation, de son comportement, du patient idéal pour le soignant (basé sur des expériences antérieures), de sa pathologie ou de facteurs personnels contingents comme l'humeur du moment, l'état de fatigue, etc.

Les risques d'un contre-transfert mal géré par le praticien sont nombreux : déficit de communication ou des actes manqués pouvant être préjudiciables à la santé du patient (déficit d'hygiène, oubli dans une prescription, adressage facile à des confrères ou défaut dans le suivi de soins,...) (Rosenzweig - 2014).

VI.1.3 Les représentations qu'ont les dentistes des adolescents :

La relation avec un adolescent reste très particulière. L'adolescent attend beaucoup du côté relationnel pour s'investir dans les soins, il espère du dentiste une implication à la fois émotionnel et clinique. Cependant une relation de confiance ne peut se créer que si, des deux côtés, l'image de l'interlocuteur est bonne.

Or, il existe chez les adultes des préjugés sur les adolescents qui peuvent nuire à cette relation et en constituer un frein :

- les préjugés issus de l'adolescence du dentiste
- l'effet miroir, vis-à-vis des adolescents, du dentiste
- la relation à l'adolescent dans le quotidien, l'image que la société renvoie des adolescents.

Le guide pratique de l'INPES propose un tableau aidant le praticien à faire une introspection sur sa représentation de l'adolescent. Il est conseillé de le faire régulièrement, pour voir si les réponses évoluent avec l'expérience et les différents patients traité.

L'adolescence commence de plus en plus tôt et finit de plus en plus tard.
Adolescence et puberté, même combat !
Adolescence rime avec insouciance...
Les adolescents se croient immortels...
Les adolescents ne pensent pas à leur avenir.
Aujourd'hui, les premiers rapports sexuels ont lieu à 15 ans.
Aujourd'hui, les adolescents ont plein de partenaires sexuels.
Être enceinte, c'est ce que les adolescentes redoutent le plus.
Les adolescents sont mal dans leur peau.
Les adolescents rejettent leurs parents.
Les adolescents ne supportent plus l'autorité.
Les adolescents ne supportent pas qu'on leur fixe des limites.
Les adolescents recherchent le plaisir immédiat. C'est tout, tout de suite.
Les adolescents sont impulsifs.
Les adolescents n'aiment pas parler d'eux-mêmes.
Le plus important pour un adolescent, c'est d'être comme les autres.
Si les adolescents prennent des risques, c'est qu'ils n'en mesurent pas les conséquences.
Les adolescents sont plus violents qu'avant...
Depuis dix ans, il y a de plus en plus de suicides d'adolescents.
Les adolescents n'écoutent pas les adultes.
À l'adolescence, les peines de cœur sont sans grande importance.
Les adolescentes sont plus matures que les adolescents.
Pour les adolescents, seuls comptent les amis.
À partir de 18 ans, ce ne sont plus des adolescents mais de jeunes adultes responsables.
L'adolescence n'existe pas...

Figure 9 : Différentes idées que peut avoir un soignant sur les adolescents (INPES - 2009)

VI.1.4 Savoir réorienter :

Il est important de connaître ses limites et de savoir si l'on est capable de gérer une situation et surtout de la gérer mieux qu'un confrère. Comme dit précédemment, la relation à l'adolescent est imprégnée d'un côté affectif (références personnelles, familiales) qu'il faut savoir ajuster : sans garder trop de distance (ce qui pourrait empêcher tout lien de se créer), il faut être capable de prendre du recul, et de ne pas s'investir affectivement de manière trop importante.

Si l'on ne tient pas une distance correcte avec l'adolescent, plusieurs conséquences apparaissent et seront néfastes pour la suite :

- sous-estimer, relativiser ou inversement dramatiser certaines situations
- vouloir obligatoirement apporter un soin, alors que celui-ci n'est pas nécessaire, faire preuve de paternalisme
- ne pas être objectif face à la situation de l'adolescent

- faire un amalgame entre le patient et la vision générale que l'on a de l'adolescent. Le patient n'est pas considéré comme une entité à part entière, mais comme un élément d'un groupe stéréotypé, pour lequel notre avis est déjà fixé (INPES - 2009).

C'est pourquoi, le dentiste doit être capable de faire une introspection et de savoir s'il serait mieux ou non d'adresser le jeune à un confrère, pour la suite des soins. Celui-ci pourrait avoir plus d'impact, un meilleur relationnel et donc une meilleure consilience aux soins.

VI.2 Exemple d'un guide médical d'entretien HEADSSS :

Depuis quelques années, des cours à option « Santé et développement à l'adolescence » ont été développés par une équipe d'enseignants interprofessionnels à Genève. L'enseignement utilise comme support l'outil d'entretien HEADSSS (Habitat, Education, Activités, alimentation, Drogues, Sexualité, Suicide, Santé mentale, sécurité, médias sociaux), afin de développer une démarche diagnostique standardisée auprès d'adolescents. Ainsi, les différents professionnels de santé abordent la première consultation avec un langage commun. Cela permet de faciliter la communication interprofessionnelle, de pouvoir faire des comparaisons fiables entre les adolescents et donc de mettre en place des thérapies adaptées, selon un schéma standardisé (Parisi et al. 2017).

VI.3 Proposition d'un guide destiné au chirurgien-dentiste pour une prise en charge adaptée de l'adolescent lors de la première consultation :

De par leur formation initiale, en France, les dentistes sont peu sensibilisés aux différents aspects relationnels à prendre en compte dans leur pratique. Les relations établies reflètent bien souvent : « une position d'expert légitimée par la fonction, recueil exhaustif d'informations, sous forme de questions-réponses ("interrogatoire" médical), nécessité de poser un diagnostic, abord du patient focalisé sur le motif de consultation, partie émergée de l'iceberg, enfin relation "confrontante" avec des patients souvent vécus et présentés comme opposants ». (Michaud et Lécallier - 2004). Il y a donc une prise en charge globale et un repérage des facteurs de risques peu développés.

Nous allons tenter d'exposer une trame type de la première entrevue avec un patient adolescent, en se basant sur les différentes approches psycho-sociales évoquées. Il est nécessaire de rendre explicite le schéma d'organisation de la consultation et d'avancer selon des étapes logiques et claires, que le patient comprennent.

<u>Types de patient</u> <u>Etapas de la consultation</u>	<u>L'adolescent coopérant</u>	<u>L'adolescent craintif / timide / anxieux</u>	<u>L'adolescent réfractaire</u>
<u>Commencer l'entrevue</u>	Il s'agit des adolescents les plus faciles à gérer, au premier abord.	Il s'agit des adolescents pour lesquels la confiance n'est pas aisée à obtenir, mais une fois acquise, la relation sera durable et fidèle.	Il s'agit des adolescents pour lesquels la relation de confiance est à la fois difficile à mettre en place, mais également très compliquée à faire durer sur du long terme.
	Assiduité		
	<ul style="list-style-type: none"> - Ponctuel à son rendez-vous. - Prévient en cas d'éventuel retard. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ponctuel, voire en avance à son rendez-vous, afin de ne pas se faire remarquer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Juste à l'heure, voire en retard.
	Attitude non-verbale :		
	<ul style="list-style-type: none"> - Patient se tenant droit - Apparence apaisée, à l'aise - Patientant sur son téléphone, lisant des magazines ou regardant la télévision. 	<ul style="list-style-type: none"> - Posture courbée - Patient agité - Regarde alternativement sa montre, puis les autres patients dans la salle. - Se tient en alerte en attendant son tour - A du mal à se distraire par un quelconque moyen (téléphone, magazine, télévision...). 	<ul style="list-style-type: none"> - Attitude nonchalante - Avachi sur sa chaise - Regarde l'ensemble des patients, pour essayer de se reconnaître en l'un d'eux. - Patientant sur son téléphone, échange sur les réseaux sociaux ou entame une conversation téléphonique avec un ami.
Tenue vestimentaire :			
<ul style="list-style-type: none"> - « A la mode », le mettant en valeur, sans pour autant être extravagant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tenue sobre, classique, qui n'est pas spécifique des adolescents. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tenue représentative de leur état d'esprit, qui est torturé : couleurs/logos violents, jean déchiré, piercing, tatouage, couleur dans les cheveux. - Certaines filles peuvent arborer des tenues chics et luxueuses, afin d'être regardées. 	

	Attitude verbale :		
	Même si accompagné de ses parents, autonome et réactif aux sollicitations de l'équipe.	- Accompagné de ses parents, il laisse transparaître son inquiétude par une série de questions sans intérêt particulier. - Répond de manière peu audible, voire attend que ses parents répondent à sa place	Affirme son caractère et veut s'imposer par le ton de sa voix, aussi bien auprès du dentiste que de ses parents.
	Comportement lors du premier contact avec le praticien :		
	- Lorsque le dentiste vient le chercher en salle d'attente, réaction positive : démarche coopérante et réponse cordiale à la salutation (regard, sourire, allure...) - Accepte de remplir le questionnaire médical de manière volontaire, sans inquiétude.	- Au moment où le dentiste l'appelle, réaction révélatrice d'un stress important : allure vive, tête baissée, regard fuyant, poignée de mains faible. - Le questionnaire médical peut être source d'angoisse supplémentaire : posera sûrement des questions à son sujet.	- Au moment où le dentiste l'appelle, il va se lever de manière plus ou moins lente, sans précipitation et peut répondre avec le sourire. - La poignée de mains est ferme, ainsi, l'adolescent affirme son caractère. - Semble exaspéré par le questionnaire médical à remplir, mimiques faciales le prouvant (regard en l'air, sourcils levés, etc.).
<u>Recueillir l'information</u>	Le recueil de l'information doit se faire de manière stratégique. Cette partie est primordiale, car elle permettra de confirmer le profil du patient, de pouvoir adapter son discours pour mettre à l'aise le jeune et, par la suite, de mieux gérer l'examen clinique, l'entretien motivationnel, puis la programmation des soins futurs. Plusieurs techniques peuvent être utilisées : poser des questions ouvertes, valoriser le patient, pratiquer l'écoute réflexive...		
	<u>A propos de la perspective du patient :</u>		
	Ses idées/ ses croyances :		
	Le dentiste est perçu comme un soignant dont l'objectif est de guérir.	Le dentiste est perçu comme un soignant dont la supériorité impressionne.	Le dentiste est perçu comme une autorité voulant s'imposer en tant que telle.

	Ses attentes :		
	<ul style="list-style-type: none"> - En attente d'un soin en particulier, ou d'une réponse à une interrogation. - En attente de conseil pour maintenir un bon état de santé bucco-dentaire et donc un bon état de santé général. - Un lien cordial s'installe rapidement, car l'adolescent sait qu'une bonne collaboration rendrait les soins plus efficaces. 	<ul style="list-style-type: none"> - N'en a pas forcément, car peut être venu sur les conseils de ses parents. - Attentes souvent cachées, non exprimées, ou allusionnées. - Souvent besoin d'un réconfort psychologique : un soin dentaire pour dynamiser son estime de soi. 	<ul style="list-style-type: none"> - S'il vient de son plein gré, elles seront clairement énoncées, et il attendra des résultats. - S'il ne vient pas de son plein gré, il fera comprendre qu'il n'attend rien du dentiste.
	Ses préoccupations :		
	<ul style="list-style-type: none"> - Espère des résultats. - Attente souvent esthétique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Peur de n'être pas compris ou entendu. - Peur de ne pas réussir à exprimer ce qu'il souhaite, passer outre la timidité, pour dire ce qu'il veut ou ne veut pas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se sentir forcé. - Ne pas réussir à imposer ses choix. - Être déçu du résultat, sentir la situation aggravée. - Peur du regard de ses amis.
	L'impact sur sa vie :		
	<p>Ne souhaite pas qu'un problème dentaire vienne perturber son apparence physique.</p>	<p>Met de l'espoir dans les soins, pour booster sa vie sociale.</p>	<p>Effet esthétique, qui risque d'impacter sa vie sociale.</p>
	Ses émotions :		
	<ul style="list-style-type: none"> - Partage facilement ses émotions, ses craintes ou ses souhaits. 	<ul style="list-style-type: none"> - N'exprime pas facilement ses émotions. - Très renfermé. - Souvent hypersensible, il prend les choses très à cœur. Faire attention à tout ce que l'on dit. 	<ul style="list-style-type: none"> - N'exprime que très rarement ce qu'il ressent. - Veut donner une image de lui comme quelqu'un de très bien dans sa peau.
<u>Faire l'examen physique</u>	<p>L'examen physique n'est pas un acte anodin, car le dentiste franchit une barrière physique et entre dans le cercle privé de l'adolescent. Il faut s'assurer, avant de proposer au patient de passer au fauteuil, d'avoir à la fois bien cerné la personnalité de l'adolescent, son problème biomédical, ainsi que sa perspective personnelle.</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer les gestes principaux, mais surtout ce qui va ou ne va pas. - L'adolescent attend 	<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer en amont chaque geste, puis pendant l'examen, afin de rassurer le patient. - Expliquer l'intérêt de 	<ul style="list-style-type: none"> - Toujours aller dans le sens de l'adolescent, afin de gagner sa confiance pour qu'il se laisse examiner.

	<p>du dentiste des conseils sur des faits diagnostiqués.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préférer ne pas commencer les soins dans la première séance. 	<p>chaque acte, ou instrument utilisé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner le diagnostic au fur et à mesure, ne pas attendre la fin de l'examen pour dicter une liste exhaustive (l'attente du diagnostic est source de stress). 	<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer l'intérêt final de chaque geste afin que le patient accepte l'examen. - Donner le diagnostic au fur et à mesure, afin qu'il soit mieux accepté.
<u>Expliquer et planifier</u>	<p>Cette étape permet de reformuler les points importants diagnostiqués lors de l'examen clinique, mais de manière adaptée au profil d'adolescent, pour que celui-ci adhère aux soins.</p>		
	<p>Tous les problèmes doivent être exposés de manière stratégique, structurée, concise, par ordre d'importance, comme on le ferait avec un adulte.</p>	<p>Tous les problèmes doivent être exposés sous un angle positif et encourageant.</p>	<p>Tous les problèmes doivent être exposés sous forme de conseils, avec des paraboles en lien avec le quotidien de l'adolescent.</p>
	<p>Ce profil d'adolescent est motivé et veut se soigner, il attend donc un maximum d'informations et de conseils pratiques.</p>	<p>Ce profil de d'adolescent a besoin de gagner en estime ; il faudra, dans un premier temps, valoriser ce qu'il fait de bien, avant d'évoquer ce qui doit être amélioré.</p>	<p>Ce profil d'adolescent va se bloquer face à toute forme d'autorité ; il faut donc faire en sorte que le besoin de soins ne soit pris, ni comme un ordre, ni comme une critique.</p>
	<p>Utiliser un langage médical vulgarisé, afin que l'adolescent se sente considéré comme un adulte et que son besoin de conseils médicaux soit satisfait.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser un langage courant, mais avec des termes simples, afin que l'adolescent comprenne immédiatement le problème, sans avoir à poser une question derrière (il n'osera sûrement pas). - Eviter tous superlatifs qui pourraient générer du stress supplémentaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser un langage familier dans lequel l'adolescent se reconnaît - Ne pas entrer dans les détails médicaux, cela aurait tendance à alourdir le dialogue et à déconcentrer l'adolescent.
	<p>Ce profil d'adolescents souhaite recevoir l'ensemble des informations immédiatement.</p>	<p>Il est préférable de segmenter les informations.</p>	<p>Il est préférable de segmenter les informations.</p>

	L'adolescent étant demandeur de conseils, il fera savoir, s'il n'a pas compris un point. Il faudra tout de même s'en assurer par une question simple.	Confirmation de l'adolescent qu'il a compris toutes les informations, en essayant de lui faire répéter pour l'impliquer et le motiver.	L'adolescent n'étant généralement pas demandeur de soins, il faudra confirmer avec lui que toutes les informations, et surtout l'intérêt des soins, sont bien compris (c'est ce qui va le motiver).
	Proposer les solutions d'hygiène orale les plus efficaces, même si celles-ci doivent être contraignantes un temps.	Proposer des solutions d'hygiène orale efficaces, afin que l'adolescent reprenne confiance au vu des résultats, et puisse s'investir davantage dans la suite des soins.	La mise en place des techniques d'hygiène orale ne doit pas être trop contraignante. Proposer des solutions faciles qui ne perturbent pas l'emploi du temps du patient.
<u>Terminer l'entretien</u>	Il est important de bien conclure l'entretien, afin de se quitter sur de bonnes bases, d'avoir obtenu un terrain d'entente sur les différentes approches thérapeutiques et de savoir en quoi consistera la prochaine séance.		
	S'assurer d'avoir : - Répondu à l'ensemble des interrogations du patient. - Donné l'ensemble des éléments pour que le patient puisse de lui-même gérer l'entre-deux rendez-vous et que celui-ci se sente en confiance.	Observer tous les indices non verbaux qui pourraient indiquer la persistance d'une question / doute, avant de clôturer l'entretien. Si au moment de se quitter l'adolescent garde des questions en lui, des doutes plus grands risquent de s'installer entre deux séances et il n'abordera pas la séance prochaine de manière sereine, voire ne viendra pas.	S'assurer de la participation active du patient au programme de soins, ainsi que de sa motivation. Dans le cas contraire, il risquerait de ne pas venir aux prochains rendez-vous.

<u>Construction de la relation</u>	Elle se fait tout au long de l'entretien et dépend à la fois de l'implication du dentiste et de la personnalité de l'adolescent.		
Au moyen des comportements verbaux et non verbaux, essayer d'être en phase avec le patient, afin que celui-ci puisse se reconnaître dans la personnalité du dentiste et donc approuver ses conseils.	- Plus l'adolescent est anxieux, plus la relation sera difficile à construire. - Au moyen de comportements verbaux et non verbaux, toujours adopter une attitude rassurante et valorisante pour l'adolescent. - Faire comprendre à l'adolescent que le but du dentiste est de l'aider, qu'exprimer l'ensemble de ses problèmes permet la meilleure coopération.	Au moyen des comportements verbaux et non verbaux, essayer d'être en phase avec l'adolescent, afin que celui-ci puisse se reconnaître dans la personnalité du dentiste et donc approuver ses conseils. -Faire comprendre à l'adolescent que le dentiste n'est pas un adulte voulant lui imposer un soin, mais un partenaire cherchant à améliorer sa qualité de vie.	

VII. Conclusion

La prise en charge médico-dentaire des adolescents n'est pas des plus aisées. En effet, il s'agit d'une catégorie de patients dont les facteurs de risques de développer une atteinte dentaire ou parodontale sont augmentés, de par leur mode de vie et leur état psycho-social, souvent instable. C'est pourquoi le chirurgien-dentiste joue un rôle très important de prévention auprès de ces jeunes, afin de limiter la détérioration de leur état de santé bucco-dentaire durant cette période charnière.

En termes de prévention, l'assurance maladie a mis en place le programme « M'T dents », qui invite chacun des enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, à se rendre chez le chirurgien-dentiste, pour une consultation de dépistage gratuit. On constate que 3 séances ont lieu durant l'adolescence, afin de pouvoir agir le plus tôt possible, lors de la survenue d'un trouble bucco-dentaire (Assurance Maladie - 2018).

Ce programme a montré son efficacité, car les études mettent en évidence le fait que les adolescents ayant bénéficié de l'examen de prévention bucco-dentaire, avaient un indice CAO moyen d'environ 4 et qu'un adolescent sur deux présentait au moins une carie non soignée à la visite de prévention. Cette valeur était significativement moins importante chez les adolescents ayant un suivi régulier auprès de leur chirurgien-dentiste (Haute Autorité de la Santé - 2010)

Afin de s'assurer d'avoir un impact sur nos patients adolescents, qui consultent de manière préventive ou curative, il est nécessaire de créer une véritable relation de confiance. Celle-ci peut se mettre en place rapidement, si le dentiste réussit à cerner le profil psychosocial de l'adolescent et ainsi à adapter son discours.

Cette thèse propose un guide, qui reste à tester, sur la conduite à tenir en fonction de trois profils types d'adolescents, tout au long de la première consultation, étape par étape, afin de créer un cadre mettant le patient en confiance et facilitant l'adhésion aux soins futurs.

VIII. Bibliographie :

- Adam P, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine. Malakoff : Armand Colin ; 2017. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. New York : Psychology Press Classic Editions ; 2015. Assailly JP. Jeunes en danger : les familles face aux conduites à risque. Paris : Imago ; 2007
- Assurance Maladie. M'T Dents : des examens gratuits pour les moins de 18 ans et les femmes enceintes [Internet]. ameli.fr. 2018 consulté le 4 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents>
- Atger F. L'attachement à l'adolescence. Dialogue. 2007 ;175(1) :73-86.
- Babar MG, Hasan SS, Yong WM, Mitha S, Al-Waeli HA. Patients' Perceptions of Dental Students' Empathic, Person-Centered Care in a Dental School Clinic in Malaysia. J Dent Educ. 2017;81(4):404-12.
- Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P, Spilka S. Le tabagisme des adolescents: niveaux, tendances et représentations, quels enseignements pour la prévention ?
- Bleich SN, Wang YC, Wang Y, Gortmaker SL. Increasing consumption of sugar-sweetened beverages among US adults: 1988–1994 to 1999–2004. Am J Clin Nutr 2009;89(1):372-81.
- Bourdy C, Lussier MT, Millette B, Richard C. Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication [Internet]. 2004 [consulté le 17 janv 2019]. Disponible sur: <https://rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf>
- Brunel M., Cosnier J. L'empathie, un sixième sens Lyon : Presses Universitaires de Lyon ; 2012. Brunel M., Martiny C. Les conceptions de l'empathie avant, pendant et après Rogers. Carriérologie. 2004;9:473-500.
- Chabert R, Matysiak M, Gradelet J, Chamodot M. Le bilan bucco-dentaire : suivi prospectif d'adolescents en France. I. Etat de santé bucco-dentaire des adolescents de 15 ans en 1999. Revue médicale de l'assurance maladie. 2003; 34(1):15-21
- Claes M. L'expérience adolescente. Bruxelles : P. Mardaga ; 1986. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000;320(7244):1240-3
- Colon P, Cougot N, Famery C. Conséquences bucco-dentaires des troubles alimentaires de l'adolescent. Rev Orthop Dento Faciale. 2017;51(4):495-501.
- Cosnier J. Psychologie des émotions et des sentiments. Paris: Retz; 1999. Croutze R. A tale of two realities. J Can Dent Assoc. 2010;76:345.
- Darling N. Parenting Style and Its Correlates. ERIC Digest. [Internet]. [S.d] [Consulté le 21 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ericdigests.org/1999-4/parenting.htm>
- Darling N. Authoritative Versus Authoritarian Parenting Style [Internet]. Psychology Today. 2014 [consulté le 2 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.psychologytoday.com/blog/thinking-about-kids/201409/authoritative-versus-authoritarian-parenting-style>
- Dequiré A-F. L'alcool et les jeunes : état des lieux. Journal du droit des jeunes. 2012;313(3):39-44.
- Dersot J-M. Le contrôle de plaque, un élément essentiel du succès du traitement orthodontique. Orthod Fr. 2010;81(1):33-9.
- Doron R, Parot F. Dictionnaire de psychologie. Paris : Presses Universitaires de France ; 2011
- Dubern B. Obésité de l'adolescent. Rev Orthop Dento Faciale. 2017;51(4):477-86.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992;267(16):2221-6.

- Erikson. Adolescence et crise. La quête d'identité. Paris : Flammarion ; 1968
- Favre D, Joly J, Reynaud C, Salvador LL. Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions. *Enfance*. 2005;57(4):363-82.
- Fédération française d'orthodontie. FFO | Fédération Française d'Orthodontie [Internet]. 2014 [consulté le 16 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.orthodontie-ffo.org/search/node?keys=nombre%20d%27adolescent>
- Fletcher EA, McNaughton SA, Crawford D, Cleland V, Della Gatta J, Hatt J, et al. Associations between sedentary behaviours and dietary intakes among adolescents. *Public Health Nutr*. 2018;21(6):1115-22.
- Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 2007;19(5):413-25.
- Frankel RM, Sherman HB. The secret of the care of the patient is in knowing and applying the evidence about effective clinical communication. *Oral Dis* 2015;21(8):919-26.
- Freud A. Normalité et pathologie chez l'enfant Évaluations du développement. Londres: Routledge; 1989.
- Freud S. Sur la dynamique du transfert. In: *La technique psychanalytique*. Paris: Presse Universitaires de France; 2013. p. 59-68. (Quadrige).
- Gray D, McIntyre G. Does oral health promotion influence the oral hygiene and gingival health of patients undergoing fixed appliance orthodontic treatment? A systematic literature review. *J Orthod*. 2008;35(4):262-9.
- Haak R, Rosenbohm J, Koerfer A, Obliers R, Wicht MJ. The effect of undergraduate education in communication skills: a randomised controlled clinical trial. *Eur J Dent Educ*. 2008;12(4):213-8.
- Han E, Powell LM. Consumption patterns of sugar sweetened beverages in the united states *J Acad Nutr Diet*. 2013;113(1):43-53.
- Haute Autorité de la Santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire [Internet]. 2010 [consulté le 4 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
- INPES. Entre-Nous : Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? [Internet]. 2009 [consulté le 29 mars 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf>
- INPES. Evaluer et suivre la corpulence des enfants. [Internet]. 2011 [consulté le 10 décembre 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/cfesbases/catalogue/pdf/imc/docimcenf.pdf>
- INPES. La consommation de tabac chez les jeunes de 15 à 25 ans [Internet]. 2014 [consulté le 29 mars 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/consommation/tabac-jeunes.asp>
- Krause F, Schmalz G, Haak R, Rockenbach K. The impact of expert- and peer feedback on communication skills of undergraduate dental students – a single-blinded, randomized, controlled clinical trial. *Patient Educ Couns*. 2017;100(12):2275-82.
- Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? /data/revues/07618425/00220001/31/ [Internet]. 2008 [consulté le 14 oct 2018]; Disponible sur: <https://masson.fr/article/156964>
- Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France; 1967
- Laufer L. L'informe et le transfert. *Recherches en psychanalyse*. 2005;3(1):85-96.

- Lee H, Chalmers NI, Brow A, Boynes S, Monopoli M, Doherty M, et al. Person-centered care model in dentistry. *BMC Oral Health* [Internet]. 2018 [consulté le 19 déc 2018];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6267887/>
- Code de la santé publique | Article 42 (article R.4127-42) du code de la santé publique : Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 Legifrance [Internet]. 2004 [consulté le 16 janv 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=DEEF0E7928E467050E4A18B64BE84DB0.tpdjo07v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006196409&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090218
- Lehalle H. *Psychologie des adolescents. Vol. adolescence et stades généraux du développement*. Paris: Presse Universitaire de France; 1991.
- Lognos B, Carbonnel F, Million E, Badin M, Boulze I, Bourrel G, et al. L'approche centrée patient améliore et facilite la détection de la vulnérabilité sociale. *Analyse qualitative phénoménologique. Éthique & Santé*. 2016;13(4):228-34.
- Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51(7):1087-110.
- Michaud P, Lécallier D. L'entretien motivationnel : Une évolution radicale de la relation thérapeutique [Internet]. 2004 [consulté le 6 nov 2018]. Disponible sur: https://hautsdefrance-addictions.org/wp-content/uploads/2013/09/2004-Michaud_0129-0134.pdf
- Moujmid-Ferdjaoui N., Carrere M.O.. La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale. *Rev Fr Aff Soc*. 2000;04-06(2):73-88
- Muratori F, Milone A, Viglione V, Romagnoli G, Espasa FP. Les troubles de la conduite à l'adolescence : violence, agressivité et identification. *Psychiatr Enfant*. 2001;44(2):415-46.
- Nandrino J-L. *L'anorexie mentale: Des théories aux prises en charge*. Paris: Dunod; 2015
- Natanson J. L'évolution du concept de transfert chez Freud. *Imaginaire Inconscient*. 2001;2(2):7-19
- Nolte E, Merkur S, Lind johanna. Placer la personne au centre de la démarche de soins : analyse et évolution des notions de patient centredness, et person- centredness et de leur signification dans le domaine de la santé. *Rev Fr Aff Soc*. 2017;1:97-115.
- Organisation Mondiale de la Santé. Développement des adolescents [Internet]. WHO. 2018consulté le 22 mars 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
- Parisi V, Meyer De Stadelhofen L, Péchère B, Steimer S, De Watteville A, Haller DM, et al. L'apport du guide d'entretien HEADSSS dans l'apprentissage de la démarche diagnostique avec un adolescent: Perspectives d'étudiants lors de cours à option interprofessionnels. *Rev Med Suisse*. 2017;562:996-1000.
- Reik T. *Le psychologue surpris : deviner et comprendre les processus inconscients*. Paris : Denoël ; 1935
- Rollnick S, Miller WR, Butler C. *Pratique de l'entretien motivationnel* Paris : InterEditions ; 2009
- Rosenzweig J. *Principes de communication patient-praticien dans le cadre d'une approche centrée sur la personne en odontologie* [Internet]. 2014 [consulté le 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399112004235>
- Rosenzweig J, Blaizot A, Cougot N, Pegon-Machat E, Hamel O, Apelian N, et al. Effect of a Person-Centered Course on the Empathic Ability of Dental Students. *J Dent Educ*. 2016;80(11):1337-48.

- Société Française d'Orthopédie Dento Faciale. L'hygiène bucco-dentaire d'un porteur d'appareil orthodontique [Internet]. [consulté le 15 mars 2018a]. Disponible sur: <http://sfodf.org/L-hygiene-bucco-dentaire-d-un-porteur-d-appareil-orthodontique>
- Société Française d'Orthopédie Dento Faciale. Quand consulter ? [Internet]. [consulté le 15 mars 2018b]. Disponible sur: <http://sfodf.org/Quand-consulter>
- Story M. Au-delà des mots: Guide de la communication non verbale. Paris:Maxima; 2018.
- Taborda-Simões M da C. L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ? Bulletin de psychologie. 2005; 479(5):521-34.
- Thery-Hugly M-C. Troubles du comportement des adolescents et orthodontie Attitude de l'orthodontiste ? Jusqu'où aller ? Rev Orthop Dento Faciale. 2017;51(4):541-57.
- Thominet P, Phanuel D, Hamon Mekki F, , Maroudy D. La relation de confiance dans les soins. SOINS. 2013;(779):27-54.
- Tréanton J-R. Parsons Talcott, Structure and process in modern societies. Rev Fr Sociol. 1962;3(2):209-209.
- Trenouth MJ. Do Failed Appointments Lead to Discontinuation of Orthodontic Treatment? **Angle** Orthod. 2003;73(1):51-5.
- Verdier P. Autorisations de soins après la loi sur le droit des malades. Journal du droit des jeunes. 2004;(232):30-6.
- Vergnes J-N, Apelian N, Bedos C. What about narrative dentistry? J Am Dent Assoc. 2015;146(6):398-401.
- Vergnes JN, Sixou M, Apelian N. L'approche centrée sur la personne : importance de l'écoute en odontologie comme en médecine. Les Entretiens d'Odontologie Stomatologie 2014;1-5.
- Wear D. The medical humanities: toward a renewed praxis. J Med Humanit. 2009;30(4):209-20.
- Zimmermann G, Carvalhosa MB, Sznitman GA, Petegem SV, Baudat S, Darwiche J, et al. Conduites à risque à l'adolescence: manifestations typiques de construction de l'identité ?, Risk-taking behaviors in adolescence: components of identity building? Enfance. 2017;(2):239-61.

Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation, ni improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire.

AZOULAY ELFASSI Sophie. «Apport de la communication centrée, dans la gestion d'une première consultation d'un adolescent, chez le chirurgien-dentiste. Proposition d'un guide.». 2019 ; 59 p. : ill., graph., tabl.. Réf. Biblio. : 55 à 58

Sous la direction du Docteur TENENBAUM Annabelle

Th. : Chir. Dent. : Paris 7 : 2019

RESUME : La population adolescente est une patientèle particulière à gérer de par les différents aspects psycho-sociaux que ce stade de développement entraîne. En effet, ces patients en quête d'autonomie et d'indépendance vont pour certains avoir tendance à s'opposer, voire à refuser toutes interventions d'adultes y compris les conseils professionnels de soignants. Afin d'obtenir une véritable coopération de l'adolescent et de réussir à établir une prise en charge adaptée, il est primordial de créer une relation de confiance dès la première consultation. Cette thèse vise à montrer l'intérêt d'une communication adaptée à l'adolescent et notamment l'apport de la communication centrée par la proposition d'un guide. Ce guide détaille le comportement à adopter en fonction du profil du patient à chaque étape de la première consultation.

TITRE en anglais : The intake of a patient centered communication of teenager's first consultation at the dental surgeon. Suggestion of handbook.

RESUME en anglais : Teenage population is a unique patient group to manage because of the different psychosocial aspects occurring at this stage of development. Indeed, some of these patients seeking for autonomy and independence have the tendency to go against any type of authority including the one coming from the caregiver. In order to achieve full cooperation throughout the treatment, it is very important to establish a relationship built on trust with the teenager from the very first session. This thesis aims to demonstrate the importance of communication that is adapted to the teenager as well as the contribution of a centered communication by proposing a guide. This guide details the behavior that a surgeon dentist should adopt at each stage depending of the profile of the teenager.

DISCIPLINE : Santé publique

MOTS-CLES Français : Adolescent (FMeSH) ; Santé publique (FMeSH), Communication (FMeSH) ; Dentistes (FMeSH) ; Psychologie (FMeSH) ; Précis (FMeSH) ; Relation dentiste-patient (FMeSH) ; Communication centrée,

MOTS-CLES Anglais : Adolescent (MeSH) ; Public health (MeSH) ; Communication (MeSh) ; Dentists (MeSH) ; Psychology (MeSH) ; Handbooks (MeSH) ; Dentist-patient relations (MeSH) ; Centered approach