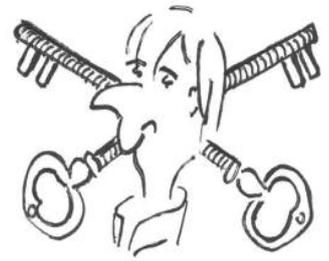


# Orthodontie et adolescence, les clés d'une relation thérapeutique réussie : entretien avec Olivier REVOL



Philippe AMAT, Sophie CAROLUS

*Le Dr Olivier REVOL, est pédopsychiatre et chef du Service de Neuropsychiatrie de l'Hôpital Neurologique Pierre-Wertheimer de Lyon. Il exerce depuis plus de vingt ans. Il dirige depuis 7 ans un Centre de référence pour les troubles d'apprentissage.*

*Il est l'auteur de deux livres<sup>14,15</sup> et de nombreuses publications nationales et internationales consacrées à la précocité intellectuelle, l'hyperactivité et les pathologies liées à l'échec scolaire.*

*Dans son service, il redonne chaque jour l'espoir à de nombreux enfants et leur famille, et il milite pour que tout enfant, quelles que soient ses compétences, découvre à l'école le plaisir d'apprendre.*

*En juin dernier, à l'invitation de l'Association de la Revue d'O.D.F., il a donné une journée de conférence captivante consacrée à «L'adolescence, faut-il en faire une maladie ?», dont la Revue d'ODF a publié le compte rendu<sup>16</sup>.*

O. REVOL, Hôpital Neurologique Pierre Wertheimer, 56 boulevard Pinel, 69677 Bron Cédex.  
olivier.revol@chu-lyon.fr

Adresse de correspondance :  
P. AMAT,  
19, place des Comtes du Maine,  
72000 Le Mans.  
amatph@noos.fr

Conflits d'intérêts déclarés par l'auteur : AUCUN  
Article reçu : 09-2010.  
Accepté pour publication : 12-2010.

**Philippe Amat, Sophie Carolus.** *Dr Revol, les relations entre psychiatrie et orthopédie dento-faciale (O.D.F.) sont un sujet qui suscite l'intérêt des orthodontistes, comme en témoignent les deux publications récentes<sup>11,12</sup> qui leur étaient spécifiquement consacrées.*

*Nous souhaiterions que cet entretien soit pour vous l'occasion de nous offrir une synthèse de quelques-uns des éléments clés de ces relations. Certaines de nos questions se fixeront l'objectif de nous aider à améliorer la relation thérapeutique que nous nouons avec nos patients. D'autres viseront à nous informer sur certains points spécialisés, parfois abordés lors de nos discussions avec eux ou leurs parents.*

**Olivier Revol.** Avec plaisir.

**P.A., S.C.** *Dans votre dernier livre<sup>15</sup>, vous expliquez que quelque puissent en être les difficultés, l'adolescence reste l'indispensable chemin sur lequel le futur adulte pourra finir d'organiser sa vie psychique. Et vous ajoutez : «pas de quoi en faire une maladie!» Néanmoins, nos lecteurs peuvent être parfois désarmés face à la mauvaise humeur quotidienne, l'opposition récurrente et l'asthénie chronique de leurs enfants ou patients adolescents. Pouvez-vous nous rassurer en nous expliquant en quoi ces conduites sont normales ?*

**O.R.** Effectivement, les parents, et plus généralement les adultes, sont fréquemment désarmés face à l'irritabilité, la provocation et l'inertie dont font montre les adolescents.

Ces manifestations sont non seulement normales, mais elles sont un signe souhaitable de bonne santé psychique, dans la mesure où l'adolescent est dans l'obligation de se désengager de ses parents.

Ce désengagement est un passage nécessaire lors de son évolution vers sa vie d'adulte. L'adolescent est contraint de s'opposer, même si au fond de lui il ne le souhaite pas, et à mettre en place, à son insu, un comportement mal vécu par certains parents.

Cette obligation de rupture est universelle et elle touche toutes les familles, indépendamment du niveau social ou de l'origine de leurs membres. Elle est d'autant plus difficile pour l'adolescent qu'au départ la relation avec ses parents est bonne, voire excellente.

Quant à l'asthénie chronique, c'est une excellente stratégie pour esquiver et éviter de s'opposer plus violemment, verbalement ou physiquement.

Lors de mes consultations, j'ai pu observer combien le fait d'expliquer et de donner du sens à ces comportements, est apaisant pour les familles.

**P.A., S.C.** *Votre modestie naturelle dût-elle en souffrir, les auditeurs de vos conférences louent unanimement votre professionnalisme, votre profonde humanité ainsi que votre humour. Ce mode de relation à autrui est particulièrement apprécié des jeunes patients. Est-ce une parmi les raisons qui vous ont incité à consacrer votre exercice à la pédopsychiatrie, plutôt qu'à la psychiatrie de l'adulte ou à la psychogériatrie ?*

**O.R.** Question intéressante. Dans mon premier livre, j'ai raconté que j'étais initialement attiré par la pédiatrie. Mon

*« mon père s'est fait tailler les yeux au laser, il va peut-être enfin commencer à me voir... »*



tempérament résolument optimiste s'était vite heurté à la dure réalité de patients atteints de maladies chroniques, telles que la mucoviscidose, et dont l'évolution était à l'époque inexorable. Je souhaitais continuer à soigner des enfants, mais dans le cadre d'une spécialité où j'aurais moins souvent l'impression d'être impuissant sur le plan thérapeutique.

Je me suis tourné vers la psychiatrie. À la psychiatrie adulte, où les possibilités d'améliorations de pathologies anciennes sont très limitées, j'ai préféré la pédopsychiatrie. Un dépistage précoce permet d'intervenir tôt, avec une prise en charge adaptée et souvent assez légère. Le traitement est rapidement efficace et change totalement l'avenir du jeune patient. Ne pas intervenir signifie souvent laisser se fixer une symptomatologie dont les conséquences à long terme peuvent être extrêmement, sinon graves, en tout cas compliquées pour l'enfant.

**P.A., S.C.** *Il est intéressant de constater à quel point les démarches diagnostique et thérapeutique de nos deux spécialités peuvent présenter des similitudes quant au*

*dépistage et à la prise en charge précoce, lorsqu'elle s'avère pertinente.*

**O.R.** Effectivement et nos patients ont tout à gagner d'échanges interdisciplinaires entre nos deux spécialités.

**P.A., S.C.** *La présence des parents lors des séances de soins d'orthodontie permet parfois d'évoquer les difficultés scolaires d'un jeune patient. Vous avez apporté un message d'espoir aux enfants, parents et enseignants en affirmant votre conviction que tout enfant est naturellement passionné par l'école car, selon les mots de Prévert, « s'il dit non avec la tête, il dit oui avec le cœur ». Pouvez-vous nous faire profiter de votre expérience ?*

**O.R.** Les trois-quarts de mes consultants me sont adressés pour des problèmes scolaires : ce sont en général des garçons, collégiens ou lycéens, qui ne travaillent pas et qui passent la majeure partie de leur journée, voire de leur nuit, devant leur ordinateur.

Les parents diabolisent l'ordinateur en se disant « s'il ne travaille pas, c'est à cause de l'ordinateur », mais je suis

convaincu de l'inverse : c'est parce qu'il n'arrive pas à travailler et que l'ordinateur est son seul refuge, qu'il en abuse.

Contrairement à ce qu'ils montrent, les enfants en général, particulièrement les adolescents et spécialement les garçons, confient tous dans le secret de la consultation leur envie d'être bons élèves. Mais à un moment donné, ils n'y arrivent pas, et leur stratégie pour le masquer consiste à arrêter de travailler et à simuler leur désintérêt.

Au départ, tous les enfants sont des élèves motivés, mais ils perdent cette motivation à un moment donné. Le conseil que l'on peut donner aux parents lorsqu'ils commencent à sentir les prémices d'un désintérêt ou d'une démotivation serait, non pas de sanctionner, mais d'essayer d'en comprendre la cause et de réussir à donner du sens aux difficultés scolaires.

Nombre de mes patients en échec scolaire sont ainsi soulagés lorsque je leur transmets les résultats des évaluations psychométriques (tests d'attention et QI) et que je leur explique que leurs difficultés sont liées à leur équipement neurologique. Il est ensuite plus aisé d'adapter les stratégies pédagogiques et thérapeutiques à leur profil particulier.

Si indubitablement tous les enfants ont envie d'être bons élèves, ils ne sont pas tous équipés pour l'être. Facteur aggravant en France, notre système scolaire, et ce dès le plus jeune âge, ne tient compte ni des différences entre enfants, ni des rythmes particuliers au cours de la journée et de la variation des processus attentionnels. Pour la plupart des enfants, démarrer les cours à 8 heures le matin c'est un peu trop tôt et pour les adolescents, chez qui le pic de sécrétion de mélatonine est retardé, il faudrait commencer plus tard dans la matinée. Un certain nombre d'enfants, démotivés, sont ainsi progressivement plus ou moins mis à l'écart et peuvent se retrouver en échec scolaire en fin de cursus.

**P.A., S.C.** *Quelle est la définition de l'échec scolaire ?*

**O.R.** L'échec scolaire, c'est la sortie du système scolaire sans diplôme et sans qualification. En France, elle concerne 20 % d'une tranche d'âge. A raison de 770 000 naissances annuelles, on déplore chaque année 160 000 enfants supplémentaires en situation d'échec scolaire.

## APPORT DES RECHERCHES RÉCENTES EN NEUROSCIENCES

**P.A., S.C.** *L'orthopédie dento-faciale fondée sur les faits<sup>1</sup> recommande de fonder nos décisions cliniques sur notre expérience et les données les plus probantes issues de la recherche médicale, tout en tenant compte de la situation et des préférences de nos patients. Selon ce principe, nous aimerions évoquer avec vous comment les plus récentes recherches en neurosciences peu-*

*vent nous aider à optimiser notre pratique clinique.*

*Commençons par une étude qui vous tient à cœur, le Longitudinal Brain Imaging Project du National Institute of Mental Health (NIMH), publiée dans l'édition d'avril 2008 du Journal of Adolescent Health<sup>7</sup>.*

*Quels sont le principe et les résultats de cette étude longitudinale, et comment les*

*changements ayant lieu dans les cerveaux adolescents peuvent-ils influencer la cognition, les émotions et le comportement de nos jeunes patients?*

**O.R.** Oui, bien sûr, je pense qu'il y a des éléments dans les approches récentes en neurosciences qui donnent du sens à certains comportements adolescents. Et dès lors qu'on a compris que le fonctionnement des ados n'était pas uniquement une réaction aux parents, aux adultes en général, et aux médecins et aux orthodontistes en particulier, on peut éviter certains malentendus et certaines réponses inadaptées de notre part.

Contrairement à ce que l'on pensait, l'adolescence, d'un point de vue physiologique, ne se termine pas à dix-huit ans mais beaucoup plus tard. La maturation du cerveau de l'adolescent ne se termine chez les garçons que vers 24-25 ans et, peut-être, un tout petit peu plus tôt chez les filles.

Toutes les compétences, sensorielles, intellectuelles, langagières, et les capacités d'abstraction, qui permettent d'échafauder des hypothèses à partir de la réalité et qui mettent les adolescents à égalité avec les parents lors des discussions, sont en place.

Par contre, le cortex pré-frontal, que l'on peut décrire comme le cerveau du cerveau, et qui permet de réguler les interactions sociales, d'accepter les règles et de réfréner certains comportements impulsifs, n'est pas encore mature.

Ainsi, alors que les émotions sont bien en place, et même exacerbées à l'adolescence du fait des hormones, le système de régulation qui éviterait que l'adolescent ne s'emporte, ne se braque et finisse par refuser définitivement son traitement ou les règles qu'on lui

impose, ce système de régulation n'est pas encore au point.

Pour reprendre une métaphore : le cerveau de l'adolescent est semblable à une Formule 1 pourvue de toutes les options, mais dont le système de freinage n'est pas encore au point.

Ces études récentes nous laissent entendre que, même si on estime que l'adolescent a amplement atteint l'âge de raison puisqu'il est pourvu de capacités intellectuelles suffisantes pour comprendre, argumenter ou réussir ses études, il faut se souvenir qu'il n'a pas encore acquis toutes ses capacités du fait de la maturation incomplète de son cortex préfrontal. En particulier, la flexibilité mentale – c'est-à-dire la capacité à revenir sur une idée alors qu'elle n'était pas forcément bonne – lui fait encore défaut ainsi que les capacités d'anticipation ou de planification.

Ceci explique d'ailleurs la grande difficulté rencontrée par les adolescents, en particulier les garçons, face à toute tâche administrative. Les parents ne comprennent pas que leurs enfants puissent réussir leurs études et être aussi inaptes à tenir leurs comptes correctement, à ranger leur bureau, ou à planifier ce qu'ils ont à faire. La clé de ce mystère apparent est que leur fonctionnement intellectuel a encore besoin de quelques années de maturation.

Certains individus, en particulier les hyperactifs et ceux qui ont des difficultés d'attention, garderont ces difficultés et seront obligés de les compenser toute leur vie.

**P.A., S.C.** *E.R. McAnarney<sup>10</sup> a écrit que les nouvelles données sur les changements du cerveau durant le développement de*

*l'enfant et de l'adolescent portent «la promesse du développement d'hypothèses concernant les origines potentielles des comportements cliniquement observés durant des années...». Dans un article récent, G. Barbalat<sup>3</sup> dresse une revue des apports de l'approche neuro-économique et des processus de maturation du système neuronal, à la compréhension des bases physiopathologiques des comportements à risque chez l'adolescent.*

*Pouvez-vous nous en faire partager les conclusions ?*

**O.R.** Les récentes acquisitions en termes d'imagerie du cerveau mettent en évidence les différences de fonctionnement entre le cerveau de l'adulte et celui de l'adolescent.

Concernant les comportements à risque, les adolescents sont beaucoup plus sensibles aux gains qu'aux pertes et ils ont des difficultés à se projeter dans l'avenir.

Une démarche de prévention des risques, liés par exemple au tabac ou à l'alcool, sera donc plus efficace si elle s'appuie sur les gains immédiats plutôt que sur les pertes à long terme.

Ainsi, des arguments comme : *«ta peau va devenir terne, tes cheveux et tes ongles cassants, et ton haleine fétide...»* impressionneront beaucoup plus un adolescent fumeur qu'une mise en garde des conséquences à long terme *«si tu continues à fumer, tu risques un cancer du poumon»*.

**P.A., S.C.** *La prise de risque à l'adolescence présente un caractère relativement naturel, et les adolescents sont généralement bien conscients des risques auxquels leur conduite les expose<sup>18</sup>. De fait, il*

*peut sembler délicat de prévenir les comportements à risque des adolescents et, accessoirement, d'utiliser ces données nouvelles pour accroître l'observance de nos jeunes patients. Plusieurs approches ont été proposées : interventions à visée éducative, mesures coercitives, intervention motivationnelle et thérapeutique de pairs plus âgés..., que nous conseillez-vous ?*

**O.R.** Effectivement, ils sont tout à fait conscients des risques, et il est souvent inefficace de réitérer nos mises en garde, même s'il faut le faire pour rester cohérent. Par contre, les nouvelles données scientifiques montrent qu'il est utile d'attirer leur attention sur les risques immédiats de leurs comportements.

Une illustration nous est fournie par la pratique du *binge drinking*, que l'on peut traduire par «alcoolisation paroxystique intermittente», et qui est un mode de consommation où l'on absorbe une grande quantité d'alcool dans un court laps de temps, avec pour objectif principal d'être ivre le plus rapidement possible. L'adolescent ne sera pas sensible à une mise en garde vis-à-vis des conséquences à 10 ans sur sa santé. Il sera par contre réceptif à l'argument des conséquences collatérales de son comportement à risque : *«Si tu prends ta voiture avec ce que tu as bu et que tu provoques un accident mortel, tu as beau avoir réussi tes études de médecine, tu ne pourras jamais t'inscrire à l'Ordre avec une condamnation»*.

Il faut leur proposer des contrats à court terme accompagnés d'arguments qui leur parlent. Un objectif à 3 mois est irréaliste pour eux. Un engagement sur une semaine leur parle davantage. Pour le tabac, on n'évoquera pas la préserva-

tion de sa santé mais le gain financier immédiat : «je te demande de t'engager sur une semaine et de réduire ta

consommation de 20 à 10 cigarettes, tu verras rapidement les économies que tu vas réaliser...»

## STRESS ET O.D.F.

**P.A., S.C.** *La prise en compte du stress est un sujet d'intérêt constant pour nos deux spécialités. En orthopédie dento-faciale, par l'ensemble de ses manifestations notamment les tics et l'accentuation des habitudes parafunctionnelles<sup>2</sup>, le stress peut participer à la genèse de certaines dysmorphoses. Il peut aussi altérer les capacités d'adaptation du patient, menacer l'intégrité de son appareil manducateur et perturber l'atteinte des objectifs thérapeutiques.*

*Les tics, généralement transitoires, s'intensifient parfois et peuvent évoluer en un trouble obsessionnel compulsif (TOC), dont la prise en charge est d'autant plus efficace qu'elle est précoce. Vous avez décrit les principaux éléments cliniques susceptibles de permettre un repérage précoce de ces troubles chez l'enfant<sup>6</sup>. Quels sont-ils ?*

**O.R.** Le stress, d'une manière générale, est un facteur dont il faut tenir compte car il se surajoute à toute prise en charge et altère l'observance du patient. L'utilisation d'échelles d'évaluation de l'anxiété, type HAD (fig. 1), permet d'avoir un support qui favorise sa mise en évidence. En particulier, un patient peu expressif répondra aux questions de l'échelle, alors qu'il ne se serait pas exprimé oralement. Le praticien peut ensuite engager le dialogue à partir des réponses écrites.

Les tics sont des mouvements involontaires dont le sujet n'a, en général, pas conscience. On les différencie des TOC, qui sont des mouvements ou des

manifestations volontaires, dont le sujet a conscience même s'il en reconnaît le caractère absurde, ridicule et gênant.

Les tics peuvent évoluer en TOC mais, en général, ce sont deux choses différentes.

Ainsi, tics et TOC sont deux manifestations différentes de l'anxiété et qui nécessitent des prises en charge distinctes.

Lorsqu'un TOC devient gênant, pour la vie de l'enfant en général ou le traitement en particulier, il faut prescrire un traitement médicamenteux et/ou des thérapies comportementales. La prescription de psychotropes est très efficace lorsque les TOC atteignent des proportions importantes et envahissantes.

Les tics sont davantage traités par prescription d'anxiolytiques, à laquelle on associe un soutien psychologique, pour aider l'enfant à verbaliser.

Mais avant d'en arriver là, il faut proposer, dans un premier temps, une prise en charge d'accompagnement de type sophrologie, relaxation ou yoga, qui permet au patient de reprendre un peu le contrôle de sa motricité et d'apprendre à se détendre. Les manœuvres de relaxation sont reproductibles et le patient est incité à les réaliser face à une situation stressante (contrôle à l'école par exemple) ou lorsque son entourage lui signale qu'il a davantage de tics.

Ensuite, on peut se tourner vers les médecines douces, comme l'homéopathie ou la phytothérapie. Personnellement,

Echelle HAD	
<p>Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Lisez chaque série de questions et entourez le chiffre correspondant à la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.</p> <p>Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réponse immédiate fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.</p>	
<p><b>(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</b></p> <p>3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais</p> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-left: 100px;" type="text"/>	<p><b>(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</b></p> <p>3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais</p> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-left: 100px;" type="text"/>
<p><b>(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</b></p> <p>0 Oui, tout autant qu'avant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus</p> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-left: 100px;" type="text"/>	<p><b>(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</b></p> <p>0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent</p> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-left: 100px;" type="text"/>
<p><b>(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</b></p> <p>3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout</p> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-left: 100px;" type="text"/>	<p><b>(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</b></p> <p>3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête autant d'attention que par le passé</p> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-left: 100px;" type="text"/>
<p><b>(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses :</b></p> <p>0 Autant que par le passé 1 Pas autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout</p> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-left: 100px;" type="text"/>	<p><b>(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</b></p> <p>3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout</p> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-left: 100px;" type="text"/>
<p><b>(5-A) Je me fais du souci :</b></p> <p>3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement</p> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-left: 100px;" type="text"/>	<p><b>(12-D) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</b></p> <p>0 Autant qu'avant 1 Un peu moins qu'avant 2 Bien moins qu'avant 3 Presque jamais</p> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-left: 100px;" type="text"/>
<p><b>(6-D) Je suis de bonne humeur :</b></p> <p>3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps</p> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-left: 100px;" type="text"/>	<p><b>(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique :</b></p> <p>3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais</p> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-left: 100px;" type="text"/>
<p><b>(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</b></p> <p>0 Oui, quoi qu'il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais</p> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-left: 100px;" type="text"/>	<p><b>(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou une bonne émission de télé :</b></p> <p>0 Souvent 1 Parfois 2 Rarement 3 Très rarement</p> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-left: 100px;" type="text"/>
<p><b>Score total (à remplir par le médecin) :</b></p>	
A	D

Figure 1  
Échelle de dépression HAD (Hospital Anxiety and Depression scale).

je prescris de l'Euphytose<sup>®</sup>, un médicament à base de plantes qui donne de bons résultats.

Enfin, des techniques comme l'hypnose ou l'E.M.D.R. (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) sont efficaces pour atténuer le stress de l'enfant et de l'adolescent.

Lorsqu'on remarque en consultation qu'un enfant ou un adolescent est particulièrement stressé, présente des troubles anxieux, des tics (clignements d'yeux par exemple), une anxiété généralisée, des phobies ou des TOC, la première question à se poser est « *Ce symptôme a-t-il un retentissement familial, social ou scolaire ?* »

C'est une règle de base qui vaut pour toute la symptomatologie chez l'enfant.

Si l'enfant a des tics ou des TOC, mais qu'il n'a pas de baisse de ses résultats scolaires, que ses copains ne se moquent pas de lui, et que cela ne perturbe pas la vie familiale, alors cela ne nécessite pas de consultation spécialisée.

**P.A., S.C.** *Vous avez participé à une étude<sup>9</sup>, menée pour tenter de déterminer l'existence éventuelle d'un profil psychophysique particulier, et qui expliquerait la précocité intellectuelle. Ce travail a montré que la présence de stress autour de la naissance de l'enfant (pour lui-même comme pour ses proches), pourrait être un des facteurs associé à la précocité.*

*Par ailleurs, la précocité s'accompagne souvent de troubles du comportement avec une inadaptation au stress<sup>13</sup>, qui limitent l'aptitude des enfants intellectuellement précoces à s'intégrer, les menant parfois à l'échec scolaire (un tiers d'entre*

*eux n'intègre pas le lycée). Pouvez-vous nous en dire davantage ?*

**O.R.** La précocité intellectuelle est anxiogène car elle donne accès à des notions existentielles beaucoup trop tôt par rapport à la maturation affective de l'enfant.

Par exemple, alors que l'on ne prend normalement conscience du caractère définitif de la mort qu'à 6 ans, l'enfant précoce le saisit dès l'âge de 3 ans, et ne peut s'endormir le soir sans y penser.

Les enfants intellectuellement précoces sont d'emblée dans le besoin de contrôle et de maîtrise et ils possèdent la capacité de se projeter dans l'avenir. Pour ces raisons, ce sont des patients plus anxieux, mais davantage accessibles au raisonnement. Ils font preuve d'une grande observance, si on leur explique rationnellement les enjeux de leur traitement, notamment à long terme.

Un enfant précoce possède un système de raisonnement différent de celui des autres enfants : sa pensée est dite « en arborescence ». Lorsqu'on lui pose une question, immédiatement elle lui évoque autre chose, lui envoie une autre image. Il sollicite en même temps toutes les aires de son cerveau, visuelles, auditives, de la mémoire, de l'olfaction, et il donne la réponse qui s'impose à lui, sans qu'il puisse expliquer comment il l'a trouvée.

Par exemple pour la question « *Qui était Christophe Colomb ?* », il ne pense pas à son manuel de CM2, comme tel enfant standard avec une pensée linéaire qui déclenche sa mémoire progressivement. Immédiatement, il déclenche toutes ses aires réceptives, et en particu-

lier, il voit tout de suite la photo du film *1492*, et il en entend la musique, il voit une image de l'Amérique, une mappemonde, et la réponse s'impose à lui : «*Christophe Colomb, c'est lui qui a découvert l'Amérique*».

Ce système de pensée en arborescence, avec un cerveau qui stimule toutes les aires en même temps, fonctionne au détriment de la méthode. Ces

enfants sont, paradoxalement, très souvent en difficulté scolaire : depuis tout petits ils fonctionnent en s'appuyant sur cette pensée en arborescence, et ce raisonnement analogique leur permet de trouver les bonnes réponses, immédiatement, mais sans pouvoir expliquer leur raisonnement.

Cela finit par leur poser problème et entraîner un contentieux avec l'école.

## TROUBLES DU SOMMEIL ET ADOLESCENCE

**P.A., S.C.** *Pour peu qu'on les interroge, les parents rapportent souvent des troubles touchant l'endormissement et le déroulement du sommeil de leurs enfants. Ils peuvent être en rapport avec une obstruction nasale chronique et l'optimisation des voies aériques supérieures sera alors un des objectifs majeurs du traitement d'orthopédie dento-faciale*<sup>19</sup>.

*Vous avez souligné l'importante prévalence des dyssomnies chez le jeune enfant et décrit une prise en charge cognitivo-comportementale des difficultés d'endormissement et de maintien du sommeil*<sup>4</sup>. *Quels en sont les principes et quelles stratégies utilisez-vous ?*

**O.R.** C'est un point important et les recherches en cours vont certainement nous permettre de mieux appréhender les apnées du sommeil, responsables d'échec scolaire et d'hyperactivité de l'enfant.

Les troubles du sommeil sont une catastrophe pour le jeune enfant et pour ses parents. Lorsqu'un enfant ne dort pas, ses parents sont tellement fatigués et stressés au moment de le coucher le soir, qu'ils sont incapables de créer les conditions adéquates pour que leur

enfant se sente suffisamment en sécurité pour s'endormir. Ce système s'auto-entretient et risque de basculer vers la maltraitance.

Nous avons décrit dans l'article, une proposition de prise en charge cognitivo-comportementale des difficultés d'endormissement et de maintien du sommeil. Pratiquement, pour les enfants de moins de 3 ans, nous organisons une désensibilisation en demandant aux parents de nous confier leur enfant pour la nuit.

Lorsqu'au cours de la nuit l'enfant appelle, les soignants qui le prennent en charge ne sont pas aussi impliqués affectivement ni aussi exténués que le sont les parents. Ils expliquent à l'enfant, avec empathie et fermeté, qu'il doit dormir et qu'il n'a pas d'autre choix. En quelques nuits, l'enfant retrouve un sommeil normal et ses parents sont rassurés et reposés.

Aux parents qui s'interrogent «*Je ne comprends pas pourquoi il ne s'endort pas ?*», il faut expliquer que tous les enfants n'ont pas besoin de la même quantité de sommeil. Il y a de gros dormeurs et de petits dormeurs, il y a des enfants qu'il est inutile de coucher à

20 heures, s'ils n'arrivent pas à dormir avant 22 heures, même à 7-8 ans.

Il faut également leur indiquer que, pour qu'un enfant s'endorme, il faut être certain qu'il ait eu une dose d'affection et de sécurité suffisante dans la journée.

Le sommeil de l'enfant a été décrit par les neurophysiologistes : le fameux petit train du sommeil où six fois dans la nuit, alternent sommeil paradoxal et sommeil lent, avec, à chaque alternance, une période d'éveil d'une seconde. Quand l'enfant se réveille, le souvenir de la personne qui l'a couché s'impose à lui. Si cette personne était déprimée ou lui a dit quelque chose de triste «*heureusement que je t'ai, toi, si je ne t'avais pas...*», cela l'inquiète et immédiatement il appelle pour savoir si elle va bien.

Il est important d'accompagner l'endormissement d'un enfant, surtout s'il est anxieux, avec ce que j'appelle une «*aire transitionnelle d'endormissement*», c'est-à-dire s'asseoir au pied de son lit et le faire parler, par exemple, de ce qui l'a

inquiété au cours de la journée. Cela va lui permettre d'évacuer ses préoccupations, et ainsi ses soucis ne reviendront pas le perturber au cours de la nuit.

Tous les enfants précoces s'endorment tard parce qu'ils font le bilan de la journée passée et pensent au programme du lendemain, à ce qui n'a pas été fait, à ce qui ne va pas.

Chez les adolescents, le pic de mélatonine est retardé. Il est donc illusoire qu'un adolescent s'endorme avant 23 heures, voire minuit. C'est physiologique, il ne faut pas s'en formaliser mais plutôt trouver des stratégies qui lui permettent de s'endormir plus tôt.

J'emploie souvent la métaphore suivante : «*pour poser un Boeing, il faut que tous les voyants soient au vert et si il y a le moindre voyant rouge, le Boeing ne peut pas atterrir*». De même, l'enfant, pour accepter de se décontracter et de relâcher sa vigilance, surtout s'il est très intelligent, doit être certain que tout va bien autour de lui et qu'il se trouve en sécurité.

## OBSERVANCE ET O.D.F.

**P.A., S.C.** Sackett<sup>17</sup> fut l'un des premiers à intégrer la notion d'observance en santé.

*L'observance est un procédé de soins actif, intentionnel, et responsable, dans lequel le patient travaille à maintenir sa santé en étroite collaboration avec les professionnels de santé<sup>8</sup>. Lorsque l'observance diminue, que conseillez-vous pour ne pas, selon vos propos, ajouter l'incompréhension à l'échec ?*

**O.R.** Il arrive fréquemment, qu'à un moment donné, un enfant même grave-

ment malade, conscient ou non du risque qu'il encourt, refuse de continuer à suivre son traitement. Ce refus du traitement rentre dans un processus de rejet global des parents, d'autant plus violent que ces derniers sont fortement impliqués dans le traitement.

En pareil cas, la solution est de faire alliance avec l'enfant en dehors de la présence des parents, car il est fondamental pour le praticien de s'assurer que le refus d'observance n'est pas la conséquence d'une opposition globale à tout ce qui vient des parents.

**P.A., S.C.** *L'orthodontiste est fréquemment amené à suivre ses patients sur le long terme : première visite de consultation généralement entre 6 et 9 ans et suivi jusqu'au bilan de fin de contention vers 19/20 ans. Cette large plage d'accompagnement thérapeutique peut permettre d'assimiler les soins d'O.D.F. à ceux d'affections chroniques. L'adolescence étant la dernière étape de la transition entre dépendance et autonomie, les soins d'orthodontie comme ceux de toute affection chronique, compliquent cet accès à l'indépendance. Quelles recommandations apporteriez-vous à une famille dont les parents seraient enclins à débiter le traitement d'O.D.F. de leur enfant, alors que celui-ci exprime clairement n'être pas assez motivé pour en assumer les nécessaires et importantes contraintes ?*

**O.R.** Là encore, il faut dialoguer en tête à tête avec l'adolescent afin de déceler si le risque d'un défaut d'observance est lié véritablement au traitement et non pas à un refus global des parents. Il faut sortir l'adolescent du contexte familial, surtout s'il est venu contraint et forcé, car il va résister avec la même intensité que celle déployée par ses parents pour l'amener à consulter (selon le principe d'Archimède<sup>16</sup>).

Pour faire un parallèle avec ma consultation, lorsque je perçois des réticences, je reçois l'enfant ou l'adolescent seul et je n'aborde pas le problème d'emblée « alors pourquoi tu ne veux pas ? », mais j'engage plutôt une conversation périphérique, avec humour, empathie : « dis donc tes parents et toi n'avez pas l'air bien d'accord ? Est-ce qu'il n'y a que pour ça, ou il y a d'autres raisons ? » En général cela débloque la situation et il est alors plus facile d'obtenir l'adhésion.

Il est important de créer un climat d'empathie, de s'intéresser à ses centres d'intérêts, parce que l'adolescent sait qu'il va passer quand même pas mal de temps avec vous, et que si ça n'accroche pas, il aura une raison suffisante pour refuser de revenir.

Il est constructif de lui montrer qu'on n'est pas uniquement l'instrument des parents, qu'on ne s'intéresse pas qu'à ses dents et qu'on est sensible à son bien-être général. On passe ainsi une alliance thérapeutique, et il est alors plus aisé de lui présenter les avantages et les contraintes d'un traitement.

Enfin, après lui avoir fourni toutes les explications, on peut lui proposer de différer sa décision en lui disant « tu reviens me voir, et tu me diras vraiment, toi tout seul, ce que tu en penses. »

**P.A., S.C.** *L'adhésion des patients est la clé de voûte du succès d'un traitement d'O.D.F. et les cliniciens n'ont de cesse d'optimiser la relation thérapeutique qu'ils nouent avec les patients et leur famille. Les échanges avec les parents peuvent soit avoir lieu au cours de l'ensemble des séances de soins auxquelles ils sont toujours conviés, ou bien lors de rendez-vous de bilans semestriels. En tant que pédopsychiatre et père, laquelle de ces approches nous conseillez-vous pour favoriser une alliance thérapeutique optimale ?*

**O.R.** Il est crucial que l'adolescent et ses parents entendent les mêmes choses, parce que les adolescents sont parfois très manipulateurs. Si les adolescents sont vus seuls, ils peuvent déformer les propos du praticien et dire à leurs parents « non, il m'a dit qu'il ne fal-

*lait pas le mettre tous les jours» ou «il m'a dit que je pouvais m'en passer» etc., et l'orthodontiste se retrouve manipulé.*

Par ailleurs, le fait de voir les parents seuls peut-être perçu comme persécutoire par l'adolescent, qui peut avoir l'im-

pression que l'on cherche à lui cacher quelque chose.

Il me semble donc préférable de tenir régulièrement informés parents et enfants et qu'ils entendent, ensemble, le même discours.

## COMMENT FACILITER LA RELATION AVEC L'ADOLESCENT ?

**P.A., S.C.** *Quels conseils donneriez-vous aux praticiens pour mieux comprendre les adolescents et quelles techniques simples peuvent-ils employer pour que la relation thérapeutique, généralement initiée pendant l'enfance du patient, ne soit pas remise en cause par la crise de l'adolescence ?*

**O.R.** Je conseillerais d'adopter à l'égard du patient une attitude bienveillante, empreinte d'empathie, tout en gardant une certaine distance. Cette relation d'empathie va faciliter le soin et concourir à sa réussite.

Créer un climat de confiance passe par l'instauration d'un dialogue de qualité où l'on témoigne de l'intérêt aux opinions de l'adolescent, et où on lui montre que l'on s'intéresse à lui en tant que personne.

L'adolescent apprécie également qu'on lui apprenne quelque chose de nouveau sur lui-même, avec des termes

simples et sans l'écraser par un étalage scientifique.

Le gage d'une relation réussie, et c'est un peu paradoxal, c'est aussi de ne pas se comporter comme leur copain, en veillant notamment à ne pas adopter leur langage. On peut montrer que l'on comprend leur discours, mais on n'utilise surtout pas leur vocabulaire, sous peine d'être discrédité.

Il faut aussi assurer à l'adolescent le secret sur ce qu'il nous confie. Cette assurance lui permettra d'être authentique et de ne pas nous cacher des choses, par peur qu'elles soient répétées à ses parents.

Il importe également de lui faire comprendre que l'on n'est pas forcément complice de ses parents, sans jamais toutefois se permettre de critiquer les principes éducatifs parentaux.

Enfin, il est fondamental de respecter nos engagements.

## COMMENT GÉRER L'OPPOSITION PARENTS-ENFANTS FACE AU TRAITEMENT ?

**P.A., S.C.** *Les orthodontistes sont parfois confrontés à l'épineux problème posé par des patients adolescents dont l'absence de coopération complique leur traitement, ou en retarde l'issue.*

*La perspective de devoir porter plus longtemps des dispositifs contraignants ne semble pas les affecter outre mesure. Le praticien se trouve alors en porte-à-faux vis-à-vis des parents, auprès desquels il*

*s'était engagé sur une durée de traitement définie.*

*Ce cas de figure n'est-il pas une illustration de ce que vous avez nommé le principe d'Archimède, et l'adolescent ne manifeste-t-il pas ainsi son opposition à ses parents en choisissant plus ou moins consciemment « d'appuyer là où ça fait mal » ? Quels conseils donneriez-vous au thérapeute pour trouver une issue favorable à cette situation ?*

**O.R.** Le conseil majeur est de recourir à la triangulation. C'est-à-dire que le conflit ne doit plus rester un problème entre les parents et l'adolescent, mais qu'il faut y intégrer un troisième intervenant : l'orthodontiste, garant du soin. Pour demeurer un intervenant crédible, le praticien ne doit pas avoir donné à l'adolescent l'impression qu'il était l'allié inconditionnel de ses parents.

Il faut absolument réussir à désamorcer le conflit parents-adolescent.

Aux parents, on peut expliquer : « *Ce n'est plus un problème entre vous et lui, c'est un problème entre vous, lui et moi, et, en particulier, entre lui et moi. Laissez-moi donc lui en expliquer les enjeux.* »

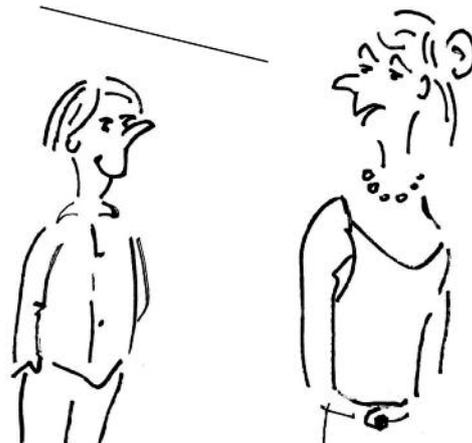
Pour motiver l'adolescent, on peut faire le point en utilisant des phrases comme : « *Je pense que tu as fait le plus dur. Tu m'as étonné sur ce coup-là, je ne pensais pas que tu arriverais à tenir, bravo, ce serait dommage d'arrêter maintenant !* », ou « *Tu te rends compte, tu as déjà porté tes élastiques six mois...* ». Je pense que ce genre d'arguments prend beaucoup de sens à l'adolescence.

Lorsque je m'entretiens avec un adolescent qui lâche en cours d'année scolaire, j'utilise fréquemment cette métaphore : « *C'est bête de rater un marathon à cause des 100 derniers mètres.* ».

**P.A., S.C.** *Nous aimerions recueillir votre avis à propos d'une autre situation clinique, qui nous a récemment été rapportée. Quelle attitude adopter lors du rendez-vous suivant face à une adolescente, vraisemblablement en conflit avec ses parents, qui n'a pas prononcé un mot pendant la présente séance de soins, ni répondu aux questions posées, et qui quitte précipitamment le cabinet sans reprendre de rendez-vous, sans dire au revoir et en claquant violemment la porte (alors que sa mère est restée dans la salle*

« *La maison, ce n'est pas un hôtel !* »

« *J'ai remarqué, il n'y a même pas de service d'étage...* »



*d'attente plutôt que d'assister à la séance de soins à laquelle elle était conviée) ?*

*Comment aborder le sujet avec sa maman ? Quelle attitude adopter avec la jeune patiente ? Faut-il faire semblant d'avoir oublié l'incident ou lui en parler, et si oui quelle manière vous semble la plus appropriée ?*

**O.R.** Il faut aborder le problème avec la maman et avant tout dédramatiser. L'incident n'est pas de prime importance et la relation thérapeutique pourrait être inutilement détériorée si la famille souhaitait sanctionner l'adolescente pour ce seul motif.

Il est important de se rappeler, et de rappeler à leurs parents, que les adolescents sont ambivalents, qu'ils louvoient en permanence entre leur désir de rester enfant et celui de grandir, alternant les moments où ils sont charmants et conciliants, et ceux où ils sont insupportables.

Pour les thérapeutes, et les parents, cela implique de savoir surfer sur cette ambivalence et de ne pas leur en vouloir pour les moments où ils ont été pénibles.

Il faut associer empathie et fermeté. Il faut également clairement expliquer à l'adolescent que l'on donne son ressenti

vis-à-vis de son comportement, et non de sa personne.

Lors de la prochaine visite de la jeune patiente, il est souhaitable d'aborder l'incident avec elle, d'emblée et avec bienveillance : *« Je pense qu'il y a vraiment quelque chose qui t'a déplu, si tu veux me le dire, je suis prêt à l'entendre »,* puis la fermeté *« ... quand tu quittes le cabinet en claquant la porte, ce comportement est dommageable pour toi, cela ne me fait pas plaisir, et cela inquiète ta maman..., je ne suis pas là pour te juger mais j'essaie de comprendre ton comportement »* puis *« il faut absolument qu'on poursuive ton traitement, sinon ce serait préjudiciable pour toi »*.

De même, avec un patient qui a manqué son rendez-vous précédent, il est préférable ne pas lui en tenir rigueur, ni de le réprimander, mais plutôt d'essayer de réagir avec empathie et humour : *« Ah, ça me fait plaisir de te voir, j'imaginais vraiment que tu ne reviendrais plus jamais... »*. Mettre des mots, formuler les événements, c'est offrir l'occasion à l'adolescent de reprendre le dialogue.

Toujours de l'humour, certainement pas de sévérité, on en revient une fois de plus à mon concept de fermeté bienveillante.

## TROUBLES DU COMPORTEMENT ET ADOLESCENCE PATHOLOGIQUE

**P.A., S.C.** *De par la nature du suivi d'orthopédie dento-faciale, l'orthodontiste occupe une position d'observateur privilégié de l'évolution de ses patients, qu'il suit sur une longue période (souvent de 7 à 20 ans) et avec une fréquence plus élevée que celle des autres thérapeutes de l'enfance. Dès lors, pensez-vous qu'il puisse contribuer à déceler les signaux de*

*détresse, parfois ténus, qui peuvent faire suspecter le passage à une adolescence pathologique ?*

**O.R.** Il est important de pouvoir observer les prémices de ces troubles du comportement, car leur traitement est d'autant plus efficace qu'il est initié tôt.

L'orthodontiste a un rôle d'observateur extrêmement intéressant, dans la mesure où le patient ne vient pas pour parler de ses problèmes et ne cherchera donc pas à les masquer. De plus, les séances de soins sont d'excellentes occasions de converser sur le mode « parler à côté » : c'est-à-dire instaurer un dialogue en étant à côté de l'adolescent, sans le regarder dans les yeux. Lui parler en observant sa radiographie, en préparant son arc (ou en regardant la télévision, en cuisinant, en voiture, pour les parents) est bien moins ressenti comme de la réprobation que la conversation en face-à-face, qui est vécue comme infantilisante. Ce « parler à côté » est la formule qui convient le mieux aux échanges avec un adolescent et qui l'incitera à se confier plus facilement.

**P.A., S.C.** *Même si toutes les manifestations de l'adolescence ne sont pas toujours l'expression d'une dépression, la prévalence de cette pathologie chez l'enfant et l'adolescent avoisine les 8 %. Elle apparaît lorsque l'adolescent n'a pas su mettre en œuvre des stratégies adaptatives. Vous avez écrit que la reconnaissance de la dépression et sa prise en charge adaptée sont un enjeu primordial de santé publique, tant son retentissement est important, et ce, quel que soit l'âge<sup>5</sup>.*

*Quels sont les signes importants qui marquent le début de la pathologie dépressive, et quelle conduite suggérez-vous de tenir ?*

**O.R.** De fait, l'orthodontiste est en position idéale d'observateur, en particulier grâce au « parler à côté », et peut recueillir des propos que le patient ne tiendrait pas à son psy.

Les adultes ont du mal à repérer la dépression de l'enfant parce qu'ils appréhendent de se replonger dans les épisodes de tristesse de leur histoire, et parce que l'on associe enfance avec insouciance et qu'il est difficile d'admettre qu'un enfant puisse être triste.

La détection de la dépression de l'enfant et de l'adolescent, est délicate parce que les signes ne sont pas les mêmes à tous les âges de la vie. Ils sont différents chez l'adulte, chez l'adolescent ou le pré-adolescent.

D'une manière générale, à tout âge, ce qui signe l'entrée dans une dépression c'est une rupture : un enfant joyeux qui ne l'est plus, qui a eu des loisirs et les a abandonnés, etc.

Je conseille de débiter les échanges avec le patient en abordant le problème par la périphérie, en disant « *Dis-donc, tu fais quoi cette année?* » « *Bah, je faisais du foot mais j'ai arrêté* ». Ce type de réponse doit attirer l'attention. La suite de la conversation, si elle met en évidence une rupture par rapport au comportement antérieur, doit évoquer un tableau dépressif, qui peut être transitoire, mais il y a quelque chose qui se défait.

La préadolescence, ou grande enfance, s'étend de 6 à 12 ans.

#### • Chez le préadolescent

Les signes d'appel de la dépression sont :

- la dévalorisation (je suis nul, je ne sais pas, je ne peux pas, je n'y arrive pas, ce sera trop dur, je ne pourrai pas porter cet appareil longtemps) :

- des troubles du comportement excessifs et qu'il ne manifestait pas auparavant (il est affabulateur, il a volé dans un magasin, il a fugué, il est sujet nouvellement à des crises de colère) ;

– l'apparition récente de troubles du sommeil (il se s'endort plus, ou il se réveille la nuit, ou il se réveille tôt le matin) ou de troubles de l'alimentation (maintenant il se rue sur la nourriture, ou, au contraire, il ne mange plus).

Il faut alors essayer de rechercher la cause : «*j'ai l'impression que ça ne va pas trop bien*», «*Je vois bien que tu as des soucis, c'est quoi ton plus gros souci?*». Le préadolescent est sensible à cette terminologie et accepte généralement de se confier.

• **Chez l'adolescent**

Les premiers signes de dépression sont :

– une irritabilité excessive : pas l'irritabilité standard qui ne s'exprime qu'en famille, mais une irritabilité qui s'exporte partout et qui rend l'adolescent absolument insupportable tout le temps et vis-à-vis de tout le monde ;

– le désinvestissement des loisirs : autant un adolescent peut fléchir à l'école sans être déprimé, autant s'il abandonne son loisir favori c'est qu'il est déprimé ;

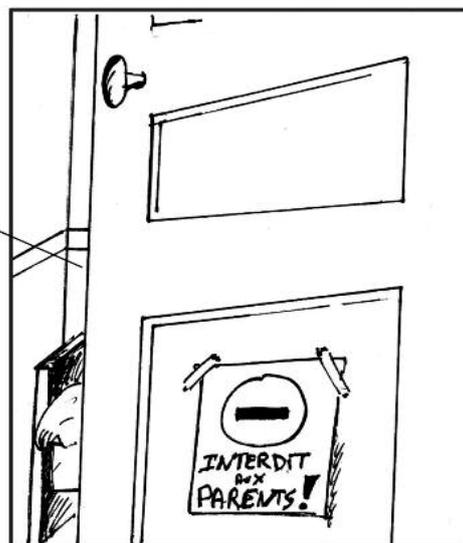
– des plaintes somatiques, maux de tête ou maux de ventre, qui ont fait l'objet de vaines consultations médicales.

Si en plus cet adolescent exprime un sentiment de dévalorisation de lui-même et de désintérêt total pour son avenir et le monde qui l'entoure : tout est nul, lui, le monde, l'avenir (triade de Beck), alors il n'y a plus de doute à avoir, il est en pleine dépression.

Il faut alors lui expliquer que c'est parce qu'il est déprimé qu'il présente ces signes et que son médecin traitant sera à même de l'aider, de lui donner des conseils, voire de lui faire une prescription, et il faut parallèlement téléphoner au médecin pour lui faire part de votre inquiétude.

La particularité de la dépression chez l'enfant et l'adolescent est que ses conséquences l'aggravent. Parce qu'il est déprimé, il est irritable, il délaisse ses loisirs, il ne sort plus, il est scotché à l'ordinateur, il a mal partout, donc il est de plus en plus déprimé, de plus en plus irritable, et isolé. Pour rompre le cercle vicieux, il suffit d'inverser la tendance et

« *Dites à mes parents que ma chambre, c'est MA chambre...* »



parfois une simple prescription d'antidépresseurs, limitée dans le temps (trois semaines ou un mois), permet à l'adolescent de passer cette période difficile et, tel un catalyseur, l'aide à retrouver son équilibre antérieur.

**P.A., S.C.** *Le pronostic du traitement de l'anorexie mentale, ou conduite de restriction alimentaire, est d'autant plus favorable que le dépistage en aura été précoce. La forme de début est insidieuse, progressive et masquée. Pouvez-vous nous faire partager les principaux éléments susceptibles de permettre un repérage précoce de ce trouble et nous indiquer quelle conduite adopter ? Quelle est la tranche d'âge concernée ? Existe-t-il des profils à risque ?*

**O.R.** L'anorexie mentale résulte d'un ensemble de causes : une prédisposition neurobiologique, qu'on vient d'identifier sur la cartographie cérébrale, un déficit entraînant une représentation spatiale corporelle erronée, un contexte favorisant et un catalyseur qui sert d'élément déclenchant.

Le contexte favorisant est souvent un dysfonctionnement du système familial, avec une mère qui a imposé ses besoins à sa fille, laquelle a du mal à prendre ensuite son indépendance du fait de cette confusion entre sa mère et elle.

Un établissement scolaire d'excellence mais où l'exigence de résultats est très forte, une activité sportive à risque telle la danse classique, la GRS ou la natation synchronisée, une société célébrant le culte de l'apparence, sont autant d'autres facteurs prédisposants.

Le facteur déclenchant est très fréquemment un séjour à l'étranger qui provoque un éloignement affectif et bouleverse les habitudes alimentaires, mais il arrive que ce soit la pose d'un appareil orthodontique.

L'anorexie mentale est définie par la triade symptomatique : restriction alimentaire volontaire, amaigrissement, aménorrhée.

Le pronostic est d'autant plus favorable que le diagnostic est précoce et la prise en charge rapide. L'hospitalisation peut être évitée si on traite l'anorexie dans sa phase débutante.

Là encore, l'orthodontiste a une place d'observateur de choix.

En cas de doute, il faut essayer de demander discrètement à la maman si la patiente a modifié ses habitudes alimentaires, si elle trie sa nourriture ou si elle cuisine pour les autres. Si c'est le cas, que cette ado est une excellente élève et qu'elle surinvestit un sport exigeant tel que la danse classique, alors il faut appeler le médecin de famille et que celui-ci arrive à trouver le moyen d'examiner la jeune fille. Cet examen médical est nécessaire car ces adolescentes sont intelligentes et très imaginatives lorsqu'il s'agit de dissimuler leur amaigrissement sous plusieurs couches de vêtements.

Le dernier message que je voudrais faire passer au sujet de l'anorexie est l'inquiétante évolution de l'âge de début : cette pathologie qui jusqu'à présent atteignait en majorité des adolescentes âgées de 12 à 18 ans, touche actuellement de plus en plus d'enfants pré-pubères. Le diagnostic en est difficile (l'aménorrhée étant primaire), la prise en charge beaucoup plus complexe et le pronostic plus sombre.

**P.A., S.C.** *Vous avez écrit « il n'y a pas d'adolescents équilibrés, il n'y a que des équilibristes ». Nous vous remercions, Dr. Olivier Revol, d'avoir aidé les lecteurs de la Revue d'O.D.F. à déployer un filet de sécurité rassurant, en dessous du câble parfois tendu de leur relation thérapeutique avec les adolescents.*

## BIBLIOGRAPHIE

1. Amat P. What would you choose: evidence-based treatment or an exciting, risky alternative? *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2007;132:724-5.
2. Amat P. Stress et orthodontie. XXV<sup>e</sup> Journées Internationales du Collège National d'Occlusodontologie. Stress, douleurs et dysfonctionnements. Brest, 13 et 14 mars 2008.
3. Barbalat G, Domenech P, Vernet M, Fournieret P. Approche neuroéconomique de la prise de risque à l'adolescence. *Encephale* 2010;36(2):147-54.
4. Desombre H, El Idrissi S, Fournieret P, Revol O, de Villard R. Prise en charge cognitivo-comportementale des troubles du sommeil du jeune enfant. *Arch Pediatr* 2001;8:639-44.
5. Desombre H, Paccalin C, Revol O, Fournieret P. Place des traitements médicamenteux dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent. *Arch Pediatr* 2006;13:711-3 et 2010;36:147-54.
6. Fournieret P, El Idrissi SM, Boutière C, Revol O. Approche diagnostique et thérapeutique actuelle des troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant. *Arch Pediatr* 2004;11:285-94.
7. Giedd J. The Teen Brain: Insights from Neuroimaging. *J Adolesc Health* 2008;42:335-43.
8. Kyngäs H, Hentinen M, Koivukangas P, *et al.* Young diabetics' compliance in the framework of the MIMIC model. *J Adv Nurs* 1996;24:997-1005.
9. Louis J, Revol O, Nemoz C, Dulac RM, Fournieret P. Les facteurs psychophysiologiques de la précocité intellectuelle : résultats d'une enquête comparative chez l'enfant entre 8 et 11 ans. *Arch Pediatr* 2005;12:520-5.
10. McAnarney ER. Adolescent Brain Development: Forging New Links. *J Adolesc Health* 2008;42:321-3.
11. Neeley WW 2<sup>nd</sup>, Kluemper GT, Hays LR. Psychiatry in orthodontics. Part 1: Typical adolescent psychiatric disorders and their relevance to orthodontic practice. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;129:176-84.
12. Neeley WW 2<sup>nd</sup>, Kluemper GT, Hays LR. Psychiatry in orthodontics. Part 2: Substance abuse among adolescents and its relevance to orthodontic practice. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;129:185-93.
13. Revol O, Louis J, Fournieret P. Les troubles du comportement de l'enfant précoce. *ANAE* 2002;67:120-4.
14. Revol O. *Même pas grave, l'échec scolaire ça se soigne !* Paris : JC Lattès, 2006.
15. Revol O. *J'ai un ado mais je me soigne.* Paris : JC Lattès, 2010.
16. Revol O. L'adolescence, faut-il en faire une maladie ? *Rev Orthop Dento Faciale* 2010;44:407-11.
17. Sackett DL. Introduction and the magnitude of compliance and noncompliance. In: Sackett DL, Haynes RB, eds. *Compliance With Therapeutic Regimens.* Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976:1-25.
18. Steinberg L. Risk-taking in adolescence. New perspectives from brain and behavioral science. *Current directions in psychological science* 2007;16:55-9.
19. Talmant J, Talmant JC, Deniaud J, Amat P. Du traitement étiologique des AOS. *Rev Orthop Dento Faciale* 2009;43:253-9.

*Les dessins de Philippe Amat illustrent quelques «brèves de consultation» relevées par Olivier Revol.*