

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année : 2010

Thèse N° : 13

**L'Orthopédie Dento-Faciale :
comment communiquer avec le patient ?**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE

présentée

et soutenue publiquement par :

Mademoiselle Angéline JIQUEL

Née le 5 septembre 1985

Le 07 Avril 2010, devant le jury ci-dessous :

Président : Madame le Professeur Brigitte LICHT

Assesseur : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Assesseur : Monsieur le Docteur Joël DENIAUD

Directeur de thèse : Madame le Docteur Madline CUNY-HOUCHMAND

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

Sommaire

| | |
|---|----|
| Introduction | 12 |
| I°) La communication : principes généraux | 14 |
| 1-1) Définition | 14 |
| 1-2) Les différents modes de communication..... | 14 |
| 1-2-1) La communication verbale ou orale | 17 |
| 1-2-1-1) Les questions | 18 |
| Ouvertes..... | 18 |
| Centrées | 18 |
| Fermées..... | 18 |
| Insidieuses | 19 |
| Composées..... | 19 |
| 1-2-1-2) Les échanges sociaux | 20 |
| 1-2-1-3) La transmission d'information | 20 |
| 1-2-1-4) Les encouragements | 20 |
| 1-2-1-5) Les opinions | 20 |
| 1-2-1-6) Les explications..... | 21 |
| 1-2-1-7) Les répétitions | 21 |
| 1-2-1-8) Les reformulations..... | 22 |
| 1-2-1-9) Les négociations | 22 |
| 1-2-1-10) Les confrontations | 22 |
| 1-2-1-11) Les réconforts, conseils, instructions | 22 |
| 1-2-1-12) L'humour..... | 22 |
| 1-2-1-13) Avantages et inconvénients de la communication verbale..... | 23 |
| 1-2-2) La communication non verbale | 23 |
| 1-2-2-1) Le para-verbal | 24 |
| 1-2-2-1-1) La tonalité | 25 |
| 1-2-2-1-2) Le débit | 25 |
| 1-2-2-1-3) Le volume | 25 |
| 1-2-2-1-4) Le timbre | 25 |

| | |
|---|----|
| 1-2-2-1-5) La prononciation et l'accent..... | 26 |
| 1-2-2-1-6) L'intonation..... | 26 |
| 1-2-2-1-7) L'accentuation..... | 26 |
| 1-2-2-1-8) Les non fluences | 27 |
| 1-2-2-1-9) Les silences | 27 |
| 1-2-2-1-10) L'écoute | 28 |
| 1-2-2-1-11) Les autres vocalisations non verbales | 29 |
| 1-2-2-2) Le non-verbal pur | 29 |
| 1-2-2-2-1) Le « look », l'apparence..... | 29 |
| 1-2-2-2-2) L'aspect général..... | 30 |
| 1-2-2-2-3) La mimique faciale | 30 |
| 1-2-2-2-4) Le regard..... | 31 |
| 1-2-2-2-5) La gestuelle et les postures | 31 |
| 1-2-2-2-6) Le contact physique | 33 |
| 1-2-2-2-7) L'odorat | 34 |
| 1-2-2-2-8) Les distances de Hall E..... | 34 |
| L'espace intime | 35 |
| L'espace personnel..... | 36 |
| L'espace social..... | 36 |
| L'espace public | 36 |
| 1-2-2-2-9) Avantages et inconvénients de la communication non verbale | 38 |
| 1-2-3) La communication écrite | 38 |
| 1-2-3-1) La correspondance..... | 39 |
| 1-2-3-2) Les documents écrits | 39 |
| 1-2-3-3) Les livres, revues..... | 40 |
| 1-2-3-4) Les documents informatiques..... | 40 |
| 1-2-3-5) L'art..... | 40 |
| 1-2-3-6) Avantages et inconvénients de la communication écrite..... | 40 |
| 1-2-4) Résumé des différents modes de communication | 43 |
| 1-3) L'élaboration du message..... | 45 |
| 1-3-1) Le modèle de Shannon et Weaver..... | 45 |
| 1-3-2) Le feed-back..... | 47 |
| 1-3-3) Le modèle de la communication dyadique de Schröder..... | 48 |

| | | |
|----------|--|----|
| 1-3-3-1) | La sphère centrale de l'émetteur | 48 |
| 1-3-3-2) | La sphère périphérique de l'émetteur | 49 |
| 1-3-3-3) | La sphère périphérique du récepteur | 49 |
| 1-3-3-4) | La sphère centrale du récepteur..... | 49 |
| 1-3-3-5) | Les répertoires des interlocuteurs..... | 49 |
| 1-3-3-6) | Le feed-back appliqué à ce schéma de communication | 50 |
| 1-3-3-7) | Les perturbations de la communication | 50 |
| 1-3-4) | Les fonctions de la communication..... | 50 |
| 1-3-4-1) | Fonction instrumentale | 50 |
| 1-3-4-2) | Fonction de contrôle..... | 50 |
| 1-3-4-3) | Fonction d'information | 51 |
| 1-3-4-4) | Fonction d'expression d'une réalité intérieure..... | 51 |
| 1-3-4-5) | Fonction de contact social et de stimulation | 51 |
| 1-3-4-6) | Fonction d'allègement de l'anxiété | 51 |
| 1-3-4-7) | Fonction liée au rôle social..... | 52 |
| 1-4) | Les obstacles à la communication | 52 |
| 1-4-1) | Les mots | 52 |
| 1-4-2) | La vue sélective | 52 |
| 1-4-3) | L'écoute sélective..... | 52 |
| 1-4-4) | Les barrières émotionnelles..... | 53 |
| 1-4-5) | La sur-communication..... | 53 |
| 1-5) | La Programmation Neurolinguistique (PNL) : une méthode d'investigation de la personnalité à développer | 53 |
| 1-5-1) | Généralités..... | 53 |
| 1-5-2) | La Programmation Neurolinguistique : Explications..... | 55 |
| 1-5-2-1) | Les visuels | 55 |
| 1-5-2-2) | Les auditifs | 57 |
| 1-5-2-3) | Les kinesthésiques..... | 57 |
| 1-5-3) | L'importance de la PNL pour l'équipe dentaire..... | 60 |
| 1-5-3-1) | Les visuels | 60 |
| 1-5-3-2) | Les auditifs | 61 |
| 1-5-3-3) | Les kinesthésiques..... | 61 |
| II°) | La communication au cabinet d'Orthopédie Dento-Faciale..... | 63 |

| | | |
|--------------|--|----|
| 2-1) | Les différents acteurs du cabinet..... | 63 |
| 2-1-1) | La secrétaire | 63 |
| 2-1-1-1) | L'accueil téléphonique | 63 |
| 2-1-1-2) | L'accueil au cabinet | 66 |
| 2-1-1-2-1) | Le nouveau patient | 66 |
| 2-1-1-2-2) | Le patient avec rendez-vous | 67 |
| 2-1-1-2-3) | Les urgences | 67 |
| 2-1-1-2-4) | Les retardataires ou habitués de rendez-vous manqués..... | 68 |
| 2-1-1-2-5) | Les prises de rendez-vous pour une suite de traitement | 68 |
| 2-1-1-2-6) | Les patients insatisfaits | 68 |
| 2-1-2) | L'assistante..... | 69 |
| 2-1-2-1) | L'accueil du patient..... | 69 |
| 2-1-2-2) | Les qualités requises..... | 70 |
| 2-1-2-2-1) | La présentation..... | 70 |
| 2-1-2-2-2) | Le sens de l'accueil..... | 71 |
| 2-1-2-2-3) | Le sens de l'organisation | 71 |
| 2-1-2-2-4) | La gestion du stress..... | 71 |
| 2-1-3) | Le patient..... | 72 |
| 2-1-3-1) | L'enfant (5 à 13 ans) | 72 |
| 2-1-3-1-1) | L'enfant jeune (5 à 9 ans) | 72 |
| 2-1-3-1-1-1) | Rapport avec les parents | 73 |
| 2-1-3-1-1-2) | Rapport avec l'orthodontiste..... | 73 |
| 2-1-3-1-1-3) | Le comportement idéal avec un enfant jeune..... | 74 |
| 2-1-3-1-2- | Le préadolescent (10 à 13 ans) | 75 |
| 2-1-3-1-2-1) | Rapport avec les parents | 75 |
| 2-1-3-1-2-2) | Rapport avec l'orthodontiste..... | 76 |
| 2-1-3-1-2-3) | Le comportement idéal avec le préadolescent | 76 |
| 2-1-3-2) | L'adolescent (13 à 19 ans) | 77 |
| 2-1-3-2-1) | Rapport avec les parents | 77 |
| 2-1-3-2-2) | Rapport avec l'orthodontiste..... | 78 |
| 2-1-3-2-3) | Le comportement idéal avec l'adolescent..... | 79 |
| 2-1-3-3) | Les différents types d'enfants..... | 80 |
| 2-1-3-3-1) | L'enfant coopérant..... | 80 |

| | |
|---|----|
| 2-1-3-3-2) L'enfant qui coopère mais qui est tendu..... | 80 |
| 2-1-3-3-3) L'enfant craintif..... | 80 |
| 2-1-3-3-4) L'enfant émotif..... | 80 |
| 2-1-3-3-5) L'enfant timide..... | 81 |
| 2-1-3-3-6) L'enfant gâté..... | 81 |
| 2-1-3-3-7) L'enfant agressif..... | 81 |
| 2-1-3-3-8) L'enfant adopté..... | 81 |
| 2-1-3-3-9) L'enfant handicapé..... | 82 |
| 2-1-3-4) De la compliance à la collaboration..... | 85 |
| 2-1-3-4-1) La compliance..... | 85 |
| 2-1-3-4-2) La collaboration..... | 85 |
| 2-1-3-4-3) La coopération..... | 85 |
| 2-1-3-4-4) Les attitudes..... | 86 |
| 2-1-3-4-5) Les comportements..... | 86 |
| 2-1-3-5) L'adulte..... | 87 |
| 2-1-3-5-1) Les différents types de patients adultes..... | 88 |
| 2-1-3-5-1-1) Les analytiques..... | 88 |
| 2-1-3-5-1-1-1) Leurs traits de caractère..... | 88 |
| 2-1-3-5-1-1-2) L'attitude des soignants..... | 88 |
| 2-1-3-5-1-2) Les dynamiques..... | 89 |
| 2-1-3-5-1-2-1) Leurs traits de caractère..... | 89 |
| 2-1-3-5-1-2-2) L'attitude des soignants..... | 89 |
| 2-1-3-5-1-3) Les aimables..... | 89 |
| 2-1-3-5-1-3-1) Leurs traits de caractère..... | 89 |
| 2-1-3-5-1-3-2) L'attitude des soignants..... | 90 |
| 2-1-3-5-1-4) Les expressifs..... | 90 |
| 2-1-3-5-1-5-1) Leurs traits de caractère..... | 90 |
| 2-1-3-5-1-5-2) L'attitude des soignants..... | 90 |
| 2-1-3-5-2) Les motivations..... | 92 |
| 2-1-3-5-2-1) La motivation esthétique..... | 92 |
| 2-1-3-5-2-2) Les motivations d'ordre fonctionnel..... | 92 |
| 2-1-3-5-3) Les caractéristiques du traitement de l'adulte..... | 92 |
| 2-1-3-5-3-1) Le besoin d'explications..... | 92 |
| 2-1-3-5-3-2) La volonté d'un traitement esthétique et rapide..... | 93 |
| 2-1-3-5-3-3) Une sensibilité à la douleur plus importante..... | 93 |

| | |
|--|-----|
| 2-1-3-5-3-4) Une adaptation aux appareillages plus longue..... | 93 |
| 2-1-4) Les parents..... | 94 |
| 2-1-4-1) Les classifications | 94 |
| 2-1-4-1-1) Classification de Garcia-Godoy (1986)..... | 94 |
| 2-1-4-1-1-1) Les parents occupés | 94 |
| 2-1-4-1-1-2) Les parents menteurs..... | 95 |
| 2-1-4-1-1-3) Les parents qui grondent..... | 95 |
| 2-1-4-1-1-4) Les parents protecteurs..... | 95 |
| 2-1-4-1-1-5) Les parents qui distraient | 95 |
| 2-1-4-1-1-6) Les parents coopérants..... | 96 |
| 2-1-4-1-1-7) Les tuteurs..... | 96 |
| 2-1-4-1-2) Classification de Mac Donald et Avery (1987)..... | 96 |
| 2-1-4-1-2-1) Les parents négligents..... | 96 |
| 2-1-4-1-2-2) Les parents manipulateurs..... | 97 |
| 2-1-4-1-2-3) Les parents hostiles | 97 |
| 2-1-4-1-2-4) Les parents hyper protecteurs | 98 |
| 2-1-4-1-3) Classification de Manara et Sapelli (1992)..... | 98 |
| 2-1-4-1-3-1) Les parents passifs | 98 |
| 2-1-4-1-3-2) Les parents impatientes..... | 98 |
| 2-1-4-1-3-3) Les parents anxieux..... | 99 |
| 2-1-4-1-3-4) Les parents protecteurs..... | 99 |
| 2-1-4-1-3-5) Les parents qui contrôlent..... | 99 |
| 2-1-4-1-3-6) Les parents agressifs | 100 |
| 2-1-4-1-3-7) Les parents méfiants | 100 |
| 2-1-4-2) Les rôles des parents | 103 |
| 2-1-4-2-1) La prise de décision du traitement | 103 |
| 2-1-4-2-2) L'accompagnement de l'enfant | 104 |
| 2-1-4-2-3) Le financement du traitement | 104 |
| 2-1-4-3) La place des parents dans la relation triadique..... | 105 |
| 2-1-4-2-1) Parents et enfant en accord avec le traitement..... | 105 |
| 2-1-4-2-2) Parents et enfant opposés au traitement..... | 106 |
| 2-1-4-2-3) Enfant en opposition avec le traitement..... | 106 |
| 2-1-4-2-4) Les parents opposés | 106 |

| | |
|--|-----|
| 2-1-4-2-5) Les parents opposés entre eux | 107 |
| 2-1-4-2-6) Le cas particulier de la mère | 107 |
| 2-1-4-2-7) Le père | 109 |
| 2-1-4-2-8) Les parents divorcés ou séparés..... | 109 |
| 2-1-5) Le praticien..... | 109 |
| 2-1-5-1) Les différents types d'orthodontistes | 110 |
| 2-1-5-1-1) L'orthodontiste compétent..... | 110 |
| 2-1-5-1-2) L'orthodontiste comique..... | 110 |
| 2-1-5-1-3) L'orthodontiste qui maternelle | 110 |
| 2-1-5-1-4) L'orthodontiste sensible..... | 111 |
| 2-1-5-1-5) L'orthodontiste craintif..... | 111 |
| 2-1-5-1-6) L'orthodontiste mal organisé..... | 111 |
| 2-1-5-1-7) L'orthodontiste autoritaire | 111 |
| 2-1-5-2) Ses comportements..... | 115 |
| 2-1-5-2-1) Transfert et contre-transfert | 115 |
| 2-1-5-2-2) Empathie et affirmation de soi..... | 116 |
| 2-1-5-2-2-1) L'empathie | 116 |
| 2-1-5-2-2-2) L'affirmation de soi | 116 |
| 2-1-6) Les diverses associations possibles | 118 |
| 2-1-6-1) Les associations idéales..... | 118 |
| 2-1-6-2) Les associations impossibles..... | 120 |
| 2-2) Information et éducation des patients : | 122 |
| 2-2-1) L'explication de la dysmorphose | 122 |
| 2-2-1-1) Présentation par les moulages | 122 |
| 2-2-1-2) Présentation par les radiographies..... | 123 |
| 2-2-1-2-1) La radiographie panoramique | 123 |
| 2-2-1-2-2) La téléradiographie de profil | 124 |
| 2-2-1-2-3) Autres radiographies | 124 |
| 2-2-1-3) Présentation par les photographies..... | 125 |
| 2-2-1-3-1) Du visage (de face, de profil) | 125 |
| 2-2-1-3-2) Des dents (maxillaires, mandibulaires, et des arcades en occlusion) ... | 126 |
| 2-2-1-4) Présentation par des dispositifs informatiques | 127 |
| 2-2-1-4-1) Les CD-Rom..... | 127 |

| | |
|---|-----|
| 2-2-1-4-1-1) Avantages..... | 127 |
| 2-2-1-4-1-2) Inconvénients | 128 |
| 2-2-1-4-2) Les logiciels de « morphing »..... | 128 |
| 2-2-1-4-2-1) Avantages..... | 130 |
| 2-2-1-4-2-2) Inconvénients | 130 |
| 2-2-2) La communication à propos des appareillages..... | 131 |
| 2-2-2-1) Les appareils amovibles | 131 |
| 2-2-2-2) Les appareils fixes..... | 133 |
| 2-2-3) Le contrat de soin | 134 |
| 2-2-4) Les risques du traitement..... | 135 |
| 2-2-5) L'hygiène lors du traitement | 135 |
| 2-2-5-1) Adaptation du comportement alimentaire | 135 |
| 2-2-5-2) L'hygiène bucco-dentaire à proprement parlé | 135 |
| 2-2-6) La douleur lors du traitement | 139 |
| 2-2-7) Les urgences lors du traitement..... | 140 |
| 2-2-8) La durée du traitement..... | 140 |
| 2-2-8-1) Les étapes du traitement | 141 |
| 2-2-8-2) La durée de traitement par rapport à l'âge du patient | 141 |
| 2-2-9) Le coût et la prise en charge du traitement..... | 142 |
| 2-3) Les échecs en orthodontie : Quelles en sont les causes ? Comment y faire face? . | 142 |
| 2-3-1) Les abandons de traitement | 143 |
| 2-3-1-1) Le problème..... | 143 |
| 2-3-1-2) La conduite à tenir..... | 143 |
| 2-3-2) L'insuffisance de motivation des patients | 144 |
| 2-3-2-1) Le problème..... | 144 |
| 2-3-2-2) La conduite à tenir..... | 145 |
| 2-3-3) Le manque d'information donnée par le praticien | 145 |
| 2-3-3-1) Le problème..... | 145 |
| 2-3-3-2) La conduite à tenir..... | 146 |
| 2-3-4) La non coopération du patient..... | 147 |
| 2-3-4-1) Le problème..... | 147 |
| 2-3-4-2) La conduite à tenir..... | 148 |
| 2-3-5) L'attitude du praticien | 149 |

| | |
|--|-----|
| 2-3-5-1) Le problème..... | 149 |
| 2-3-5-2) La conduite à tenir..... | 150 |
| 2-4) L'environnement au cabinet d'orthodontie | 151 |
| 2-4-1) Eléments visuels | 151 |
| 2-4-1-1) L'ambiance et la décoration | 151 |
| 2-4-1-2) Les couleurs..... | 152 |
| 2-4-1-3) La luminosité..... | 152 |
| 2-4-2) Eléments auditifs | 153 |
| 2-4-2-1) Le stress auditif | 153 |
| 2-4-2-2) L'ambiance sonore | 154 |
| 2-4-3) Qualité de l'air et ambiance thermique | 154 |
| 2-4-3-1) Les éléments odorants | 154 |
| 2-4-3-2) La température..... | 154 |
| 2-4-4) L'asepsie..... | 155 |
| III°) Enquête auprès des patients d'Orthopédie Dento-Faciale du Centre de Soins Dentaires de Nantes et analyse | 156 |
| 3-1) Présentation de l'enquête | 156 |
| 3-1-1) Objectifs | 156 |
| 3-1-2) Echantillon | 156 |
| 3-2) Matériel et méthode..... | 158 |
| 3-2-1) Questionnaire patient..... | 159 |
| 3-2-2) Questionnaire parent | 163 |
| 3-3) Analyse des réponses | 166 |
| 3-3-3) Questionnaire patient..... | 166 |
| 3-3-4) Questionnaire parent | 184 |
| 3-4) Conclusions des questionnaires..... | 199 |
| 3-4-1) Conclusions du questionnaire « patient »..... | 199 |
| 3-4-1-1) La communication au CSD | 199 |
| 3-4-1-2) Les sujets spécifiques | 200 |
| 3-4-1-3) Les abandons de traitement | 200 |
| 3-4-2) Conclusions du questionnaire « parent »..... | 200 |
| 3-4-2-1) La communication au CSD | 200 |
| 3-4-2-2) Les sujets spécifiques | 201 |

| | |
|--|-----|
| 3-4-2-3) Les abandons de traitement | 201 |
| 3-4-2-4) L'influence des parents | 202 |
| 3-4-3) Conclusions globales | 202 |
| 3-4-3-1) Remarques générales | 202 |
| 3-4-3-2) Propositions concernant l'amélioration de la communication au Centre de Soins Dentaires de Nantes | 203 |
| IV°) Conclusion | 206 |
| Références Bibliographiques..... | 207 |

Références iconographiques

| | |
|---|-----|
| Figure n° 1 : Importance des différents vecteurs de la communication, Thery Hugly (1996) | 16 |
| Tableau n° 1 : Représentation des distances critiques de la proxémique selon Hall (1978)... | 37 |
| Figure n° 2 : Le modèle de Shannon et Weaver (1975) | 44 |
| Figure n° 3 : Le feed-back, Iandolo (2007) | 46 |
| Figure n° 4 : Le modèle de la communication dyadique de Schröder, Iandolo (2007)..... | 47 |
| Tableau n° 2 : Représentation des différents types de personnes et la manière de communiquer avec eux, Kay et Tinsley (2004) | 58 |
| Tableau n° 3 : Les différents types d'enfants | 82 |
| Figure n° 5 : De la compliance à la collaboration, Osborne et Unterschuetz (2002) | 85 |
| Figure n° 6 : Les différents types d'adultes, Boswell (2001) | 90 |
| Tableau n° 4 : Les différents types de parents | 100 |
| Figure n° 7 : La relation triadique, Thery-Hugly (1996) | 104 |
| Figure n° 8 : La relation triadique en présence de la mère, Wolikow et Adam (2001) | 107 |
| Tableau n° 5 : Les différents types d'orthodontistes | 112 |
| Figure n° 9 : Exemple de contrat de soin, Rubin (1983) | 133 |
| Figure n° 10 : Caractéristiques d'une information attractive, Rozenweig (1991) | 146 |
| Figure n° 11 : Les éléments d'un climat de confiance, Rozenweig (1991) | 149 |

Introduction

Dans notre société actuelle, la communication est capitale. Qu'on le veuille ou non, elle est présente dans tous les domaines : dans la plupart des professions, dans l'information, dans la publicité... Elle n'a jamais été aussi bien maîtrisée qu'aujourd'hui.

« Bien communiquer » ne signifie pas seulement « bien parler ». Il faut s'assurer que ce que l'on émet, de façon verbale, para ou non verbale, soit reçu et compris par notre interlocuteur.

Par conséquent, la première partie de cette thèse traitera des règles de la communication, en général.

Par ailleurs, l'orthodontiste accomplit de longues études afin d'acquérir des connaissances et des aptitudes pour sa pratique quotidienne. Mais est-ce suffisant s'il n'a pas la faculté de communiquer avec ses patients ? En effet, à côté des compétences techniques, tout soignant doit posséder des compétences relationnelles qui ne sont pas innées mais qui s'apprennent, encore faut-il être conscient de cela.

La réussite d'un traitement orthodontique repose sur une multitude de facteurs qui échappent bien souvent au savoir-faire technique du praticien.

Parmi ces facteurs, on distingue notamment la coopération entre les trois principaux acteurs de cette relation thérapeutique : le patient, les parents et le praticien. A partir de différentes classifications de caractère de chacun de ces protagonistes, nous tenterons d'établir les associations idéales et celles qui sembleraient incompatibles.

Il ne faut pas non plus oublier qu'au sein du cabinet, d'autres personnes sont également présentes, comme la secrétaire ou encore l'assistante, et qu'elles jouent, elles aussi, un rôle important.

L'objectif principal de l'orthodontie est l'amélioration esthétique et fonctionnelle. Malheureusement, malgré ces concepts et une thérapeutique adéquate, certains traitements se soldent parfois par des échecs, liés à une démotivation de la part des patients. Ceux-ci réagissent ainsi car ils ont été mal informés de ce qui les attendait : la durée du traitement, la douleur, les appareils... Un patient prévenu est beaucoup plus coopérant.

Ainsi, dans un second temps, sera évoquée la communication spécifique qu'il faut employer dans le cadre d'un traitement orthodontique ainsi que l'aspect environnemental du cabinet, non négligeable aux yeux des patients.

Nous clôturerons ce travail par une enquête menée auprès des patients, et des parents, consultant le service d'Orthopédie Dento-Faciale du Centre de Soins Dentaires de Nantes, et visant à évaluer l'efficacité de la communication entre eux et leur praticien, étudiant au CECSMO.

I°) La communication : principes généraux

1-1) Définition

Le grand Robert donne à la communication la définition suivante : échange, liaison mais aussi établissement d'une relation « dynamique » avec une personne ou un objet.

Selon Llorca (1994), ce mot vient du latin « communicare » qui signifie mettre en commun. C'est échanger des *signaux* dont la symbolique commune aboutit à la construction, chez celui qui les reçoit, d'une image mentale, identique à celle qui a présidé à l'émission de ces signaux. Cela suppose l'existence d'un *émetteur* et d'un *récepteur* humains, d'un *système de transmission* et d'une *organisation sociale* de référence.

Selon le psychanalyste Schefflen, la communication comprend tous les comportements par lesquels un groupe constitue, soutient, médiatise, corrige et intègre ses relations.

Comme le dit Iandolo (2007), il n'est pas facile de donner une définition précise et univoque de la communication. Nous pouvons la définir très simplement comme « l'émission de signes perceptibles ayant une signification particulière » ou « la transmission d'une information d'un lieu ou d'une personne à un autre lieu ou à une autre personne » (Miller) ou bien encore « l'utilisation d'un code pour la transmission d'un message permettant l'entrée en contact d'un émetteur et d'un récepteur » (Stevens).

On le voit donc bien, il n'y a pas de définition précise de la communication, mais toutes convergent vers l'idée d'un échange et d'une transmission de message.

1-2) Les différents modes de communication

Selon Waltzlawick, Beavin et Jackson, « le premier axiome de la communication est qu'on ne peut pas ne pas communiquer et qu'on ne peut pas dire non plus que la communication n'existe que lorsqu'il y a intention ». En effet, il s'avère impossible de ne pas communiquer. Même une personne qui se tait, communique le désir de ne pas parler [20].

Les différents temps de l'hominisation ont été décrits par les anthropologues de cette façon:

- 1) La station érigée
- 2) L'augmentation du volume crânien
- 3) La préhension avec le pouce opposé aux autres doigts
- 4) **Le langage articulé**
- 5) **Le rire**

La communication apparaît donc comme une des bases de la vie humaine [57].

En effet, tout au long de notre vie, nous sommes en relation avec d'autres être humains. « L'homme en général ne peut pas vivre seul, et son existence est en réalité une coexistence ». Ainsi, nous influençons les autres de même qu'eux nous influencent. Cet échange représente le fondement de notre civilisation [32].

La communication est partout et est inévitable. La communication ne se fait pas non plus par hasard, car nous choisissons nos comportements de communication.

La plupart des comportements humains impliquent l'utilisation d'un système de symboles. Nous parlons avec des symboles verbaux, écrivons avec des symboles écrits et utilisons un système très structuré de signes non verbaux (corporels, gestuels) pour exprimer ce que nous voulons transmettre à une autre personne. Ce qui est particulier à l'espèce humaine, c'est que l'emploi de ces symboles est plus ou moins développé en fonction des sociétés, mais nous permet quand même de nous relier les uns les autres [55].

Dans le cadre de la communication, nous avons plusieurs moyens mis à notre disposition.

Selon l'école de Palo Alto :

- Les moyens verbaux portent 30% de la signification des messages
- Les moyens non verbaux en représentent 70%.

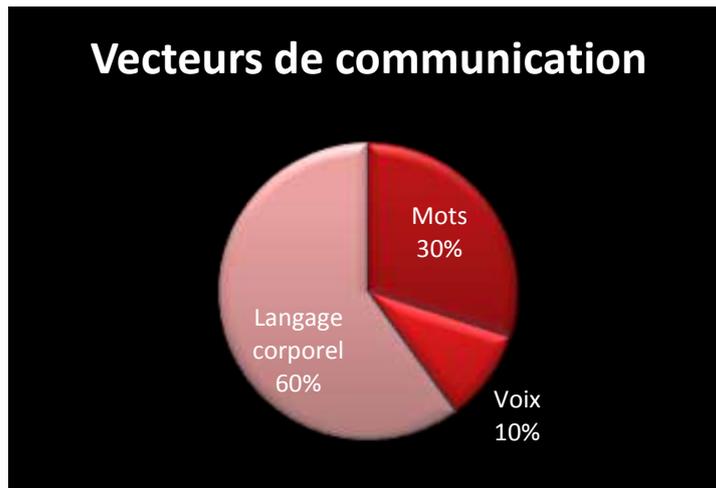


Figure n° 1 : Importance des différents vecteurs de la communication, Thery Hugly (1996)

D'après Thery Hugly (1996), 93% des mots que nous exprimons sont perdus, contre 7% reçus. On ne doit donc pas s'intéresser seulement à la communication verbale mais à toutes les autres formes de communication si on veut que notre information soit bien comprise.

Etant donné que le moyen de communication le plus utilisé est le langage, et que nous commençons tous à parler dès les toutes premières années de notre vie, beaucoup pensent que la communication est une capacité innée qui, de ce fait, ne doit pas être apprise. Mais cela n'est pas vrai.

En premier lieu car le langage - si important soit-il - n'est qu'un moyen de communication; d'autres, comme le langage écrit doivent être appris.

En deuxième lieu, car le langage spontané peut suffire pour la transmission de messages simples et ordinaires, mais pas pour la transmission de messages plus complexes.

En troisième lieu, car la communication verbale ne peut être efficace que si celui qui parle, celui qui émet le message, parvient à l'adapter à la personnalité et aux capacités de celui qui doit le recevoir.

En dernier lieu, car la communication ne se fait pas uniquement par le langage parlé ou écrit (communication verbale), mais également par la mimique du visage, les attitudes et les gestes (communication non verbale). Bien qu'il s'agisse là d'une communication spontanée, il faut en connaître les significations et apprendre à les contrôler [32].

C'est pour toutes ces raisons que nous allons essayer de décrire succinctement les différents modes de communication qui existent.

1-2-1) La communication verbale ou orale

Cette forme de communication est celle que nous utilisons le plus, car c'est elle qui est la plus adaptée pour exprimer de façon rapide tout ce que nous ressentons. La « barrière de la langue » est moins importante à l'oral qu'à l'écrit. De même, quelqu'un d'illettré peut toujours réussir à s'exprimer à l'oral alors que par écrit, cela lui est beaucoup plus difficile.

Dans notre vie quotidienne, nos rapports avec les autres se font majoritairement par la parole.

Brièvement, on peut définir en matière de communication humaine, trois catégories du langage verbal:

- 1) Une entité *technique* : elle est constituée de vocables concrets et sans ambiguïté, désignant des structures, états ou actions définis. Exemple : « chaise, assiette, fleur ». A l'écoute de ces mots, cela crée immédiatement une image mentale définie.
- 2) Une entité *intermédiaire* : celle-ci se compose de vocables définis mais à limites variables. Par exemple : « Montagne » et « Colline ». Une image se forme à l'écoute de ces mots mais ses limites sont un peu floues et peuvent être un peu différentes entre deux personnes. Il faut ici tenir compte des différences socioculturelles et éducatives des individus, qui peuvent créer ces variations.
- 3) Une entité *abstraite* : elle est constituée de vocables indéfinis, abstraits ou de limites et définitions indéfinies qui désignent des structures, états ou actions indéfinis, à l'exemple de : « peur, déontologie... ». Ces mots ne représentent pas la même chose et ne créent pas une même image mentale définie pour tout le monde.

Ainsi, le langage médical utilisé par les professionnels de santé devra être adapté en mots simples afin que le patient le comprenne. Il ne faut rien cacher, mais s'exprimer dans un langage commun [41].

Il faut, par ailleurs, différencier le concept de langage de celui de « langue » :

Le **langage** est la faculté qu'ont les êtres humains à s'exprimer et à communiquer entre eux au moyen de sons articulés organisés en mots.

La **langue** est le langage, historiquement déterminé, d'un groupe ethnique donné ou d'une communauté donnée, qui lui confère sa dénomination (anglais, allemand, français...). La langue présuppose donc une « masse » d'êtres parlants qui se sert des mêmes symboles [32].

Voyons, à présent, quels sont les différents moyens de communication verbale.

1-2-1-1) Les questions

Elles servent à recueillir des informations. Elles sont de plusieurs types et il est important de savoir les employer judicieusement [35]:

~ Questions Ouvertes : Avec ce type de question, cela permet d'avoir une étendue importante de réponses.

Ces questions peuvent porter sur :

- Des opinions : « Que penses-tu de ton sourire ? »
- Des faits : « Quand te brosses-tu les dents ? »
- Des sentiments : « Que ressens-tu... ? »
- Des intentions : « Comment penses-tu agir pour diminuer ce saignement ? »

On peut démarrer par ce type de question lors d'un entretien mais il faut rester vigilant à ne pas trop se disperser.

~ Questions Centrées : Ce type de question définit une aire de réponses beaucoup plus limitée que la question ouverte mais permet cependant à la personne de donner des descriptions, des détails dans sa réponse.

Ex : « Quelle sorte de douleur est-ce ? »

~ Questions Fermées : Ce genre de question ne permet pas d'autres réponses que « oui », « non » ou un nombre.

Ex : - « Aimez-vous votre dentiste ? »
- « Quel âge avez-vous ? »

Ce type de question est donc très orienté et n'autorise pas de détails. Elle peut être encore plus orientée si elle est interro-négative.

Ex : « Ne voudriez-vous pas que l'on améliore votre denture ? »

Si le praticien commence une conversation avec un patient par des simples questions fermées, il va perdre d'importantes informations pour mener une action appropriée. D'un autre côté, si seulement des questions ouvertes sont utilisées, la conversation sera une perte de temps. Il est donc préférable d'envisager de démarrer par des questions larges, ouvertes, tout en notifiant aussi bien la réponse verbale que les signes non-verbaux, puis au fur et à mesure, de se limiter à des questions plus fermées.

~ Questions Insidieuses/influencées : Ces questions impliquent une réponse spécifique. Il faut essayer de l'éviter car les patients, souvent passifs, vont se sentir obligés d'être d'accord alors que ce n'est pas une véritable interprétation de la façon dont le patient voit les choses.

Ex : « Vous n'avez-pas été chez le dentiste depuis longtemps, n'est-ce pas ? »

~ Questions Composées : C'est le genre de question qui interroge sur plusieurs types d'informations. Cela entraîne une réponse confuse de la part de l'interlocuteur.

Ex : « Faites-vous du sport et mangez-vous équilibré ? »

Si l'interlocuteur répond « oui », on ne sait pas si c'est oui pour le sport ou l'alimentation équilibrée ou les deux. Les questions composées ou doubles servent seulement à rendre confus et doivent être évitées.

En conclusion, il y a des questions qu'il faut employer au mieux :

- Ouvertes
- Centrées
- Fermées

Et d'autres qu'il faut éviter d'utiliser :

- Doubles/Composées
- Insidieuses

Bien sûr, une conversation avec quelqu'un ne consiste pas en un simple question-réponse. Il y a évidemment d'autres formes verbales de communication.

1-2-1-2) Les échanges sociaux

Cela correspond aux formules de politesse habituellement utilisées au début et à la fin d'une conversation [35].

- Ex :
- « Bonjour »
 - « Au revoir, passez une bonne journée »

1-2-1-3) La transmission d'information

Il s'agit d'informer son interlocuteur, de lui faire connaître quelque chose.

Par rapport au cabinet dentaire, il peut s'agir par exemple d'informer avec quel prothésiste le cabinet a l'habitude de travailler. Ce mode de communication n'est en général pas conflictuel [35].

1-2-1-4) Les encouragements

Ce sont les mots ou bruits utilisés pour encourager quelqu'un. Cela peut être lors d'une conversation, lors d'un discours, mais aussi lors d'une compétition sportive [35].

1-2-1-5) Les opinions

L'individu peut utiliser la communication verbale pour exprimer son opinion sur certains sujets. Ceci est très courant au quotidien : 80% des échanges entre les personnes sont constituées d'opinions. Le sujet tente de faire partager son opinion et/ou essaie d'influencer celle de son interlocuteur.

L'opinion est aussi parfois sollicitée par l'interlocuteur. Il peut, de la sorte, y avoir un échange d'opinions (exemple en orthopédie dento faciale quand on a un doute sur une thérapeutique).

Par contre, elle peut être source de conflits [63].

1-2-1-6) Les explications

La communication verbale sert également à expliquer ce qui a été, est ou va être fait. Les explications donnent des précisions, par exemple lors de l'exposition d'un plan de traitement.

Les explications permettent aussi d'avoir un échange par des questions en retour.

Donner des explications présente trois avantages :

- 1) Une personne est plus motivée quand elle sait pourquoi et quels sont les objectifs désirés.
- 2) Une personne à qui on demande de suivre un protocole sans le justifier peut prendre l'initiative de le modifier en croyant bien faire et ne pas se rendre compte des conséquences de son action.
- 3) Une personne à qui on ne donne pas d'explications sur la marche à suivre est tentée de l'imaginer et peut alors faire de fausses interprétations.

Beaucoup de personnes sont habituées à donner et entendre des explications qui sont mauvaises. C'est inefficace et maladroit :

Maladroit car elles ne trompent personne ; *Inefficace*, car celui ou celle qui les entend les juge fausses et n'est pas motivé pour agir [63].

1-2-1-7) Les répétitions

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

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

Il peut s'agir aussi de répétitions lors d'un discours afin que les auditeurs enregistrent bien le message (Exemple en politique) [63].

1-2-1-8) Les reformulations

Il s'agit d'utiliser ses propres mots pour retranscrire ce que l'on a entendu, et donc par la même occasion de savoir si la réception du message de l'interlocuteur est bonne.

Si ce n'est pas le cas, cela amène l'autre à préciser sa pensée, à l'exprimer autrement [35].

1-2-1-9) Les négociations

Cela consiste à tenter de modifier les opinions des autres ou de faire accepter de changer un comportement (Exemple pour les conseils d'hygiène).

C'est ce mode de communication qui est aussi utilisé quand il s'agit de gérer un conflit [35].

1-2-1-10) Les confrontations

Si la négociation échoue, il y a une confrontation entre individus où un sujet tente d'imposer son point de vue. Un rapport de force s'établit donc. Dans le cadre de l'orthodontie, il est préférable que ce soit le praticien qui prenne le dessus [35].

1-2-1-11) Les réconforts, conseils, instructions

Ils sont régulièrement utilisés en orthodontie, aussi bien en cours de traitement qu'à la fin [35].

1-2-1-12) L'humour

Le rire étant le propre de l'homme, c'est encore en dédramatisant une situation qu'on arrive à faire accepter les choses ! Ce mode de communication est très efficace, mais ce n'est pas donné à tout le monde de le maîtriser... [35].

1-2-1-13) Avantages et inconvénients de la communication verbale

- Avantages :

Cette forme de communication, sans aucun doute la plus utilisée par l'être humain, a l'avantage d'être directe. Elle est irremplaçable dans le sens où c'est elle qui permet d'établir des rapports de confiance entre les individus. Elle :

- est spontanée, souple
- facilite la communication, l'échange « direct »
- facilite la persuasion et l'adaptation
- est plus vivante [35]

- Inconvénients :

C'est une communication qui n'a pas de preuves. C'est pourquoi, surtout dans le domaine médical, il faut bien s'assurer que l'interlocuteur a compris ce qui a été dit, aussi bien lors du premier rendez-vous qu'au moment de l'explication du traitement et tout au long du suivi. Elle :

- manque de précision
- ne peut prétendre l'exhaustivité
- ne permet pas de rentrer dans le détail
- manque parfois de structure et risque de créer une confusion [35]

1-2-2) La communication non verbale

Elle est définie comme l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus et n'usant pas du langage humain. La grande variété des échanges non verbaux permet de les considérer comme un moyen de communication autonome.

Comme nous l'avons déjà dit, nous ne pouvons pas ne pas communiquer. La nature de la communication est telle qu'elle est inévitable. Nous pouvons nous empêcher de communiquer avec des mots mais nous ne pouvons éviter la communication non verbale. Ne rien dire, ne pas parler est en soi une forme de communication.

Les messages non-verbaux sont d'ordre affectif. Ils traduisent ce que nous ne pouvons ou n'osons pas dire. Ils trahissent ce que nous voulons cacher. Or les émotions et sentiments, qui sont à la base du comportement humain, sont véhiculés par cette communication non verbale [55].

Selon Lipkin et Cohen (1986), lors d'une conversation de 30 minutes, nous pouvons échanger jusqu'à 800 messages muets.

Le champ de la communication non verbale est très vaste. On peut d'ores et déjà définir deux sous-entités : le para-verbal et le non verbal pur.

1-2-2-1) Le para-verbal

Une communication non verbale peut-être sonore, donc associée au langage [20].

L'être humain, de par sa constitution anatomique (son appareil phonatoire) et son évolution, a la capacité de produire des phonèmes et des mots qui vont constituer le langage. Mais ce qui est important de remarquer, c'est qu'il est également apte à modifier les caractères de sa voix.

Il peut, par ailleurs, émettre des vocalisations non verbales qui sont malgré tout, pourvues de sens (le sifflement peut révéler une admiration, la toux manifeste une présence).

Argyle condense ainsi dans l'expression « paralangage » tous ces aspects non verbaux de l'élocution [32].

Quand nous parlons, il y a le contenu de la phrase : les mots, c'est-à-dire le message que l'on cherche à faire passer. Puis il y a également la façon dont cela est émis. Nous avons déjà tous eu l'occasion de remarquer que chacun a sa propre manière de parler, différente de celle des autres. On parle même d'empreinte vocale. Ainsi la même phrase, le même discours, ont des effets différents selon la personne qui les prononce.

D'autre part, une même personne s'exprime différemment selon son état d'âme, les circonstances dans lesquelles elle parle et la ou les personnes avec lesquelles elle s'entretient.

Il y a donc plusieurs paramètres de la voix qui entrent en jeu :

1-2-2-1-1) La tonalité

C'est le degré d'élévation majeure ou mineure de la voix. Il peut s'agir d'un caractère habituel et permanent (voix très aigüe ou très basse). Ainsi un homme dont la tonalité vocale est haute donne une impression de féminité ; pour une femme, une voix trop aigüe peut être assez désagréable et peut dégager une certaine nervosité. Au contraire, une voix grave est généralement plus agréable, plus sensuelle.

Cette tonalité peut également révéler une attitude temporaire due à un état d'âme particulier : élévation en cas de colère, tonalité basse pour exprimer une tristesse [32].

1-2-2-1-2) Le débit

Il doit être adapté au discours prononcé. Un ralentissement sera nécessaire pour appuyer les points importants. Les silences seront aussi nécessaires pour laisser le temps à l'interlocuteur de poser d'éventuelles questions [32].

1-2-2-1-3) Le volume

Les mots prononcés à voix haute ou chuchotés n'ont pas le même impact.

Une voix très forte peut, par exemple, montrer une volonté d'autorité alors qu'une voix beaucoup plus faible peut être signe de timidité [32].

1-2-2-1-4) Le timbre

En acoustique et en musique, c'est la caractéristique par laquelle un son se distingue d'un autre son de hauteur et d'intensité identique, c'est-à-dire, la propriété par laquelle deux sons émis par deux sources sonores différentes (flûte et violon) se différencient.

Pour l'homme, le timbre de la voix est strictement personnel et permet d'identifier un être parlant que nous connaissons même s'il n'est pas présent. (Exemple de la voix doublée dans un film). Chacun possède un profil vocal original [32].

1-2-2-1-5) La prononciation et l'accent

Ces deux caractéristiques nous informent sur le groupe culturel, la classe sociale et la région d'origine de l'individu parlant [32].

1-2-2-1-6) L'intonation

Elle donne, en quelque sorte, un sens à la phrase qui est prononcée. Le mot important est mis en avant. Une même phrase prononcée avec une intonation différente peut prendre deux sens totalement opposés :

Ex : - « Oui, je peux le faire » peut signifier :

- « Je suis très content de le faire » ou

- « Je vais le faire, mais c'est la dernière fois »

L'intonation peut donc révéler des sentiments : colère, frustration, résignation, désintéressement, accord avec l'autre, défi... [32].

1-2-2-1-7) L'accentuation

Elle consiste à prononcer avec une sonorité particulière un ou plusieurs mots d'une phrase en en modifiant la signification.

Ex : « A cet instant précis, est arrivé le professeur »

Si on accentue sur « instant précis », cela donne de l'importance au contexte temporel.

Si c'est sur « professeur » que l'on appuie, cela met en avant la présence souhaitable ou non de cette personne [32].

1-2-2-1-8) Les non fluences

La dynamique de la voix inclut également ces pauses très brèves qui peuvent révéler une signification particulière.

Ex : Si un « oui » est prononcé immédiatement après une question, cela montre une assurance. S'il est dit après un bref silence, cela peut révéler une incertitude [32].

1-2-2-1-9) Les silences

Comme le dit l'expression « la parole est d'or, le silence est d'argent ». Nous avons tendance à considérer les silences dans de nombreuses situations sociales comme un signe de faiblesse. De même, dans un groupe plus restreint, une personne silencieuse, passe pour quelqu'un manquant d'influence.

Or, les silences ne se font pas au hasard, ils font partie intégrante de la communication interpersonnelle. Ils sont souvent perçus et vécus comme embarrassants. Nous avons le sentiment qu'il ne devrait pas y en avoir et, lorsqu'ils se produisent, nous essayons désespérément de les combler. Toutefois, ils ne devraient pas être vus comme l'équivalent d'une absence de communication. Ils ont un aspect fondamental de la communication, souvent ignorés parce qu'ils sont mal compris.

Il y a différents types de silences :

- celui de quelqu'un qui est fâché, prêt à éclater de rage
- celui de quelqu'un qui est fasciné par ce qu'il voit
- celui de quelqu'un qui a mal compris un message et ne sait que répondre en retour
- celui de quelqu'un qui s'ennuie
- le silence « dogmatique » qui signifie « je n'ai plus rien à dire à ce sujet »
- le silence de douleur ou de chagrin
- au contraire, le silence de bonheur

Cette liste n'est pas exhaustive. Mais ce qu'il faut bien retenir, c'est qu'on ne peut pas considérer tous les silences de la même manière. Ils ne signifient pas la même chose et sont

très souvent mal interprétés. Plusieurs ruptures de communication sont issues de cette incompréhension.

C'est pourquoi, encore plus dans une relation médicale, il faut savoir les reconnaître et s'adapter à la situation [32].

1-2-2-1-10) L'écoute

C'est un facteur essentiel de notre communication inter personnelle.

Et la qualité de la communication médicale dépend directement de la qualité de l'écoute du soignant. Elle peut se révéler être un obstacle à la communication en étant trop sélective.

Selon une étude de Nichol, lorsque quelqu'un nous parle, nous perdons la moitié de son discours et deux mois plus tard, il ne nous en reste plus qu'un quart [55].

Il y a une différence entre « entendre » et « écouter » :

Entendre est un processus naturel sur lequel nous n'avons que peu de contrôle, alors que nous pouvons **écouter** quand nous le voulons. Pourquoi est-ce possible ?

Lors d'une conversation, on peut émettre en moyenne 125 mots par minute. Cela est plutôt faible pour le cerveau humain qui peut en traiter 800 par minute. Cette différence existant entre la vitesse du débit oratoire et celle de la pensée explique que notre cerveau travaille avec des centaines de mots en plus de ceux entendus. Il en résulte que notre cerveau continue de penser à grande vitesse alors que les mots lui arrivent lentement. Nous pouvons donc écouter et avoir encore du temps pour nos propres pensées et laisser libre court à notre imagination. C'est donc l'utilisation, plus ou moins bonne, de ce temps en surplus qui définit la clef de la qualité de l'écoute de quelqu'un.

Ainsi, nous avons le choix de rester concentré sur ce que nous dit notre interlocuteur ou de penser à autre chose. De plus, nous avons tendance à écouter ce qui nous plaît et ne pas entendre ce qui nous déplaît. Le problème est que si nous perdons quelque chose d'important, nous ne comprendrons plus rien au reste de la conversation.

Il faut en conséquence essayer de pratiquer une écoute active, et non plus passive, ce qui implique une dépense d'énergie, un effort d'attention sur ce que l'autre exprime.

On peut définir l'écoute active comme ceci : « c'est écouter une personne sans porter de jugement sur ce qu'elle dit et lui refléter ce qu'elle communique, de façon à lui indiquer que nous avons bien saisi ses sentiments » [55].

L'écoute, pour être active, doit donc être :

- *Réelle* : pour cela, Il faut donc agir sur l'environnement qui doit être le plus propice possible.

- *Totale* : c'est-à-dire, qu'il faut être très attentif afin de capter tout ce que l'autre émet

- *Analytique* : il s'agit de bien examiner ce que dit l'interlocuteur afin de tout interpréter correctement [41]

1-2-2-1-11) Les autres vocalisations non-verbales

Elles correspondent aux rires, larmes, bâillements, soupirs, chuchotements, grognements...

En conclusion, on voit donc bien à quel point les éléments participant à l'extrême variabilité du langage parlé sont nombreux. Dans toute conversation, si l'on arrive à faire attention et à analyser ces paramètres, on peut en faire d'importantes déductions [32].

1-2-2-2) Le non verbal pur

La communication non verbale est d'emblée plus subtile et plus efficace que la communication verbale dans le sens où elle permet d'exprimer des intentions, des sentiments, que les mots n'arrivent que difficilement à transmettre. Il y a, là encore, différents types de communication non verbale.

1-2-2-2-1) Le « look », l'apparence

Tout le monde pose des jugements sur les autres à partir de l'habillement, et de quelle apparence ils donnent. Les vêtements que nous portons sont révélateurs d'un grand nombre de choses. « L'habit ne fait pas le moine, mais il aide drôlement à le reconnaître ».

Dans le cadre d'une équipe médicale, les blouses blanches sont souvent de rigueur, nécessaires pour des raisons d'hygiène. Pour le patient, cela peut avoir une importance. En effet, cela nous rend en quelque sorte « différents » et peut parfois poser des problèmes surtout auprès des enfants : « la peur de la blouse blanche » [41].

1-2-2-2-2) L'aspect général

Il nous renseigne sur l'âge physiologique qui peut être comparé à l'âge civil, apportant souvent des informations sur le passé, le mode de vie, le degré de vieillissement. La coloration du visage reflète plus de choses qu'on ne pense :

- Éléments sémiologiques : alcoolisme, maladie de peau...
- Éléments transactionnels : Pâleur d'angoisse, érythème pudique et de timidité... [41]

1-2-2-2-3) La mimique faciale

Le visage est la partie de notre corps la plus expressive. A l'état statique, il exprime notre identité (exemple de la carte d'identité). En revanche, à l'état dynamique, il envoie un certain nombre de signaux par le biais des changements de position des yeux, de la bouche, des sourcils, des muscles faciaux et même par la couleur de peau et le phénomène de transpiration.

Selon Iandolo (2007), il y a sept affects primaires qui peuvent être exprimés par l'intermédiaire de ces éléments :

- 1) La joie
- 2) La peur
- 3) La tristesse
- 4) La colère
- 5) Le dégoût
- 6) La surprise
- 7) L'intérêt

Les mimiques sont fortement influencées par la culture. En effet, un sourire chez un asiatique n'a pas la même signification qu'en Europe. Certaines populations se servent énormément de leurs expressions faciales alors que d'autres les réduisent au minimum. Mais cependant, les expressions faciales transcendent la barrière culturelle dans le sens où, chez tout être humain, on peut reconnaître des traits de colère, de joie...

Les états apparents du patient sont souvent subordonnés, par effet « miroir » au comportement du praticien, ce qui implique de sa part une attention particulière à la maîtrise de ceux-ci.

1-2-2-2-4) Le regard

Tout premier contact entre deux individus se fait par le regard.

Dans le cadre d'une conversation, lorsque deux personnes sont engagées dans un entretien, il y a un échange de regards réciproques et intermittents. En général, elles se regardent environ 50% du temps, mais les regards mutuels simultanés n'occupent que 25% de la conversation et durent en moyenne 1 à 3 secondes. Il est important de noter que celui qui écoute regarde environ deux fois plus que celui qui parle : ses regards durent plus longtemps et les périodes de détachement du regard sont plus brèves. La qualité de notre contact visuel représente 75% de notre force de persuasion [77].

Regarder quelqu'un longuement signifie que l'on s'intéresse à lui. Cependant, être regardé pendant de brèves périodes est une expérience agréable et gratifiante, mais être regardé longtemps peut provoquer un sentiment de malaise et d'anxiété [32].

Pour démontrer notre attention envers un patient, il est surtout important de maintenir un bon contact visuel lors des deux premières minutes et les trente dernières secondes de l'entretien [66].

1-2-2-2-5) La gestuelle et les postures

Les gestes ont sans doute été l'un des premiers moyens de communication entre les êtres humains avant l'apparition du langage parlé.

Selon Morris, un geste est défini comme « toute action qui envoie un signal visuel à un spectateur. Par conséquent, pour devenir geste, l'acte doit être vu par une autre personne et lui communiquer des informations. »

Nous accompagnons nos paroles de beaucoup de gestes (par exemple quand nous sommes au téléphone) qui peuvent même parfois remplacer ces paroles (hochement de tête pour dire oui

ou non). Les gestes donnent du relief à nos mots. Mais si cet accent est placé sur le mauvais mot, il laisse alors l'impression que le message transmis n'est pas sincère [55].

Les parties du corps qui exécutent la plus grande partie des gestes sont principalement les mains. Il y a même selon Ekman et Friesen, un langage des mains :

- pour indiquer des personnes ou objets
- pour indiquer une relation spatiale : au-dessous, dans...
- pour indiquer des mouvements dans l'espace : à travers, autour
- pour indiquer la mesure et le rythme, en battant la mesure, en effectuant des mouvements lents
- etc.

Les gestes sont de trois types :

1) Les gestes illustreurs de discours

L'importance et l'utilité des gestes illustreurs du discours sont démontrées quand deux interlocuteurs ne peuvent se voir. Comme nous en avons déjà parlé, la communication téléphonique est beaucoup moins aisée que le face à face car tout ce qui ne peut-être illustré par des gestes doit être acheminé par le canal auditif.

2) Les gestes emblématiques et conventionnels

Ce sont des signaux émis dans le but de communiquer :

Se serrer la main pour saluer, donner des tapes dans le dos pour encourager...

3) Les gestes indicateurs de l'état émotif

Il peut s'agir de manifester son état d'anxiété en se tordant les mains, en s'agrippant aux bras d'un fauteuil. On peut montrer sa rage en frappant d'un coup de poing la table...

La posture d'une personne donne des indices importants sur son état émotionnel et son attitude avec l'interlocuteur avec qui elle converse. Les postures sont les manières de se tenir, les positions du corps dans l'espace. D'une façon générale, les postures ne possèdent pas l'expressivité de la mimique et des gestes mais elles contribuent à extérioriser l'intensité de l'émotion [32].

1-2-2-2-6) Le contact physique

Il y a une distinction à faire entre le toucher de son propre corps (auto contact) et le toucher du corps d'autrui (allo contact).

Les gestes *d'auto-contact* expriment différentes choses :

- la peur (mains portées vers le nez)
- la honte (doigts posés sur les lèvres)
- l'ennui (poser la main sur la tempe)...

Ces gestes peuvent être effectués de manière inconsciente mais cela ne veut pas dire pour autant qu'ils sont dénués de signification.

Les gestes *d'allo-contact* sont plus importants et significatifs quand à l'expression des états émotionnels et des rapports interpersonnels. Il y a une différence entre « toucher », qui est une action active, et « être touché » qui est la réception d'un signal de l'extérieur.

Les parties du corps qui « touchent » sont les mains, la bouche et les bras ; les parties « touchées » sont la main, le bras, la tête, l'épaule et le genou. Globalement, les objectifs des contacts corporels sont :

- en relation avec l'éducation des enfants
- en relation avec l'affiliation (établir des relations)
- en relation avec l'agressivité
- en relation avec les rapports sociaux
- en relation avec le sexe
- en relation avec les rites religieux

Il convient aussi de préciser que les contacts physiques peuvent intervenir uniquement dans un but professionnel (dentiste, médecins, kinésithérapeutes). On doit donc faire attention quand nous recevons des patients car nous pénétrons dans leur espace intime, ce qui peut représenter une forme de violence pour eux.

Les contacts cutanés peuvent engendrer des affects aussi bien positifs que négatifs [32].

1-2-2-2-7) L'odorat

Sens assez minoritaire, il véhicule cependant une charge affective forte : « ça sent le dentiste ». Il est particulièrement stimulé par la proximité lors d'une relation thérapeutique et peut-être un facteur de répulsion ou d'acceptation [32].

1-2-2-2-8) Les distances de Hall E.

Notre communication est organisée autour de nos cinq sens que sont : le goût, l'odorat, l'ouïe, le toucher et la vision. Les perceptions que nous avons sont des réactions aux stimuli de l'environnement.

Selon une conclusion de l'Industrial Audiovisuel Association, nous apprenons :

- 1% par le goût
- 1,5% par le toucher
- 3,5% par l'odorat
- 11% par l'ouïe
- 83% par la vue

Mais nous nous souvenons de

- 10% de ce que nous lisons
- 20% de ce que nous entendons
- 30% de ce que nous voyons
- 50% de ce que nous voyons et entendons à la fois
- 30% de ce que nous disons
- 90% de ce que nous disons et faisons à la fois

Ces chiffres sont évidemment des moyennes et chacun est différent, mais nous voyons bien que certains sens sont plus développés que d'autres.

En 1978, dans « La dimension cachée », Hall rapporte que l'homme observe des distances uniformes dans les rapports qu'il entretient avec ses semblables. Il développe ainsi le concept de la *proxémixie* : étude des distances sociales. En effet, suite à des études qu'il a faites, il a remarqué que l'intensité de la voix, source d'information sur la distance séparant deux personnes, change en fonction de la distance entre deux individus. On passe du chuchotement au cri, au fur et à mesure que l'on s'éloigne. Pour l'homme, la perception de l'espace est dynamique, parce qu'elle est liée à l'action - à ce qui peut être accompli dans un espace donné - plutôt qu'à ce qui peut être vu dans une contemplation passive.

Ce genre de concept n'est pas toujours facile à comprendre car la plupart des mécanismes liés à la saisie des distances se produisent inconsciemment. Nous sentons les autres proches ou éloignés, sans pouvoir toujours dire sur quelle base nous fondons ce savoir. Tant d'événements se produisent en même temps qu'il est malaisé de sélectionner les sources d'informations qui déterminent nos réactions.

Hall définit donc quatre espaces sociaux existant chez tous les individus. Les distances mesurées peuvent varier légèrement avec la personnalité des sujets et les caractères de l'environnement (bruit intense, faible éclairage...) [30].

1) L'espace intime

De nombreux psychiatres savent que certains individus ont des problèmes avec les régions intimes de leur personnalité et ne peuvent supporter la promiscuité. A cette distance, la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif.

Cet espace est lui-même divisé en deux :

- Le mode *proche* : de 0 à 15 cm, qui correspond aux informations de contact immédiat. Cette distance est celle de l'acte sexuel et de la lutte, celle à laquelle on reconforte et on protège. Les sens qui sont le plus sollicités dans cet espace sont le **goût** et le **tact**.
- Le mode *éloigné* : de 15 à 45 cm, correspond à un espace sans contacts, où l'**odorat**, sens peu développé chez l'homme, prime. A cette distance, la voix est utilisée, mais maintenue dans un registre plus étouffé qui peut même être celui du murmure.

Cet espace est peu utilisé en public, et dès lors qu'il l'est (comme dans les transports en commun), les personnes adoptent des postures qui définissent une attitude de défense [30].

2) L'espace personnel

C'est l'espace de la confiance, ce qui explique là aussi, la gêne ressentie dans les lieux publics lorsqu'il est investi.

Il est également divisé en deux :

- Le mode *proche* : de 45 à 75 cm
- Le mode *éloigné* : de 75 à 125 cm

C'est essentiellement par l'**ouïe** que se construisent cet espace et l'essentiel des échanges qui vont caractériser le langage verbal (chuchotement ou mode de conversation habituel). La différence entre les deux modes se fait par la **vision** qui permet, en mode proche, de visualiser des détails, moins perceptibles en mode éloigné [30].

3) L'espace social

Toujours divisé en deux :

- Le mode *proche* : de 1,25 m à 2,1 m. Ce mode est celui utilisé en général dans des relations de travail, c'est l'espace de collaboration.
- Le mode *éloigné* : de 2,1 à 3,6 m. Toujours dans des relations de travail, ce mode est celui utilisé par les supérieurs hiérarchiques, il marque une certaine distance, celle de la « limite du pouvoir sur autrui ».

Dans cet espace, c'est l'**ouïe** qui prédomine, bien que la **vue** complète l'information. En revanche, le tact et le goût sont beaucoup moins présents. Quand à l'odorat, il reste d'actualité [30].

4) L'espace public

Certains individus ne développent jamais cet espace et par conséquent sont des orateurs médiocres, incapables de diriger des discussions de groupe.

Plusieurs changements sensoriels se produisent quand on passe des distances personnelle et sociale à celle publique. Dans cet espace, l'individu n'est pas forcément directement concerné.

Les interférences sonores perturbent les échanges et obligent à augmenter l'intensité vocale et affaiblissent les nuances verbales et l'intonation.

Cet espace est encore divisé en deux :

- Le mode *proche* : de 3,6 à 7,5m. A cette distance, la voix est haute mais n'atteint pas son volume maximal. Par contre, la nature même du langage change, tant en vocabulaire qu'en style, introduisant des transformations grammaticales et syntaxiques.
- Le mode *éloigné* : au-delà de 7,5 m Pour bien communiquer au sein de cet espace, il faut effectuer un changement au niveau de la voix : son intensité doit être augmentée. Le rythme de l'élocution est ralenti, les mots mieux articulés. La gestuelle doit également être accentuée. La communication non-verbale devient indispensable.

Cet espace est caractérisé par l'utilisation privilégiée de la **vue** par rapport à l'**ouïe**, qui peut être perturbée par des interférences sonores.

| Distance | Mode proche | Mode éloigné |
|-----------------|--------------------|---------------------|
| Intime | 0 à 15 cm | 15 à 45 cm |
| Personnelle | 45 à 75 cm | 75 à 125 cm |
| Sociale | 1,25 à 2,1 m | 2,1 à 3,6 m |
| Publique | 3,6 à 7,5 m | Au-delà de 7,5 m |

Tableau n° 1 : Représentation des distances critiques de la proxémique selon Hall (1978)

Ces distances sont à pondérer en fonction de la culture des individus. En effet, ces conclusions ont été citées suite à l'observation d'un échantillonnage de personnes. Il y a donc des variations possibles.

En finalité, on peut retenir que la communication intervient dès que deux systèmes perceptifs organisés se rencontrent [30].

1-2-2-2-9) Avantages et inconvénients de la communication non verbale

- Avantages :

Elle :

- est source d'informations fondamentales
- est véhiculée par plusieurs vecteurs qui représentent une richesse de communication [55]

- Inconvénients :

- Elle nécessite quand même une reformulation verbale de ce qui est exprimé non verbalement, afin de s'assurer que tout est bien compris
- Chaque individu est différent et personne n'est égale quand à ce mode de communication [55]

Si on devait donner des étapes à suivre pour communiquer, il en serait ainsi :

- 1) Ecouter et observer les sentiments et les comportements de l'interlocuteur*
- 2) Poser des questions afin de l'aider à définir ses problèmes et désirs*
- 3) Reformuler ses idées principales et les sentiments sans en ajouter des nouveaux*
- 4) Le questionner sur ses intentions afin de débattre des solutions possibles*

1-2-3) La communication écrite

Ce mode de communication est verbal car il utilise des mots, mais non vocal car ces mêmes mots ne sont pas prononcés par l'appareil phonatoire. Le support de cette communication est le plus souvent le papier, sur lequel les mots sont écrits ou imprimés.

On peut dire que la forme primaire du langage humain est le langage parlé, et que le langage écrit est son dérivé. (Lyons)

Ici encore, chacun est différent dans sa manière de s'exprimer par écrit. Le graphisme des écritures varie selon l'âge, le sexe, mais aussi la culture (l'alphabet arabe est différent du mandarin). Ce qu'il faut quand même retenir est qu'une écriture illisible équivaut à parler de manière incompréhensible et le message risque d'être incompris ou mal interprété.

Il y a différentes formes de communication écrite que nous allons légèrement développer.

1-2-3-1) La correspondance

Elle se fait dans le cadre d'un échange avec quelqu'un et peut se présenter de deux manières :

- soit une *information ou une réponse à une demande d'information*

Entre deux interlocuteurs, il peut y avoir un échange d'information qui se fait par écrit. Il y a donc des règles à respecter comme la formulation, l'en-tête, les titres, la signature...La correspondance peut être manuscrite ou non.

Dans le cadre d'un cabinet dentaire, cet échange peut avoir lieu avec un confrère, le prothésiste...

- soit un *relai* de ce qui a été dit à l'oral

Les explications données au patient par oral sont encore plus efficaces si elles sont complétées par un document écrit rappelant la même chose. Le patient peut ainsi le relire à tête reposée, en dehors du contexte du cabinet médical [55].

1-2-3-2) Les documents écrits

Ils concernent tout ce qui nécessite d'être conservé dans le temps : bulletins de salaires, devis, fiches comptables... Ces documents doivent être :

- Brefs
- Précis
- Pertinents
- Clairs [55]

1-2-3-3) Les livres, revues

Ces supports sont appréciables dans le cadre d'une communication car tout individu, aussi différent soit-il, peut y trouver ce qu'il recherche. En effet, ils peuvent très bien être abordables pour tout le monde (quotidiens nationaux) ou plus spécifiques (revues médicales et scientifiques) [55].

1-2-3-4) Les documents informatiques

Le support informatique, et notamment internet, a pris une place considérable depuis quelques années dans la fonction de communication.

En effet, rares sont les personnes qui, dans les pays développés, n'ont jamais envoyé un e-mail pour établir un contact ou consulté un site internet afin de se renseigner sur un sujet. Il y aurait long à dire sur ce mode de communication ! [55]

1-2-3-5) L'art

C'est une forme de communication que l'on évoque peu mais qui peut parfois se révéler efficace [55].

1-2-3-6) Avantages et inconvénients de la communication écrite

- Avantages

Elle :

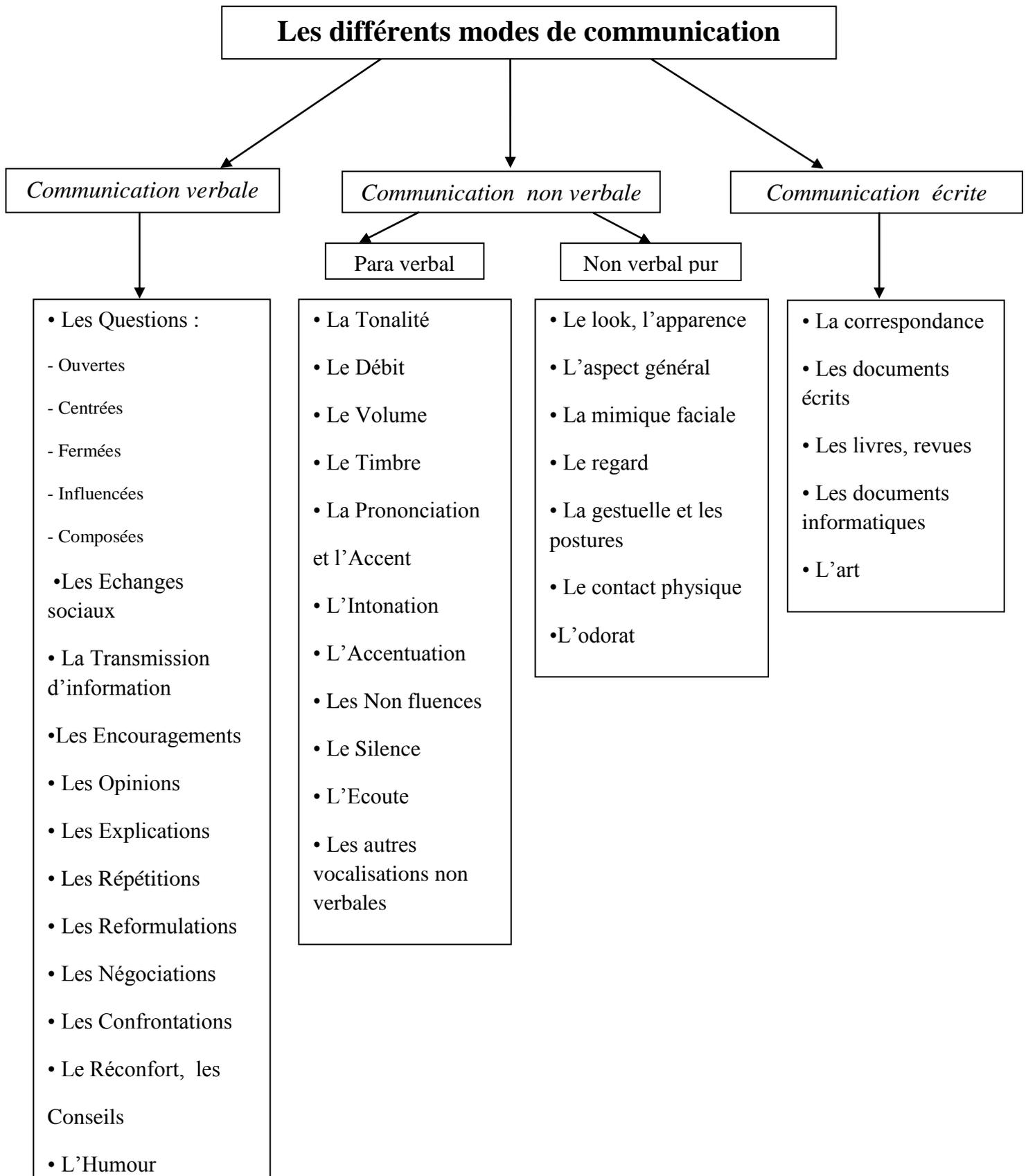
- permet de relayer l'oral
- permet d'avoir des preuves, des traces
- permet un suivi dans le temps
- est parfois plus efficace, plus compréhensible que l'oral pour certaines personnes [55]

- Inconvénients

Elle :

- nécessite de savoir lire, donc est inaccessible aux personnes illettrées
- dans le cadre de l'informatique, il peut y avoir des pertes d'informations dues à des défauts de fonctionnement de matériel [55]

1-2-4) Résumé des différents modes de communication



Nous avons donc énumérer les principaux modes de communication qui existent. Voyons maintenant comment se créer une communication.

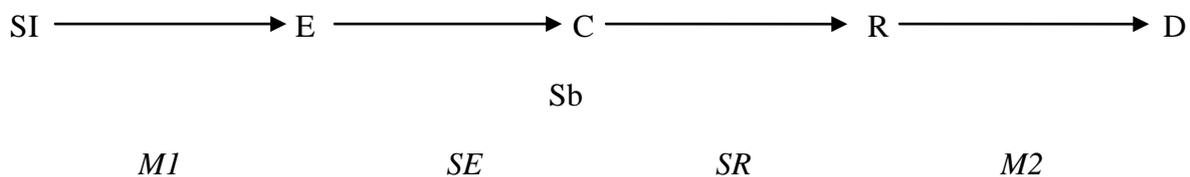
1-3) L'élaboration du message

L'acte de communiquer suppose qu'il y ait deux interlocuteurs en présence : d'un côté, celui qui parle, de l'autre, celui qui écoute ; entre les deux, les mots et les comportements [28].

Il existe de nombreux schémas pour illustrer le système général de la communication :

1-3-1) Le modèle de Shannon et Weaver

Il s'agit du modèle de communication le plus simple, il a longtemps été une référence. Il correspond au modèle télégraphique linéaire de la communication formalisé par Shannon en 1948 dans sa « *Théorie mathématique de la communication* » et argumenté des commentaires de Weaver.



SI : Source d'information

E : Emetteur

C : Canal

R : Récepteur

D : Destinataire

M1 : Message 1

SE : Signal émis

SR : Signal reçu

M2 : Message 2

Sb : Source de bruit

Figure n° 2 : Le modèle de Shannon et Weaver (1975)

~ La *source d'information* est la personne qui produit le message

~ L'*émetteur* codifie le message en un signal capable d'être transmis par le canal.

(Exemple : le téléphone)

~ Le *canal* est le support physique et technique dans la transmission à distance :

- fil électrique pour le téléphone
- ondes hertziennes pour la télévision
- l'air pour l'échange oral

~ Le *récepteur* et le *destinataire* sont le symétrique de la source et de l'émetteur. Le récepteur capte et décode le signal restituant ainsi le message dans sa forme sonore utilisable par le destinataire.

~ Le *message* correspond aux paroles et comportements porteurs de l'information à transmettre

~ Le *signal* est la forme codée du message, capable d'emprunter le canal

~ Le *bruit* peut s'immiscer dans le contexte d'une communication, il correspond à un phénomène parasite qui modifie le signal

Ce modèle résume bien le phénomène de la communication mais présente quand même quelques lacunes, non négligeables [72].

1-3-2) Le feed-back

C'est Wiener, ancien professeur de Shannon, qui introduit, grâce à ses travaux sur la cybernétique, le terme de « feed-back » essentiel à la compréhension de la communication. Cette théorie cybernétique implique la notion de réaction, de rétrocontrôle et de régulation de la part du récepteur. En effet, celui-ci est capable d'indiquer par un signal à son émetteur, qu'il a reçu le message et l'a analysé.

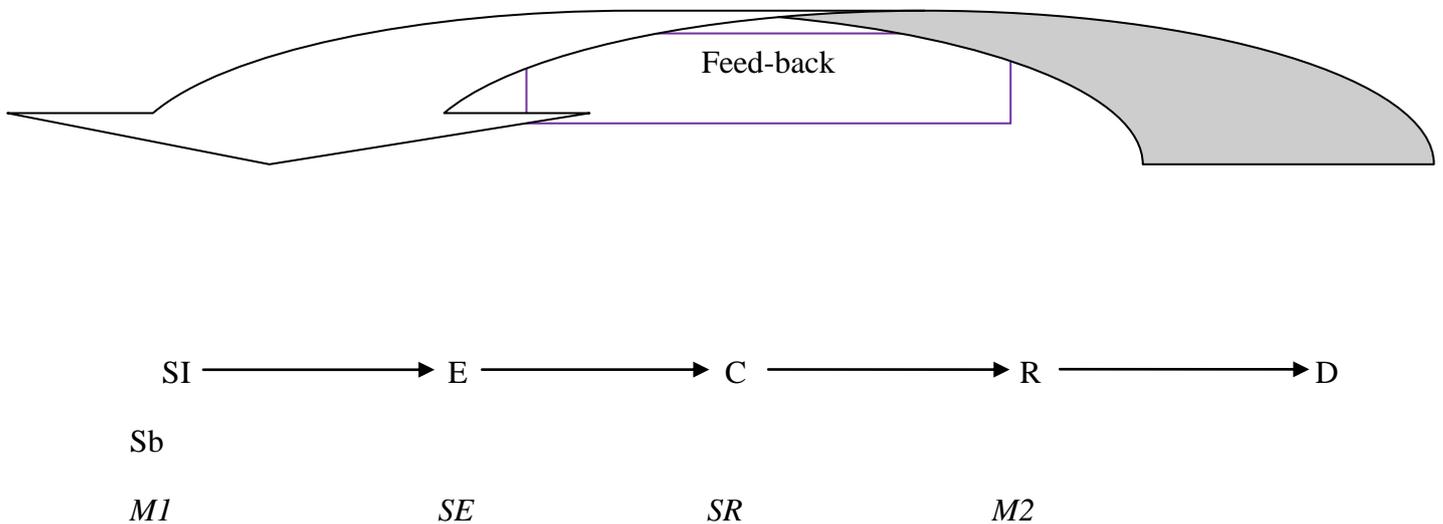


Figure n° 3: Le feed-back, Iandolo (2007)

Ce qui rend la communication efficace, c'est la capacité à recevoir le feed-back. Si celui-ci n'existe pas, la communication est coupée. Une communication à sens unique ne dure jamais très longtemps! Le feed-back transforme donc la communication à sens unique en une communication bidirectionnelle et donc complète [32].

1-3-3) Le modèle de la communication dyadique de Schröder

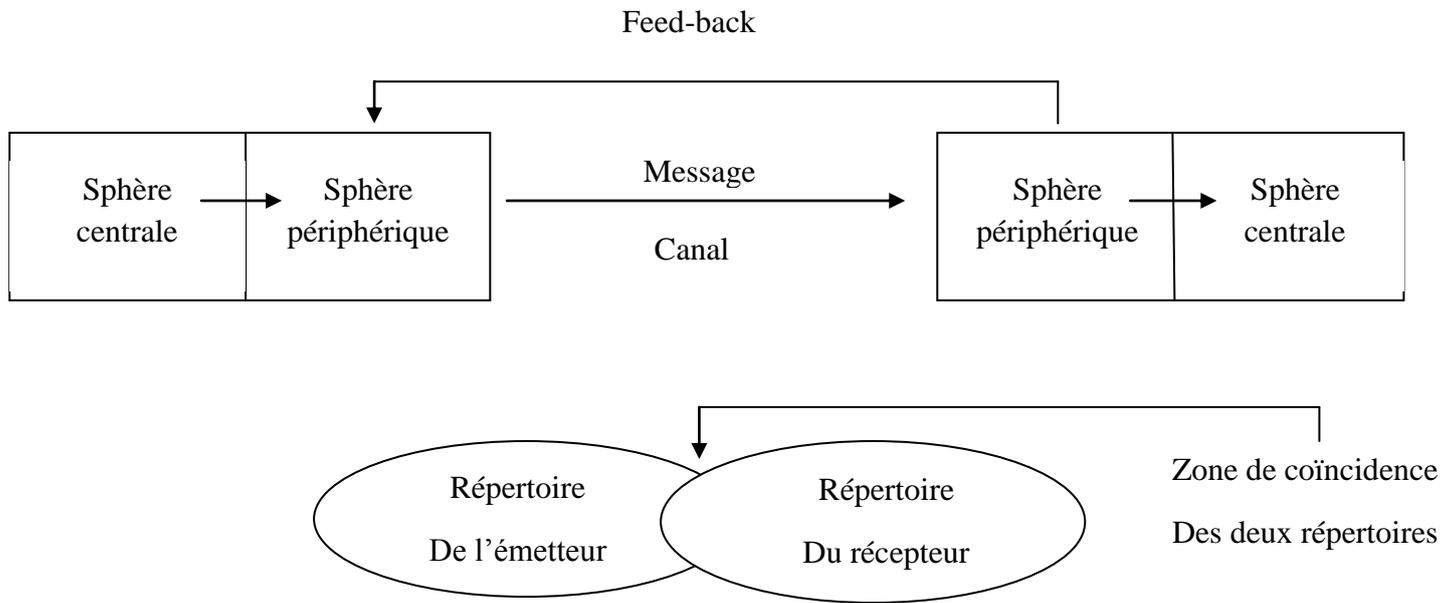


Figure n° 4 : Le modèle de la communication dyadique de Schröder, Iandolo (2007)

La communication suppose tant chez l'émetteur que chez le récepteur, la présence de deux sphères : une **centrale** et une autre **périphérique**, qui sont indispensables à l'élaboration, l'émission et la réception du message. [32]

1-3-3-1) La sphère centrale de l'émetteur

Au sein de cette sphère se déroulent, avant que le message soit émis, des actions mentales de la part de l'émetteur qui sont indispensables à l'élaboration de ce message :

- 1) La perception de l'environnement
- 2) Les intentions qui poussent à communiquer
- 3) Le choix des signes avec lesquels l'émetteur décide de s'exprimer
- 4) La vérification du message qui va être émis [32]

1-3-3-2) La sphère périphérique de l'émetteur

Elle va servir à émettre le message élaboré par la sphère centrale.

Ces deux sphères sont bien sûr sont en relation constante. Et on voit bien que lorsque la sphère centrale n'a pas le temps ou n'est pas préparée à l'élaboration du message, l'élocution par la sphère périphérique devient plus difficile et les hésitations plus nombreuses [32].

1-3-3-3) La sphère périphérique du récepteur

Le récepteur possède lui aussi ces deux sphères. La seule différence est que lorsque le message arrive au récepteur, elles agissent à l'inverse de l'émetteur.

En effet, c'est d'abord la sphère périphérique qui agit en recevant le message au moyen des organes des sens que sont la vue, l'ouïe, l'odorat, le toucher [32].

1-3-3-4) La sphère centrale du récepteur

Elle sert à interpréter et à comprendre le message reçu par la sphère périphérique [32].

1-3-3-5) Les répertoires des interlocuteurs

Afin que le message soit bien compris, il est évident que l'émetteur et le récepteur doivent avoir en commun un répertoire de signes déterminés, c'est-à-dire de signes auxquels émetteur et récepteur attribuent la même signification.

En effet, si ce répertoire est complètement différent (comme pour deux individus de nationalité différente), le message ne sera pas compris et donc la communication impossible à établir. Par contre, plus la zone de coïncidence entre les deux répertoires est importante, plus la communication sera complète (exemple de la communication entre deux médecins) [32].

1-3-3-6) Le feed-back appliqué à ce schéma de communication

Comme nous l'avons déjà dit auparavant, le feed-back sert là encore à savoir si le message a bien été compris. Le récepteur va manifester cette compréhension par des signes (mots ou gestes). Cette rétroaction est donc très importante pour maintenir une communication bidirectionnelle. Elle permet aussi à l'émetteur de pouvoir reformuler son message s'il voit que celui-ci n'a pas été reçu [32].

1-3-3-7) Les perturbations de la communication

Comme dans le schéma de Shannon et Weaver, la communication peut subir des dérangements à tout moment. On peut ainsi citer Johnson qui affirme ceci : « La communication peut être considérée comme un jeu dans lequel celui qui parle (écrit, dit) et celui qui écoute se trouvent engagés dans une bataille contre les forces de la confusion ».

1-3-4) Les fonctions de la communication

La communication a plusieurs vocations. La classification de Stevens n'est pas exhaustive car il est difficile d'établir une liste de toutes les fonctions possibles de la communication mais les résume assez bien.

1-3-4-1) Fonction instrumentale

C'est la fonction la plus courante, celle qui entre en jeu dans la plupart de nos relations au quotidien (Prendre un rendez-vous, acheter du pain...) [32].

1-3-4-2) Fonction de contrôle

Elle intervient quand le but de la communication est de contrôler ou de modifier le comportement d'autres personnes (Campagne électorale). Elle concerne aussi les appels à

l'aide, la signalisation routière, les démarches pour accélérer, retarder ou interrompre une action donnée.

Dans le cadre de cette fonction, l'expression mimique ou gestuelle est très fréquente et efficace [32].

1-3-4-3) Fonction d'information

Elle a comme objectif l'éducation et l'instruction, ce qui est relativement important. Il s'agit donc de demander et donner des indications, des informations, d'éclaircir des doutes, résoudre des incertitudes, d'informer. Cette fonction compte parmi les plus importantes [32].

1-3-4-4) Fonction d'expression d'une réalité intérieure

Elle survient lorsque l'émetteur ressent le besoin de communiquer des états affectifs particuliers (joie, tristesse) ou des conditions somatiques particulières (douleur physique).

Elle sert également dans les communications à caractère social: salutations, félicitations [32].

1-3-4-5) Fonction de contact social et de stimulation

La communication est, généralement, un besoin. Il est difficile et assez rare de rester isolé, sans pouvoir échanger avec personne. Elle permet de créer des relations avec les autres et est source de stimulations physiologiques (visuelle, auditive, olfactive et tactile) [32].

1-3-4-6) Fonction d'allègement de l'anxiété

Cette fonction, proche de celle de l'expression d'une réalité intérieure est beaucoup utilisée par le corps médical afin de soulager d'une certaine manière les patients.

Le fait d'exprimer l'angoisse, l'anxiété que nous ressentons permet de se sentir plus serein [32].

1-3-4-7) Fonction liée au rôle social

La plupart des gens communiquent avec d'autres individus dans le cadre de leur travail. Cette communication est donc différente en fonction du métier que l'on exerce.

La profession médicale est particulièrement mise en valeur dans cette fonction car sans communication, la thérapeutique n'est pas possible [32].

1-4) Les obstacles à la communication

Après avoir parlé des modes de communication puis de la façon dont celle-ci se crée, on va citer les éléments qui pourraient faire que cette communication ne soit pas efficace.

1-4-1) Les mots

Comme nous l'avons déjà dit, les mots peuvent avoir une signification et une connotation différente pour l'émetteur et le récepteur du message en fonction de leur contexte socioculturel et émotionnel. Il peut donc y avoir des incompréhensions de mots qui font que le message n'est pas transmis [77].

1-4-2) La vue sélective

Aujourd'hui, dans notre société, nous avons facilement un regard automatique sur notre entourage. Les clichés et préjugés se font rapidement sur l'apparence. C'est donc un obstacle à la communication dans le sens où l'on peut parfois manquer d'occasions d'échanger avec quelqu'un car nous avons une vision de cette personne qui ne correspond pas à la réalité [77].

1-4-3) L'écoute sélective

Actuellement, un des principaux problèmes dans nos relations interpersonnelles, comme dans le cadre de nos relations thérapeutiques, consiste dans le fait que nous ne prenons pas le temps

d'écouter l'autre. Nous entendons mais nous n'écoutons pas réellement. Cela entraîne une mal interprétation du message.

Etre bon récepteur pour pouvoir être ensuite bon émetteur, c'est apprendre à écouter [77].

1-4-4) Les barrières émotionnelles

Là, sans doute réside le risque majeur d'échec en matière de communication. En effet, ce que l'on ressent à l'égard des faits, des gens ou des situations est souvent aussi important que ce que l'on en connaît.

L'affectivité peut fausser la compréhension du message. Ainsi, le préjugé défavorable, l'intolérance ou même l'éducation peuvent entraîner un défaut de communication, parfois même jusqu'à la rupture de communication [77].

1-4-5) La sur-communication

Le praticien doit s'adresser au patient avec des mots simples, clairs et adaptés à lui. Des déclarations péremptoires ou un langage scientifique trop sophistiqué peuvent inquiéter le patient plus que le rassurer.

De plus, quelqu'un qui est accablé de précisions cliniques peut se trouver désorienté voire déstabilisé. Il peut penser également que le praticien, en lui fournissant autant d'explications, délègue sa responsabilité par une justification excessive [77].

1-5) La Programmation Neurolinguistique (PNL): une méthode d'investigation de la personnalité à développer

1-5-1) Généralités

La Programmation Neuro Linguistique (PNL) est une approche de la communication efficace, un des outils les plus importants d'un bon soignant. Or, dans le domaine de la formation médicale, cette discipline n'est pas mise en valeur. Certains praticiens sont naturellement de

bons communicateurs mais beaucoup reconnaissent que leur communication manque d'efficacité.

Un médecin qui sait bien communiquer avec son patient gagnera en efficacité et par conséquent, en satisfactions professionnelles [61].

La PNL est un domaine de la psychologie qui étudie la façon dont les personnes pensent et communiquent entre elles.

La théorie de la PNL, suggérée par des personnes comme Cayrol, Barrere, De Lassus, Perren-Klinger, fut développée par l'observation de thérapeutes qui obtenaient des résultats très satisfaisants avec leurs patients. Bien que tous les thérapeutes travaillent de manière différente avec leurs patients, il y avait une chose en commun dans le succès de leurs traitements : ils étaient très doués pour gagner la confiance de leurs patients.

Pourquoi est-ce indispensable de gagner la confiance des patients ? Car, c'est :

- Nécessaire pour que le patient comprenne l'importance du traitement
- Vital, si vous voulez que votre pratique soit un succès
- Et essentielle pour que l'équipe dentaire travaille dans de bonnes conditions

Et pourquoi, même les praticiens « doués » avec leurs patients, trouvent qu'il y a des personnes avec qui il est facile d'échanger et d'autres avec qui cela est difficile ? Il en est de même quand on se demande pourquoi certaines personnes apprécient des individus et n'en apprécient pas d'autres.

La PNL suggère que c'est la confiance qui fait la différence. La confiance est ce qui permet le succès (ou l'absence de succès) avec les patients. Si un patient a confiance en nous, il va attendre pour ses rendez-vous, va prendre soin de ses dents quand il ne nous voit pas, et va accepter le traitement (même les plus complexes, difficiles et inconfortables) [35].

La perception du monde

Nous avons tous des idées différentes sur la réalité : vous avez une perception du monde légèrement différente de la mienne, ou de la personne avec laquelle vous vivez. Mais ce qui est sûr, c'est que nous avons automatiquement plus confiance en des personnes qui voient le monde d'une façon similaire à la notre. Quand on se sent compris, on donne plus aisément notre confiance. Si on pense que quelqu'un nous comprend, on s'ouvre plus facilement à lui.

La PNL permet de :

- En savoir plus à propos d'une personne en 5 min que si on la côtoyait pendant 2 semaines auparavant
- Apprendre à prévoir ce que les patients veulent et ce qu'ils vont faire
- Apprendre comment faire pour que nos patients veuillent eux-mêmes prendre soin de leur santé

Donc qu'est-ce que la confiance ? Comment se forme-t-elle entre nous et le patient ? Pourquoi est-ce que des équipes arrivent à gagner la confiance des patients aussi facilement ? [35]

1-5-2) La Programmation Neurolinguistique : Explications

La PNL suggère que chaque personne peut communiquer de façon visuelle, auditive ou kinesthésique.

Si vous êtes une personne visuelle, vous « voyez » le monde. Si vous êtes auditive, vous « entendez » le monde et les kinesthésiques « sentent » le monde.

Bien sûr, chacun de nous est capable de voir, d'entendre et de sentir mais si nous pensons à tous les stimuli que notre cerveau reçoit à un moment donné (les mots qui sont écrits sur une page, la sensation sur notre peau...) nous réalisons que nous nécessitons un moyen d'organiser toutes ces informations. Et chacun de nous organise tout ça avec son propre schéma mental.

Bien sûr, personne ne pense exclusivement selon un mode visuel, auditif ou kinesthésique... Mais, tout le monde a un mode de pensée préféré, chacun est plus à l'aise avec un mode qu'avec un autre. Nous avons tous la sensation qu'un mode est le plus naturel possible pour comprendre le monde. Nous préférons le mode de communication que nous utilisons quand nous sommes le plus détendu. La réaction la plus sincère que nous puissions donner est celle faite avec la personne qui communique par le biais de notre mode préféré [35].

1-5-2-1) Les visuels

Environ 35% des personnes sont *visuelles*, celles-ci comprennent mieux les choses si elles les voient. Les esprits visuels traduisent tout ce qui est dit ou écrit sous forme imagée. Si nous discutons de quelque chose avec eux en termes visuels, ils vont sourire. Si nous décrivons les choses de façon imagée, les visuels comprennent et deviennent beaucoup plus à l'aise avec nous.

Quand on discute avec un visuel, il va se faire une sorte de film dans sa tête. Il comprend les mots en les comparant à des images.

Les visuels sont de très bons témoins, ils sont capables de décrire les choses dans les moindres détails : couleurs, formes...

Donc, comment pouvons-nous parler avec une personne qui pense visuellement ? Les mots et phrases que nous allons utiliser sont une clé. Un autre facteur, très important avec les visuels, est l'impression que nous donnons. Il y a des personnes qui sont sensibles à l'apparence en général, et aussi, dans le cadre du travail. Donc, s'habiller correctement peut être très important pour les patients. Si nous n'avons pas une bonne apparence, gagner la confiance des visuels peut devenir très difficile [35].

Les mouvements oculaires

Les mouvements des yeux donnent les clés les plus importantes pour comprendre les schémas mentaux des individus. Si l'on regarde un enregistrement montrant des personnes échangeant entre elles, et qu'on les étudie scrupuleusement, nous allons voir un lien entre la manière dont ces gens pensent : il s'agit de la façon dont elles *bougent leurs yeux*. Regarder les mouvements des yeux des personnes qui écoutent ce que l'on dit, va nous donner une profonde indication sur la façon dont elles pensent.

Les visuels, qui créent des pensées sous formes d'images, pensent au *futur* en regardant vers le haut à droite, et pensent au *passé* en regardant vers le haut, à gauche. La troisième chose qu'ils peuvent faire est de regarder dans le vide pendant quelques secondes. Ce vide d'expression ne signifie pas que la personne visuelle n'est pas intéressée par ce qui se passe, mais elle synthétise ses pensées sous forme d'images.

Les mouvements des yeux ne vont pas tout nous dire, mais ils vont confirmer nos intuitions. Si nous faisons attention constamment aux mouvements des yeux de nos patients quand ils parlent, nous aurons un grand échange d'information [35].

1-5-2-2) Les auditifs

Ce groupe de personnes est considéré comme plus rare.

Les *auditifs* écoutent la façon dont on dit les choses. Ils écoutent plus comment nous disons les choses que les choses elles-mêmes. Notre voix, sa hauteur, son timbre, son intonation transmettent plus à quelqu'un qui pense en écoutant.

Les auditifs adorent le téléphone, ils réagissent plus aux bruits qu'à n'importe quoi d'autre et ils expriment à voix haute des choses qu'ils ne veulent pas dire.

Les auditifs ont tendance à parler rythmiquement et ils respirent plus lentement et plus profondément que les visuels. Certaines recherches psychologiques ont montré qu'on peut reconnaître qu'une personne est auditive car elle touche son visage quand elle est entrain d'écouter.

Par conséquent, si nous avons un patient qui nous parle avec une main sur son visage, regardons ses yeux et écoutons s'il ne prononce pas des mots comme « dire », « entendre », « discuter ».

Quand une personne pense de façon auditive, elle a des mouvements des yeux différents des ceux des visuels. Si ses yeux vont vers la droite, ils sont probablement entrain de penser à une conversation *future*, si c'est vers la gauche, ça sera plus le *passé*. Ainsi, il faut lui poser une question sur une information que l'on veut obtenir et regardez ensuite ses yeux.

Il y a une autre chose que les auditifs ont en commun, ils regardent souvent vers le bas et à gauche. Cette position signifie qu'ils essaient de donner un sens à ce que nous sommes entrain de leur dire. Ils sont en effet entrain de se parler, de comparer ce qu'on leur dit à quelque chose qu'ils ont déjà entendu auparavant. De ce fait, lorsque les patients regardent vers le bas et à gauche, le soignant doit s'arrêter de parler et les laisser réfléchir et intégrer ce qu'ils viennent d'entendre ; s'il continue de parler, ils ne l'écouteront pas [35].

1-5-2-3) Les kinesthésiques

Donc, 25% des gens ont comme mode de communication préféré l'auditif, 35% sont plutôt visuels, qu'en est-il des 40% restants ?

Les personnes qui parlent de sensations sont *kinesthésiques* et ceux-ci donnent leurs informations sur le toucher et les émotions.

Les personnes qui préfèrent ce mode de communication ont souvent la chair de poule. Ils font des achats impulsifs ; ils aiment ou n'aiment pas les gens. Ils auront confiance en nous juste s'ils ont un bon « feeling » avec nous.

Certaines personnes tiennent toujours à savoir comment les autres vivent, ou leurs émotions : ces personnes sont kinesthésiques. Ils veulent avoir accès aux sentiments. Les kinesthésiques aiment toucher. Certaines personnes sont toujours entrain de jouer avec leurs crayons, gommes, trombones... Ils jouent avec les choses. Ils ont aussi tendance à être sensibles aux températures et ont souvent trop chaud ou trop froid.

La chose importante à reconnaître est que quand un kinesthésique est physiquement inconfortable, il est vraiment difficile pour lui de se concentrer sur autre chose et très difficile pour lui d'écouter ce qu'on lui dit.

Les kinesthésiques font beaucoup de pauses. La raison de ces pauses est que ces personnes essaient d'avoir une sensation. Ils vont parler quand ils l'ont. Le praticien ne doit pas les prendre pour des idiots, des stupides parce qu'ils parlent lentement.

Quand les gens cherchent à confirmer leurs émotions, ils vont regarder en bas et à droite. Si les patients regardent de cette manière, c'est qu'ils essaient de retrouver leurs sentiments. Il faut ainsi leur donner le temps de répondre. On ne les a pas perdu, c'est juste qu'ils essaient de comprendre ce qu'ils ressentent par rapport à une situation particulière [35].

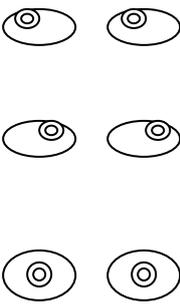
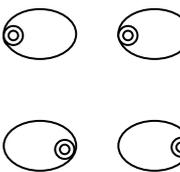
| <u>Méthode de communication</u> | <u>Visuelle</u> | <u>Auditive</u> | <u>Kinesthésique</u> |
|---|---|---|--|
| Quels mots utiliser avec eux ? | Voir Regarder Montrer | Dire Exprimer Entendre | Sentir Toucher Saisir |
| Ce que leurs yeux nous disent : « Je m’imagine... » « Je me rappelle... » « J’enregistre l’information donc attendez un peu pour me parler » |  |  |  |
| Quelle est la meilleure façon de communiquer avec eux ? | Leur montrer des photos, des vidéos Utiliser nos mains pour faire des gestes afin d’illustrer nos propos | Utiliser des phrases entraînant, de la musique Expliquer une notice écrite environ 12 secondes après la leur avoir donné | Utiliser des choses qu’ils peuvent toucher Utiliser des propos qui sont relatifs aux sentiments |

Tableau n° 2: Représentation des différents types de personnes et la manière de communiquer avec eux, Kay et Tinsley (2004)

1-5-3) L'importance de la PNL pour l'équipe dentaire

Nous devons être conscient de notre mode de communication préféré afin d'éviter que l'information que nous pensons dire soit interprétée complètement différemment par le patient.

Si nous pensons profondément dans un certain mode de communication, nous allons avoir probablement du mal à nous remémorer des choses dans un autre mode. Des individus sont capables de se souvenir de conversations mots pour mots et de nous les redire exactement, mais ces mêmes personnes seront de très mauvais témoins. Les gens qui ne se rappellent de rien à propos d'une scène (quelle couleur, ou quelle marque de voiture ils ont vu) ne sont sûrement pas des visuels. Les gens qui ne sont pas capables de décrire ce qui se passe sur une route qu'ils prennent tous les jours sont probablement des auditifs ou des kinesthésiques. En revanche, les gens qui sont très doués pour se remémorer des visages et qui arrivent bien à épeler les mots sont probablement visuels.

Le genre de personnes dont les massages d'épaules, ou qui serrent beaucoup les gens dans leurs bras, ceux qui touchent, donnent une accolade sont probablement kinesthésiques.

En conséquent, pourquoi savoir ce que nous sommes et pourquoi reconnaître la nature des autres personnes est-il important pour les professionnels de santé? Car c'est la clé pour établir des bons rapports.

Les bons rapports créent la confiance, et les personnes s'entourent de gens en qui elles ont confiance. Si nous avons des rapports insuffisants, les gens risquent de nous éviter. L'échange avec les patients sera difficile, le traitement pas complètement accepté si nous n'avons pas de bonnes relations avec eux [35].

1-5-3-1) Les visuels

Imaginons que nous reconnaissons quelqu'un qui est visuel par les mots qu'il utilise, comme : « regarder », « voir », « clair ». Ce que nous devons faire est d'utiliser ces mêmes mots quand nous parlons avec ce patient :

- « Imaginez à quel point votre sourire sera beau... »
- « Ce traitement va vous donner une apparence beaucoup mieux... »
- « Vos dents sont ce que les gens voient quand ils vous regardent... »

Utiliser des mots comme ceux-ci signifie que le patient va nous comprendre beaucoup plus rapidement et nous allons créer un échange car nous lui donnons des informations dans un mode qu'il comprend facilement. Ainsi pour les visuels, il faut insister sur les bénéfices que le traitement aura sur leur apparence. Il faut utiliser des notices, des photos... Cela va rapidement amener le patient à être d'accord avec nous [35].

1-5-3-2) Les auditifs

Les auditifs vont probablement dire :

- « Dites-moi comment... ? »
- « Ce que vous dites... »
- « Ca sonne juste... »

Et l'astuce est d'essayer d'utiliser le vocabulaire des auditifs pour leur répondre :

- « J'ai entendu ce que vous avez dit. »

Derrière ces mots, il y a une autre chose : la musique dans le cabinet peut-être vraiment bénéfique, elle peut influencer les émotions et les comportements. Elle conditionne et calme, et les auditifs sont particulièrement sensibles à cela.

Pour les auditifs, si on leur donne une information écrite, il faut attendre environ 12 secondes et l'expliquer à voix haute. 12 secondes leur permettent de s'orienter et de faire référence à un point et ensuite, ils ont envie de l'entendre de nous. Après 12 secondes, ils ont besoin que nous leur expliquions ce qu'ils ont vu [35].

1-5-3-3) Les kinesthésiques

Avec ces personnes, le praticien doit communiquer selon un mode qui se réfère directement à leurs sentiments :

- « Comment vous sentez-vous par rapport à ... »
- « Comment cela vous a-t-il saisi ? »

Donc le soignant doit leur donner des choses à toucher, les laisser se servir de certains instruments, les amener à parler du sentiment de satisfaction concernant le bien-être de leur santé orale...

Si on donne des prospectus à ces kinesthésiques, il faut juste les laisser les tenir ! Ils auront l'impression d'avoir quelque chose de concret entre les mains. Les toucher et leur faire des signes vont aussi attirer leur attention.

Si nous communiquons avec les gens selon leur mode préféré, nous allons accomplir plus que si nous communiquons avec notre mode préféré. C'est par conséquent tout un art d'utiliser les principes de la programmation neurolinguistique. Mais c'est sans doute l'une des méthodes d'investigation de la personnalité la plus enrichissante, surtout dans le domaine médical [35].

En conclusion, après avoir évoqué tout ce qui est relatif à la communication générale, nous allons appliquer ces principes au cabinet d'orthodontie.

II°) La communication au cabinet d'Orthopédie Dento-Faciale

La relation thérapeutique au sein du cabinet d'orthodontie se déroule essentiellement entre le praticien, le patient et ses parents. Mais il ne faut pas oublier que d'autres personnes sont indispensables au bon fonctionnement du cabinet. Celui-ci peut être considéré comme une véritable petite entreprise où chacun a un rôle qui lui est propre et qui est important, quelle que soit la tâche effectuée.

2-1) Les différents acteurs du cabinet

2-1-1) La secrétaire

Elle constitue un lien très important entre les patients et le praticien. Son principal rôle est d'accueillir le patient et ses éventuels accompagnants. Il y a essentiellement deux types d'accueils qu'il nous faut décrire :

2-1-1-1) L'accueil téléphonique

C'est le premier moment de communication avec le patient et il a une très grande importance ! « Répondre au téléphone, c'est initier un contact au travers d'un outil, d'une voix et de mots choisis. C'est donc prendre la responsabilité de véhiculer l'image de marque du cabinet et la sienne » [65].

Le téléphone constitue, après le face à face, le type de communication interpersonnelle le plus fréquent. Il permet d'échanger à distance, de prendre contact sans voir l'interlocuteur. Il représente un côté « pratique » quand il y a un éloignement des personnes, mais ce mode de communication présente certains désavantages importants auxquels nous devons prêter attention au sein du cabinet d'orthodontie.

Dans le cadre d'une conversation téléphonique, nous ne voyons pas notre interlocuteur, et de ce fait, il y a une absence de communication non verbale pure. La synchronisation du discours laisse à désirer et parfois, les deux interlocuteurs peuvent parler en même temps si bien qu'aucun des deux ne comprend l'autre.

D'autre part, si l'auditeur présente une hypoacousie, ne pouvant pas voir les mouvements des lèvres de l'émetteur, loin d'être inutiles à la distinction des mots, il risque de ne pas tout comprendre. Les mots doivent, par conséquent, être prononcés avec plus de netteté et en articulant mieux que lors d'un face à face.

Il ne faut pas hésiter à répéter ce qui a été dit, en particulier la date et l'heure du rendez-vous éventuel, afin de s'assurer que le message a bien été transmis car les malentendus sont très fréquents lors d'une communication téléphonique.

Il est nécessaire, de la part du récepteur, d'envoyer un feed-back verbal comme « certainement », « tout à fait » car en l'absence de feed-back non verbal, l'émetteur a besoin de savoir s'il est compris voire encore écouté [32].

Par ailleurs, lorsqu'un patient appelle au cabinet médical, la réponse qu'il recevra va jouer un rôle important dans :

- La décision de prendre un rendez-vous
- La probabilité de venir à son rendez-vous
- Son état d'esprit quand il viendra au cabinet
- La façon dont il réagira à l'interrogatoire du praticien
- Ce qu'il ressentira par rapport au traitement qu'il recevra
- Le fait qu'il recommande le cabinet à une autre personne

La secrétaire devra donc à l'accueil savoir marier, à la fois :

- Des qualités humaines (**le savoir-être**)
- Des connaissances médicales de son niveau (**le savoir**)
- Des techniques afin d'identifier les attentes des patients et de répondre à leurs problèmes (**le savoir-faire**) [35]

Il y a quelques règles simples que la secrétaire doit ainsi respecter lors d'une conversation téléphonique:

1) Ne laisser ni le téléphone sonner trop longtemps, ni l'interlocuteur patienter trop longtemps avec un fond sonore plaisant ou non ; cela évitera d'avoir une communication avec quelqu'un quelque peu énervé.

2) Répondre en se présentant : dire son nom et le rôle tenu au sein du cabinet :

- « Cabinet du Dr X, (Prénom de la secrétaire) à votre écoute »

Et surtout, quelque soit l'interlocuteur, il faut répondre avec le sourire, qui s'entend beaucoup au téléphone ! Cela sera ressenti et apprécié.

3) Afin de gagner du temps, la secrétaire doit déterminer qui est l'interlocuteur (patient, fournisseur, labo) pour pouvoir orienter la conversation dans le but de répondre à son attente. Elle doit, de ce fait, bien l'écouter.

Dans le cadre d'un patient, il faut savoir si :

- Il est déjà venu au cabinet et est donc prioritaire, surtout en cas d'urgence
- Il est nouveau et adressé par un confrère
- Il appelle au cabinet de son propre chef

4) La plupart du temps, lorsqu'un patient appelle, sa demande aboutira à une prise de rendez-vous. Donc la secrétaire, responsable du planning de son employeur, doit :

- Par un questionnement court et efficace, cerner le motif du rendez-vous
- Laisser parler et donc écouter le patient pour obtenir des informations
- Surtout prendre du recul pour ne pas se laisser envahir par les inquiétudes du patient et savoir aussi le rassurer
- Lui proposer quelque chose d'adapté à ses disponibilités et possible pour l'organisation du cabinet

5) Il ne faut pas non plus oublier de renseigner le patient sur la situation du cabinet, son moyen d'accès et les possibilités de stationnement éventuelles [65]

2-1-1-2) L'accueil au cabinet

Après l'accueil téléphonique, le patient vient au cabinet. Il n'y a plus de barrière entre la secrétaire et lui. Il se produit un contact visuel direct, un visage est enfin mis sur la voix entendue au téléphone. Par son attitude, la secrétaire peut transmettre immédiatement une image positive ou négative non seulement d'elle-même mais aussi du cabinet. La première impression donne tout de suite l'ambiance et si elle est mauvaise, il va être très difficile pour l'équipe dentaire de convaincre par la suite [35].

Rien ne devrait être plus important que le confort et le bien-être du patient. C'est pourquoi, quand il arrive, il doit percevoir très vite des signes positifs comme : le sourire, le regard, la bonne humeur, la disponibilité, de l'intérêt pour lui, des mots de bienvenue. Le patient ne doit pas non plus trop attendre car cela peut avoir pour conséquence de le rendre encore plus anxieux qu'il ne l'est déjà.

L'attitude de la secrétaire est souvent, involontairement, différente entre les patients. En effet, il est plus facile d'être convivial avec un patient fidélisé, qui a confiance en l'équipe du cabinet, qu'avec un inconnu. Elle doit, de ce fait, faire attention à tous les moyens de communication non verbale (sourire, expressions faciales, gestuelle...) qu'elle emploie et également être attentive aux expressions et gestes du patient, révélateurs de beaucoup de choses.

Plusieurs accueils au cabinet sont, par conséquent, possibles :

2-1-1-2-1) Le nouveau patient

La secrétaire doit tout d'abord donner l'impression d'être disponible car, entrant dans un lieu inconnu (surtout un cabinet dentaire), le patient ne se sent pas forcément à l'aise.

Puis, elle va enregistrer le dossier de celui-ci : coordonnées, numéro de sécurité sociale, état civil... et va récupérer d'éventuels documents destinés au cabinet (lettre de confrère, radiographies...). Elle peut échanger avec lui quelques mots destinés à :

- Le rassurer
- L'informer
- Le mettre en confiance

Elle peut enfin lui indiquer la salle d'attente et les toilettes afin que le patient se sente à son aise dans cette nouvelle structure [65].

2-1-1-2-2) Le patient avec rendez-vous

Lorsque le patient arrive au cabinet, si la secrétaire est au téléphone, il sera reconnaissant d'être regardé et d'avoir un sourire qui signifiera qu'il a été vu. Il patientera ainsi plus volontairement.

Si elle est disponible, une formule de politesse : « Bonjour Mr, Mme », sera appropriée pour démarrer la conversation au cours de laquelle le patient rappellera son nom et l'objet de son rendez-vous. Dans le cas où le patient est connu au cabinet, il appréciera d'être appelé par son nom de famille, voire même par son prénom si c'est un enfant.

En cas de retard de la part du praticien, la secrétaire doit informer le patient qui se trouve en salle d'attente qu'il ne pourra pas être reçu à l'heure prévue et s'excuser par avance. « Un patient prévenu vaut mieux qu'un patient anxieux et mécontent » [65].

2-1-1-2-3) Les urgences

La prise en charge d'un patient venant en urgence est très importante, d'autant plus s'il est en cours de traitement. Il doit pouvoir être reçu assez rapidement même si il n'y a pas de gros problème. Il y a des mots positifs qu'il faut savoir utiliser :

- « Le docteur va vous recevoir immédiatement. »
- « Nous allons tout faire pour vous soulager. »
- « Nous allons trouver une solution pour vous aider. »

En revanche, certaines expressions sont à bannir dans ce cas, car au lieu de rassurer, elles ne font qu'inquiéter plus :

- « Ne vous inquiétez pas ! »
- « Ce n'est rien ! »
- « Ce n'est pas grave ! »
- « Pas de problème ! » [65]

2-1-1-2-4) Les retardataires ou habitués de rendez-vous manqués

La secrétaire se doit d'en faire gentiment la remarque au patient. Elle doit gérer ensuite le retard en fonction de sa durée et de la disponibilité du praticien. « Quelque soit la décision prise, elle devra être répercutée avec tact et courtoisie » [65].

2-1-1-2-5) Les prises de rendez-vous pour une suite de traitement

Il ne s'agit pas seulement de fixer une date et une heure ; la secrétaire doit également savoir pour quelles raisons ce rendez-vous est nécessaire afin qu'elle puisse évaluer le temps nécessaire et gérer son planning [65].

2-1-1-2-6) Les patients insatisfaits

Pour le bon fonctionnement du cabinet, ce genre de problème doit être résolu le plus rapidement possible, quel que soit le motif d'insatisfaction.

La secrétaire doit cerner au plus vite le désagrément en :

- Ecoutant attentivement
- Reformulant le mécontentement
- Recherchant une solution

Elle doit essayer ensuite d'éclaircir la situation, soit immédiatement, soit a posteriori après avoir consulté le praticien. Si cela est nécessaire, le patient doit pouvoir être rappelé aisément.

En aucun cas, la secrétaire ne doit « perdre son sang froid » même si être l'objet des remontrances du patient est souvent difficile. Il faut savoir prendre du recul, analyser les circonstances et comprendre pour pouvoir gérer. En effet, un patient peut avoir de réelles raisons d'être mécontent !

Ce rôle de secrétaire est, comme on peut le voir, très important mais peut parfois être tenu par l'assistante, en plus de ses propres fonctions [65].

2-1-2) L'assistante

Elle représente un acteur essentiel du cabinet. Sa présence va pouvoir soulager l'orthodontiste dans ses nombreuses tâches et lui permettre de consacrer son temps à ses patients, de les recevoir de manière plus détendue, d'élaborer les différents plans de traitement et surtout de mieux organiser sa journée de travail et de ce fait, d'arriver à une plus grande efficacité dans le service rendu. Elles peuvent être d'ailleurs plusieurs au sein d'un même cabinet.

Elle a, elle aussi, plusieurs rôles :

2-1-2-1) L'accueil du patient

Les techniques de communication de l'assistante sont très importantes pour l'établissement d'une bonne relation entre le dentiste et ses patients. En effet, ce rapport va souvent influencer leur comportement pour le reste du traitement.

Lorsque l'assistante va jusqu'à la salle d'attente et appelle le patient par son nom pour le faire venir jusqu'au fauteuil, ceci est plus réconfortant pour lui que d'être convié à venir dans la salle de soin par un simple appel provenant de cette même salle sans déplacement de la part de personne.

De même, si la salle d'attente est bien remplie, le fait que le patient se soit présenté à l'accueil, combiné avec la mémoire de l'assistante, cela va sans doute être suffisant pour identifier de façon efficace et rapide chaque patient individuellement lorsque ce sera leur tour pour le rendez-vous.

L'assistante doit mettre à profit, au maximum, le peu de temps qu'elle a avant que le soin démarre pour établir une relation avec le patient. Elle peut, en effet, être un support très important pour le soigné durant le soin : plus la relation établie avant sera bonne, plus le patient aura confiance et se confiera à elle. Il n'hésitera pas à l'interroger sur son traitement ou sur quelque chose qu'il n'aura pas compris.

Nous allons prendre un exemple pour illustrer ces propos :

Scène 1 : L'assistante sort sur le pas de la porte de la salle de soin et, sans aller jusqu'à la salle d'attente, appelle « Mr X ». Elle retourne ensuite à sa salle de stérilisation pour nettoyer ses instruments, laissant au patient le soin de venir tout seul.

Scène 2 : L'assistante regarde le cahier de rendez-vous à l'accueil, repère le nom et l'âge du prochain patient, se déplace jusqu'à la salle d'attente. Elle repère le patient qui correspond le

plus aux informations qu'elle possède et va lui demander s'il est bien « Mr X », puis va l'installer dans la salle de soin. Elle lui propose de se débarrasser de ses affaires personnelles afin d'être plus à son aise, lui demande s'il a des questions ou des appréhensions particulières puis lorsque le praticien arrive, reste quand même présente dans le but de rassurer le patient.

On voit donc bien que la deuxième scène représente une meilleure mise en confiance pour le patient [35].

2-1-2-2) Les qualités requises

2-1-2-2-1) La présentation

C'est la première qualité que l'on attend d'elle car le patient va aussi tenir compte de cela.

Elle doit avoir une tenue appropriée, propre, de préférence une blouse et un pantalon. La couleur n'est pas très importante, les plus répandues étant le blanc, le bleu et le vert. Ceci peut être un sujet de discussion avec le praticien auparavant.

Cette tenue doit être changée régulièrement et remplacée immédiatement si, au cours d'un soin, elle a été tâchée. Cet impératif est valable pour toute l'équipe du cabinet, y compris le praticien, car il doit donner l'exemple.

Il faut ajouter une paire de chaussures, blanches, de préférence, dont l'usage sera réservé au sein du cabinet. Il n'est pas correct de sortir en ville avec les tenues de travail, surtout quand il s'agit d'un milieu médical.

Une coiffure nette est indispensable. Les cheveux longs doivent être retenus et ne pas tomber sur le masque de protection ou les lunettes. Un maquillage discret est préférable et le port de bijoux limité, ceci pour des questions pratiques et d'hygiène. Quand aux mains, elles seront à soigner, tout particulièrement avec des ongles coupés et bien entretenus en évitant le vernis à ongle trop agressif ou voyant.

L'assistante peut également porter un badge portant son prénom car cela permettra une relation plus facile avec les patients qui n'hésiteront pas à l'appeler par ce prénom et apprécieront de la reconnaître lors d'une communication téléphonique [65].

2-1-2-2-2) Le sens de l'accueil

Accueillir quelqu'un est très délicat et peut parfois demander de l'expérience. Un visage souriant et un dialogue facilité seront appréciés.

L'assistante doit pressentir l'état psychologique du patient lorsqu'il arrive. Elle doit donc savoir adapter son accueil (patient nouveau, en cours de soins, venant en urgence...)[65].

2-1-2-2-3) Le sens de l'organisation

L'assistante doit savoir gérer le fonctionnement du cabinet par une gestion des stocks structurée et aider le praticien au cours de ses actes en lui fournissant les matériaux dont il a besoin et en anticipant son travail. Si le patient ressent une organisation et une efficacité entre le praticien et son assistante, il sera tout de suite plus confiant.

L'assistante va installer le patient au fauteuil et préparer le plateau pour effectuer l'acte prévu dans le plan de traitement, qu'elle aura eu soin de consulter auparavant. (Il faut, en conséquence, que le praticien soit bien organisé). Cela permet au praticien de consacrer ces quelques minutes à dialoguer avec son malade, avant de commencer les soins.

L'assistante doit également assurer le bon positionnement de la tête du patient et son confort afin de le détendre pour la réalisation du soin [65].

2-1-2-6-4) La gestion du stress

Il y a plusieurs stress en présence : celui du patient avant tout rendez-vous, celui du praticien dans certaines situations ou en présence de traitements complexes et le stress de l'assistante elle-même placée entre les deux.

Elle doit savoir gérer toutes ces tensions :

- En aidant le malade lors de son arrivée et lorsqu'il patiente dans la salle d'attente
- En soutenant le praticien dans les moments laborieux par une présence active et efficace
- En n'extériorisant pas trop sa propre inquiétude

En conclusion, on voit bien que l'assistante a un rôle déterminant dans l'activité du cabinet et dans l'établissement d'une bonne relation de soin [65].

2-1-3) Le patient

Il est important de bien considérer les différents âges possibles des patients que l'on suit en orthodontie, afin d'adapter notre attitude en fonction de leurs besoins. Le professeur Philippe (1977) pense qu'il y a trois types d'orthodontie, en relation avec trois types de patients :

- L'enfant jeune
- L'adolescent
- Le patient adulte

Il faut noter également que parfois, les traitements s'étalent sur plusieurs années et le praticien se trouvera alors confronté au même patient à différents âges de sa vie et devra, de ce fait, s'adapter à ses changements.

2-1-3-1) L'enfant (5 à 13 ans)

Dans ce groupe, il y a une distinction à faire entre l'enfant jeune (de 5 à 9 ans) et le préadolescent (10 à 13 ans). Ce ne sont bien évidemment que des moyennes d'âges car chaque enfant est différent et peut évoluer plus ou moins vite que ces normes.

2-1-3-1-1) L'enfant jeune (5 à 9 ans)

Aujourd'hui, l'orthodontie, et plus précisément, les traitements d'interception précoces peuvent être bénéfiques dès l'âge de 5 ans. On parle alors d'âge orthopédique.

Efficacité et brièveté de l'intervention thérapeutique précoce avant l'apparition de la première molaire permanente, telles sont les clés d'une interception orthopédique couronnée de succès. A l'inverse, elle nécessite une coopération parents-enfants « idéale » : car après le traitement orthopédique précoce, intervient souvent une deuxième phase de traitement en denture permanente. Cette alternance de traitement est perçue souvent par le patient et sa famille comme un traitement « ininterrompu », donc parfois difficile à supporter.

Il est du devoir du praticien de choisir s'il doit commencer tôt ou non un traitement. Ceci est fonction non seulement des possibilités thérapeutiques qu'il a, mais également fonction du psychisme de l'enfant et du milieu dans lequel il évolue. Une règle est importante à respecter : ce traitement doit être court !

Il a été montré que durant les traitements commencés avant l'âge de 9 ans, le taux de réussite était plus faible car la durée de traitement étant plus grande, il y avait beaucoup d'abandons [27].

L'enfant, quelque soit son âge, qui se présente au cabinet d'orthodontie est toujours très inquiet et la seule chose essentielle est de réussir à établir avec lui une relation de confiance, ceci dès le premier contact [23].

Le jeune patient va entreprendre son traitement orthodontique et va s'y comporter différemment selon :

- Son âge et son stade de développement
- Sa maturation intellectuelle et physique
- Sa capacité d'adaptation : notamment lors de l'apparition de contraintes comme le port d'un appareil
- Son vécu bucco-dentaire
- Son passé psychologique et affectif

La première rencontre entre l'orthodontiste et l'enfant marque le début d'une longue et singulière relation humaine : le traitement [75]

Cette visite, avec toutes ses impressions, va influencer le comportement de l'enfant durant tous les autres rendez-vous.

2-1-3-1-1-1) Rapport avec les parents

De 5 à 9 ans, les enfants sont dépendants de leurs parents. Ceux-ci sont là pour cadrer l'enfant en lui donnant des consignes, interdits et obligations [84].

2-1-3-1-1-2) Rapport avec l'orthodontiste

L'enfant jeune va être passif face à son traitement orthodontique. Le désir du traitement est plutôt celui de ses parents que le sien. Il n'a pas de sentiment personnel à ce sujet. Il se

soumet à l'idée de porter un appareil puisque les adultes pensent que c'est « pour son bien ». Ainsi, la confiance accordée au praticien est liée à celle qu'il a placée dans ses parents « bienfaiteurs ». Si le praticien orthodontiste sait l'intéresser à son traitement, l'encourager et le motiver, il sera, en général, un bon patient orthodontique et s'acquittera très bien des tâches prescrites [84].

Nous allons voir quelles techniques de communication il vaut mieux employer avec un enfant jeune :

2-1-3-1-1-3) Le comportement idéal avec un enfant jeune

1 • Tout d'abord, il faut l'*accueillir et se présenter*.

2 • Ensuite, le *questionner* : « Quel est ton nom, Est-ce que tu sais où tu es aujourd'hui, Qu'est-ce que tu aimes faire dans la vie ?... ». Il faut *enquêter* sur lui, ses centres d'intérêts, s'il a des animaux, quels sont ses passe-temps...

On peut également lui demander si ses amis consultent aussi un orthodontiste.

3 • On doit *regarder* son langage corporel, *écouter* ses questions et ses demandes

Cette première consultation doit permettre de déterminer si le patient est capable d'avoir un traitement. Le niveau de responsabilité de l'enfant est nécessaire pour savoir s'il lui faut un appareillage plutôt amovible ou fixe.

4 • Puis nous devons *poser des questions* ouvertes qui l'invitent à répondre avec des phrases.

Il faut aussi demander s'il aime comment sont ses dents, s'il se les brosse tous les jours ou si ses parents doivent lui rappeler de le faire.

Les enfants jeunes adorent compter. On peut donc *jouer* là-dessus.

C'est pourquoi, en disant :

« Est-ce que tu penses que tu as 50 dents dans ta bouche ? », on obtiendra plus de choses qu'en se limitant à « Combien as-tu de dents ? ». On peut même lui donner un miroir afin qu'il compte avec nous. On peut lui demander s'il sait quelles sont ses dents de lait.

5 • On doit par ailleurs *expliquer* qui nous sommes, ce que nous faisons et comment nous pouvons l'aider.

Il faut lui dire pourquoi c'est important de corriger le problème afin d'obtenir sa coopération. Pour ce faire, on peut user de métaphores et de l'humour :

- Pour dire « aligner », on prend l'exemple de s'aligner lorsqu'on attend dans un file pour avoir une place de cinéma.

Il s'agit d'employer des expressions appropriées à son âge et faciles à comprendre pour qu'il devienne l'acteur principal de son traitement. Le négatif doit être évité mais on doit être le plus vrai possible et **ne pas leur mentir**.

6 • Lors de l'examen initial, il est important de savoir s'il est installé confortablement avant de regarder dans sa bouche. Il doit être *respecté* comme toute autre personne et on peut lui donner des compliments comme « Merci de m'avoir laissé regarder tes dents ».

Beaucoup d'enfants de ces âges consultent car ils sucent encore leur pouce ou leurs doigts par habitude. Il faut, de ce fait, essayer de trouver un comportement positif (comme le fait qu'ils ne font pas cela à l'école par peur de moqueries de la part des ses camarades), afin de leur redonner confiance en eux et qu'ils se rendent compte qu'ils peuvent se prendre en main tout seuls. On pourra ainsi les féliciter par rapport à l'effort qu'ils feront.

7 • Il ne faut pas hésiter à le laisser *jouer* un peu avec les instruments afin qu'ils deviennent familiers pour lui [49].

2-1-3-1-2) Le préadolescent (10 à 13 ans)

On peut alors parler de « deuxième enfance ». L'enfant a atteint l'âge du raisonnement logique, il est capable de réfléchir et d'émettre des réflexions abstraites. Il est en période dite de latence [43]. Bien que nommée période de latence, ce n'est pas pour autant une phase de silence mais, bien au contraire, une étape où se forge la personnalité de l'adulte qu'il deviendra plus tard [84].

Pour Parguel en 1983, « la plupart des auteurs estiment que l'âge optimum du traitement est de 12 ans ». Cet âge se situe lors de la période de préadolescence.

2-1-3-1-2-1) Rapport avec les parents

De 10 à 13 ans, les parents attendent plus d'autonomie et de responsabilités de la part de leur enfant, et acceptent moins ses conduites infantiles.

« De son côté, l'enfant entame un désinvestissement de l'image parentale et cherche à découvrir d'autres repères, notamment en se référant davantage à des modèles extérieurs. C'est pourquoi le rôle des camarades et leur opinion prennent une importance grandissante.

Mais après une période où devenir grand est vécu comme une promotion, ce statut commence à lui faire peur, et les parents le voient alors « bêtifier », redemander à être commandé. C'est pourquoi cette période est souvent vécue difficilement par les parents, qui ont l'impression de voir leur enfant régresser » [84].

2-1-3-1-2-2) Rapport avec l'orthodontiste

Le préadolescent prend conscience de son image corporelle. De ce fait, nous constatons une plus grande motivation pour un traitement orthodontique, surtout chez les jeunes filles chez qui la mauvaise image de soi peut prendre une importance assez disproportionnée. Elles collaborent énormément. Pour les garçons, cet aspect est moins évident mais le traitement peut être très bien accepté si le praticien sait expliquer en détail le déroulement. L'avis des copains est davantage en ligne de compte mais c'est encore l'opinion des parents qui prédomine dans le choix du traitement [43].

2-1-3-1-2-3) Le comportement idéal avec le préadolescent

1 • Il y a, d'un côté, ceux qui sont impatients de venir au cabinet car leurs copains consultent déjà et ils veulent un appareil eux-aussi ;

De l'autre côté, il y a ceux qui trouvent que les appareils rendent « moches ». Ceux-là seront plus difficiles à motiver et leur coopération plus difficile à obtenir.

C'est à cet âge qu'il est important de *décrire et de montrer*, par des photos avant/après, des modèles, afin qu'ils visualisent le résultat.

2 • Il faut leur *expliquer* les avantages de commencer un traitement à leur âge pour les aider à comprendre l'intérêt de l'orthodontie :

« Faire de la place pour l'éruption des dents permanentes plutôt que de les laisser pousser de travers » [49].

3 • Robin conseille d'utiliser une « ambiance » générale amicale, sincère, non coercitive ; afin de donner aux enfants une éducation par suggestions, et non par force, d'employer le travail de groupe, d'équipe, afin d'apporter le concours de la « réussite » qui rehausse l'individu, créer la solidarité, l'« exemple », la « spontanéité ». Cela peut s'appliquer dans la pratique orthodontique.

Cette période de l'enfance reste la plus favorable aux soins dentaires car l'enfant a besoin d'être guidé et pourra être content de faire plaisir aux adultes. Par contre, celle de la puberté sera plus délicate [43].

2-1-3-2) L'adolescent (13 à 19 ans)

La phase génitale et la puberté soulignent la fin de l'enfance et l'entrée dans le monde adulte. Cette période qui est nommée « l'adolescence », marque une rupture avec l'équilibre de l'enfance.

L'adolescence est une période critique du point de vue psychologique, c'est l'âge des doutes et des hésitations, des émotions violentes, du découragement. Pendant et après la puberté, il constate le changement morphologique qu'il avait plus ou moins attendu. Il va avoir vis-à-vis de lui-même des attitudes complexes et variables. Ce n'est qu'après un long travail psychologique que l'adolescent intégrera son corps sexué. Celui-ci sera souvent source d'interrogations anxieuses dans le miroir ou le regard des autres [82].

Face à leur développement, les jeunes expérimentent la peur et le doute. Parallèlement, ils veulent être libres et pris au sérieux. C'est donc une période d'**instabilité**.

Cette phase est, par conséquent, pleine de paradoxes : en essayant de bousculer et de rejeter ses parents, l'adolescent veut ainsi leur faire comprendre qu'il a besoin de se sentir aimé et d'être reconnu. C'est ce qu'on appelle la crise d'adolescence qui doit être vue comme une étape maturative au cours de laquelle, le jeune présente un comportement qui n'est pas toujours évident à supporter pour les parents. Il dérange, mais c'est sa façon à lui de faire sa place [82].

On ne doit jamais traiter les adolescents comme des enfants, ils ont dépassé ce stade. On ne doit pas leur donner l'impression qu'ils sont inconscients, incapables de se discipliner eux-mêmes [51].

2-1-3-2-1) Rapport avec les parents

Les rôles des parents, à ce stade du développement sont :

- De montrer à leur enfant qu'ils croient en son aptitude à grandir
- De tolérer sa recherche d'identité et sa pugnacité

Les parents ne doivent pas attendre de leur enfant qu'il réussisse tout, immédiatement. Ils doivent lui laisser le temps de faire ses propres expériences et d'en tirer lui-même ses conclusions.

Par ailleurs, les parents doivent admettre qu'ils ne peuvent plus contrôler totalement leur enfant : ils doivent le laisser exprimer librement ses opinions et ses désirs.

Il ne leur faut pas non plus être trop laxiste, car cela renverrait le jeune face à ses doutes et incertitudes. Des règles et interdits doivent exister, mais ils n'ont de sens que si le jeune peut les critiquer.

Si le traitement orthodontique est le fruit d'un choix parental, il peut tout à fait représenter un moyen pour l'adolescent de s'opposer à ses parents. En adoptant un comportement passif, le jeune peut perturber le cours du traitement voire, le conduire à l'échec dans le simple but (conscient ou non) d'atteindre l'autorité parentale.

L'essentiel dans la relation parent/enfant lors de cette phase d'adolescence est d'instaurer un réel **dialogue**. Les parents doivent savoir parler à leur enfant, ne pas se sentir inhibés devant lui et ne pas converser avec lui « en copains » [84].

2-1-3-2-2) Rapport avec l'orthodontiste

On pourrait penser que l'adolescence est une période favorable pour débiter un traitement car c'est à ce moment que l'adolescent construit son identité d'adulte, porte un intérêt particulier à son corps et se détache de ses parents. Il est capable de prendre des décisions, de dire ce qu'il ressent et sa motivation est plus facile à estimer que chez un enfant.

En réalité, l'adolescent est sujet à beaucoup de bouleversements aussi bien physiques que psychiques; il a le sentiment de devoir répondre à des exigences aussi bien externes (famille, groupe social) qu'internes (identification, système d'idéaux) [82].

La décision d'un traitement orthodontique est toujours fortement liée à l'accord des parents et la coopération dépendra souvent de l'entente entre le jeune et ses parents. La prise de décision doit être faite d'un commun accord.

L'opinion et l'expérience des camarades seront également d'une grande importance pour la réussite du traitement.

« Ce n'est qu'en trouvant la bonne distance avec le jeune patient et en se situant comme une personne différente des parents, prête à prendre en considération l'avis de son jeune patient que le praticien pourra obtenir la coopération de l'adolescent » [84].

La durée du traitement orthodontique est importante : il affecte l'aspect de la denture et du sourire, nécessite une hygiène bucco-dentaire stricte et le jeune risque de rompre le traitement en cas de tensions si personne ne le rappelle à l'ordre. L'attitude du jeune patient n'est pas stationnaire tout au long du traitement ; il faut, de ce fait, en tenir compte lors de l'élaboration du plan de traitement [66].

2-1-3-2-3) Le comportement idéal avec l'adolescent

Le traitement orthodontique chez un adolescent est quelque chose de complexe d'un point de vue psychologique. Beaucoup de patients adolescents ne sont pas à l'aise à converser avec des adultes. Ils sont souvent en conflit avec leurs parents et leur plus grande influence va venir de leur groupe d'amis.

1 • Il faut donc beaucoup *écouter* et *comprendre* afin d'établir une bonne relation et faire en sorte que l'orthodontie soit une bonne expérience.

2 • On se doit de leur faire prendre conscience que ce traitement est un réel *investissement* pour leur dentition future, aussi bien d'un point de vue esthétique que fonctionnel. Ils sont capables de comprendre ce côté fonctionnel de la chose contrairement à l'enfant.

3 • On doit essayer d'établir un *contrat de soins* entre le praticien et le patient, sans la présence des parents. De ce fait, cela le responsabilisera dans son traitement [84].

4 • En général, l'adolescent va lever les yeux au ciel dès qu'on lui parle de la *durée* du traitement qui est en moyenne de 18 à 24 mois. Il vaut donc mieux leur dire :

« Ton traitement se terminera à la fin du collège », plutôt que lui dire la durée elle-même.

5 • Souvent, il s'agit d'un *appareillage fixe*, donc encombrant, visible et nécessitant une très bonne hygiène et des précautions alimentaires. Il faudra bien insister sur ce sujet sans pour autant leur donner l'impression qu'ils doivent faire des sacrifices.

6 • Comme les autres patients, ils aiment qu'on leur fasse des *compliments*. Il ne faut pas hésiter à leur en faire, surtout en utilisant le « Je » :

« Je vois que tu as fait des efforts sur le brossage de tes dents » est motivant.

7 • Lorsqu'un *problème* survient, il est nécessaire d'en discuter afin de trouver une solution sans trop tarder [49].

L'adolescent doit impérativement se sentir à l'aise avec son orthodontiste afin de pouvoir lui exprimer toutes ses attentes, ses appréhensions, lui poser toutes les questions nécessaires sur son traitement ou sur son implication personnelle.

« Comprendre les actions de soins, c'est prendre conscience de leur utilité, des désagréments entraînés et surtout imaginer les modifications qu'elles apportent. En acquérant la possibilité de se projeter dans l'avenir sans que ce soit trop inquiétant après une information complète de la part du praticien, le patient sera d'autant plus responsable et coopérant » [84].

2-1-3-3) Les différents types d'enfants

2-1-3-3-1) L'enfant coopérant

Il s'agit du patient idéal en orthodontie. Il comprend tout : pourquoi il a besoin d'un traitement, ce qui va lui arriver, ce qu'on attend de lui afin que le traitement soit un succès [25].

Il a une entière confiance en son praticien [42].

2-1-3-3-2) L'enfant qui coopère mais qui est tendu

Il est coopérant car il a envie de montrer au praticien, à ses parents et à lui-même qu'il est capable d'y arriver, au prix de gros efforts. Il vit, malgré tout, son traitement sous pression constante et n'est pas capable de se détendre lors d'une séance de soins [42].

2-1-3-3-3) L'enfant craintif

Ce nouvel environnement engendre chez lui une peur contre laquelle il a beaucoup de mal à résister.

Celle-ci peut se traduire :

- soit par des pleurs, voire même parfois des hurlements et un refus de soins
- soit de façon passive, au fauteuil, à travers des sursauts, tressaillements et regard terrorisé s'il accepte les soins [25]

Il lui faut, par conséquent, vaincre sa peur si l'on veut réussir son traitement. Ainsi, il est préférable de lui expliquer ce que l'on fait à chaque nouvelle étape [42].

2-1-3-3-4) L'enfant émotif

Il est en général très jeune, très fragile et très dépendant de ses parents. Ses comportements sont imprévisibles et on peut être amené à interrompre de façon prématurée une séance de soins, suite à un changement d'humeur soudain [42].

2-1-3-3-5) L'enfant timide

Ce n'est pas le patient le plus compliqué à soigner, loin de là.

Au début, il va avoir tendance à se cacher derrière ses parents, souvent sa mère et il répondra aux questions posées par des hochements de tête.

Par contre, il appliquera sans problème les conseils donnés par l'orthodontiste.

Avec le temps, il pourra se livrer un peu plus quand la relation de confiance avec l'orthodontiste s'établira [25].

2-1-3-3-6) L'enfant gâté

Il peut adopter un comportement plutôt fier ou plutôt agressif. Il s'imagine qu'il est le seul à pouvoir donner des ordres et à contrôler les autres. Il est souvent impoli et ses parents sont « à sa merci ».

L'orthodontiste va devoir lui montrer que ce n'est pas à lui de décider quel traitement il va avoir et qu'il va devoir suivre des règles [25].

2-1-3-3-7) L'enfant agressif

C'est un type de patient difficile à gérer : il vient chez l'orthodontiste car on l'a forcé. Il peut parfois menacer l'orthodontiste, repousser sa main, refuser d'ouvrir la bouche...

Il ne s'intéresse donc pas au traitement, ce qui a pour conséquence un allongement de sa durée, voire même parfois un échec [25].

2-1-3-3-8) L'enfant adopté

Ce genre de patient peut présenter plusieurs comportements cités précédemment. Les parents se doivent d'informer le praticien de cette situation car cela nécessite une attention particulière [42].

2-1-3-3-9) L'enfant handicapé

Il peut s'agir aussi bien d'un handicap physique que mental, se répercutant sur le comportement.

Ce sont souvent des enfants qui ont connu plusieurs expériences médicales parfois douloureuses. Ils peuvent, par conséquent, se montrer réfractaires à débiter un nouveau traitement dans le cadre de l'orthodontie, vu leur vécu.

Les parents et l'orthodontiste doivent adopter une attention particulière face à ce type de patient et faire preuve de beaucoup de soutien et de motivation [27].

| Type d'enfant | Attitude à adopter face à lui |
|----------------------|--|
| Coopérant | Il faut tout lui expliquer simplement. |
| Coopérant mais tendu | Il faut tout lui expliquer également et le rassurer afin qu'il se détende. |
| Craintif | Il faut vaincre sa peur en lui expliquant chaque nouvelle étape. |
| Emotif | Il faut qu'il se trouve dans un climat apaisant, il ne faut pas brusquer les choses. |
| Timide | Il faut établir une relation de confiance avec lui, cela peut prendre du temps. |
| Gâté | Il faut établir des règles et lui montrer que ce n'est pas lui qui décide de tout. |
| Agressif | Il ne faut pas céder face à lui et surtout évaluer dès le départ s'il est capable ou non d'entreprendre un traitement. |
| Adopté | Il faut savoir s'il n'est pas trop capricieux, en liaison avec une sur protection de la part de ses tuteurs. |
| Handicapé | Il faut être très calme face à lui, beaucoup le soutenir et le motiver. |

Tableau n° 3: Les différents types d'enfants

Ce tableau est un résumé des classifications étudiées, à savoir celle de Garcia-Godoy (1986) et celle de Manara et Sapelli (1992).

2-1-3-4) De la compliance à la coopération

Nous pouvons être efficaces avec les patients à tout moment de leur développement si nous arrivons à comprendre les comportements et motivations de chacun de ces âges. Alors que l'enfant se développe physiquement, il change aussi émotionnellement.

L'enfant passe de l'âge de la compliance (8-10 ans), à la coopération (12-14 ans) jusqu'à la collaboration (14-16 ans).

Bien sûr, chaque enfant est différent et notre objectif est de réussir à les faire évoluer jusqu'à ce dont ils sont capables [59].

2-1-3-4-1) La compliance

A 8 ans, un enfant va volontiers vouloir faire plaisir aux adultes ; avoir leur approbation est important, même plus que ce qu'ils vont faire à proprement parlé.

On peut ainsi prendre l'exemple de l'enfant regardé par ses parents lors d'un match de football. Il sera plus content s'il est applaudi par ses parents s'il marque un but que le fait même de marquer [59].

2-1-3-4-2) La coopération

A 12 ans, l'enfant peut coopérer activement. La reconnaissance de ses amis est plus importante qu'avant mais pas essentielle. Il ne réalise pas encore que ses comportements ont des conséquences. Il va faire les choses parce que les autres les font.

Ainsi, au football, il va jouer avec ses copains mais ne va pas encore élaborer de réelles stratégies pour gagner s'il n'est pas guidé par un entraîneur [59].

2-1-3-4-3) La collaboration

A 14 ans, l'enfant qui est devenu adolescent collabore et crée des stratégies pour avoir du succès. Il est capable de comprendre que ce qu'il fait a un effet sur le résultat.

Au football, il fait la relation entre l'entraînement et la performance. Il comprend le jeu et les tactiques pour gagner [59].

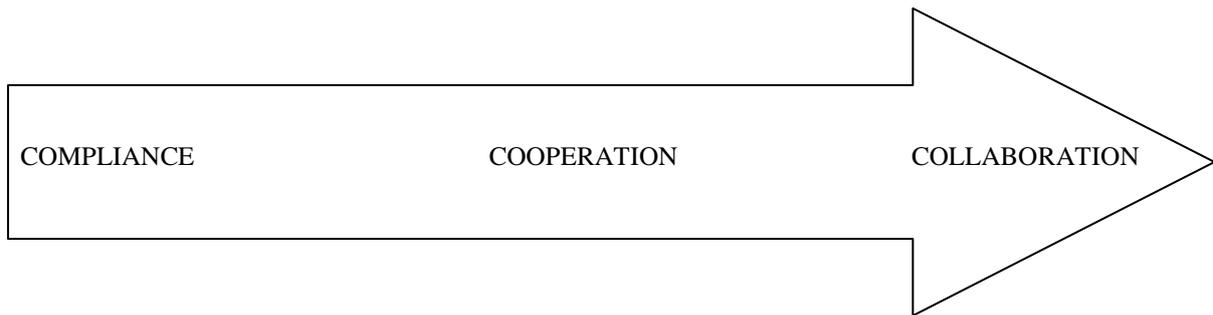


Figure n° 5 : De la compliance à la collaboration, Osborne et Unterschuetz (2002)

Le challenge de l'orthodontiste est de s'accorder avec l'âge de chacun de ses patients. La compliance est le niveau minimum d'engagement nécessaire dans le traitement. C'est pourquoi, on peut développer des **attitudes** et des **comportements** afin de faire participer au mieux l'enfant [59].

2-1-3-4-4) Les attitudes

- ~ Respecter l'individualité de chaque enfant : ne pas « les mettre tous dans le même sac ».
- ~ Etre curieux de chaque enfant indépendamment
- ~ Avoir des attentes appropriées et bien formulées par rapport à ce que l'on souhaite obtenir de la part du patient [59]

2-1-3-4-5) Les comportements

- 1) **Demander la permission** : l'enfant sera plus coopératif s'il sent qu'il a des responsabilités
« Puis-je regarder tes dents, s'il-te-plait ? »
- 2) Les traiter comme des **personnes responsables**, capables de faire des choix
- 3) **Poser des questions** pour se renseigner sur l'enfant, en évitant : « As-tu des questions ? Est-ce que tu comprends ? ». Mais plutôt des questions sur ce qu'il sait de l'orthodontie, ce dont il a entendu parler, en quoi il est concerné par cela.

Plus on sait de choses sur sa vie, plus on va être efficace. Il ne faut pas oublier de demander aux parents ce qui motive leur enfant (sport...) et discuter avec l'enfant de ce sujet.

4) **Encourager** en insistant sur ce qu'il fait bien plutôt que sur ce qu'il a plus de mal à effectuer. « Construire sur les succès plutôt que porter de l'attention sur des échecs ».

5) **Décrire** plutôt qu'**évaluer**, puis **supporter**.

« Tu dois plus brosser tes dents » = Evaluer

« Je vois un peu de plaque sur tes dents » = Décrire

« Veux-tu que je t'aide à être plus efficace dans ton brossage ? » = Supporter

Cette méthode nous éloigne du rôle de juge et permet d'avoir une meilleure collaboration dans la relation.

6) Lui donner des **objectifs** adaptés : s'ils sont trop durs, il sera frustré de ne pas y arriver, s'ils sont trop faciles, ça l'ennuiera. Il faut également faire attention à ne pas lui suggérer de nouvelles tâches plus difficiles si celle d'avant n'est toujours pas bien faite.

7) Déterminer des **stratégies** adaptées aux âges, qui vont permettre à l'enfant de sentir qu'il réussit. Ainsi, on pourra évoluer sur des bases de succès :

- Etape de *compliance* : l'éloge des adultes est motivant donc il faut les féliciter sur les efforts, leur donner des « récompenses » qui vont montrer qu'ils progressent et ainsi, ils se sentiront bien.

- Etape de *coopération* : Il faut leur donner des instructions détaillées et des buts et les aider à prendre des responsabilités. On peut leur suggérer de regarder et d'évaluer les mouvements de leurs dents.

- Etape de *collaboration* : Il faut leur donner suffisamment d'informations pour les faire s'impliquer dans la création de stratégies dans le but d'arriver à un succès.

On voit bien qu'à chaque étape de la vie, l'engagement adapté dans le traitement est nécessaire. Plus l'enfant est investi, plus il va avoir conscience de la nécessité de son traitement [59].

2-1-3-5) L'adulte

Actuellement, l'orthodontie de l'adulte est en pleine expansion. Le praticien doit ainsi savoir adapter sa technique mais aussi l'approche psychologique de son patient, radicalement différente de celle de l'enfant et de l'adolescent.

A l'âge adulte, l'orthodontie n'est pas évidente, le patient doit surmonter plusieurs obstacles, notamment psychologiques. Il doit accepter le plan de traitement proposé par le praticien qui

laisse peu de place à la négociation en fonction de l'importance de l'anomalie à traiter et surtout des conditions dento-parodontales.

D'autres contraintes, prothétiques, parfois chirurgicales, peuvent se rajouter. Autant de raisons pour privilégier l'explication, la communication mais laisser toujours au patient le sentiment que rien ne lui est imposé.

2-1-3-5-1) Les différents types de patients adultes

Boswell (2001) nous expose qu'il est primordial de bien identifier la personnalité des personnes, et en particulier des patients adultes, avec qui nous sommes amené à communiquer, pour plusieurs raisons :

- Lorsqu'un plan de traitement leur est proposé, cela facilite leur acceptation
- Identifier et quantifier leur stress à partir de leur comportement
- Réduire cette tension, tant pour eux que pour l'équipe médicale
- Les motiver à l'obtention de bons résultats

Il y a ainsi quatre grands types sociaux concernant les adultes, dont les traits de caractères et les attentes en matière de communication sont très différents.

2-1-3-5-1-1) Les analytiques

2-1-3-5-1-1-1) Leurs traits de caractère

Ils aiment être dans le « vrai », contrôlent leurs sentiments et communiquent en demandant. Ils analysent tout, raisonnent beaucoup, pensent à beaucoup de détails. Ils réfléchissent souvent en même temps qu'ils parlent, ont une posture raide et font des mouvements de faible amplitude [12].

2-1-3-5-1-1-2) L'attitude des soignants

En face d'eux, le praticien doit être sûr de ce qu'il propose, ne doit pas beaucoup décrire, juste précisément et de façon brève (pas de détails techniques par exemple). Le plus difficile est

d'amener ce genre de patient à prendre une décision. Une fois ceci fait, ils suivront le traitement de manière très rigoureuse. Les feuilles de remboursement de l'Assurance Maladie seront vérifiées à la virgule près [12].

2-1-3-5-1-2) Les dynamiques

2-1-3-5-1-2-1) Leurs traits de caractère

Ils ne s'intéressent qu'aux résultats, en ne pensant qu'aux démarches qui y amènent. Leur élocution est rapide et ponctuée, ils font des gestes amples, pointent facilement du doigt et aiment les contacts visuels [12].

2-1-3-5-1-2-2) L'attitude des soignants

L'orthodontiste doit vite réagir face à ce genre de patient, en leur exposant rapidement un plan de traitement clair, où l'aspect technique sera résumé mais non détaillé. Les rendez-vous doivent être efficaces. Le plus dur est de leur faire comprendre que les plannings du cabinet ne sont pas faits en fonction d'eux [12].

2-1-3-5-1-3) Les aimables

2-1-3-5-1-3-1) Leurs traits de caractère

Ils ont besoin d'un cadre sécurisant autour d'eux, expriment beaucoup leurs sentiments et sont peu décideurs. Ce sont des patients calmes, qui ont parfois tendance à se mettre en retrait. Ils n'aiment pas du tout les conflits. Leur voix est douce, leurs mouvements d'amplitude réduite [12].

2-1-3-5-1-3-2) L'attitude des soignants

Le plan de traitement doit être présenté sous forme d'un avantage, d'un bénéfice pour eux. Il faut leur passer les détails techniques. Par ailleurs, leur rendez vous doivent être bien adaptés car s'ils ne peuvent pas venir, ils n'osent pas le dire et risquent de compromettre leur traitement.

S'ils sont respectés dans leur prise de décision, tout le reste suivra [12].

2-1-3-5-1-4) Les expressifs

2-1-3-5-1-4-1) Leurs traits de caractère

Ces patients sont très énergiques, ils extériorisent beaucoup ce qu'ils pensent et ont besoin d'être approuvés. Leur posture est familière, avec des mouvements empathiques [12].

2-1-3-5-1-4-2) L'attitude des soignants

La présentation du plan de traitement par l'orthodontiste est assez longue en présence de ce type de patient car ils se réfèrent souvent à des anecdotes. Il est nécessaire de les recadrer régulièrement en les encourageant, leur montrant les progrès obtenus. Il faut se méfier de leurs promesses car ils pensent à beaucoup de choses à la fois et en oublient beaucoup également. S'ils sont satisfaits de leur traitement, ce sont de bons référents car ils ont besoin de partager leur expérience. Il faut faire attention au suivi financier de leur dossier [12].

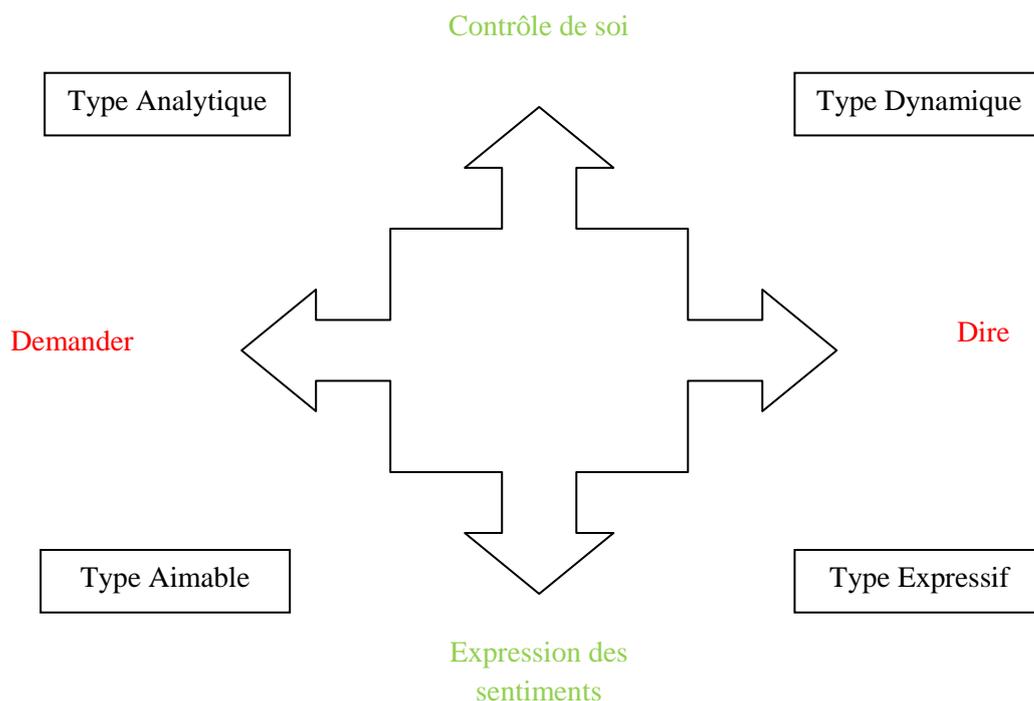


Figure n° 6 : Les différents types d'adultes, Boswell (2001)

Explication du schéma: il s'agit d'une classification des différents comportements des adultes. Elle s'établit autour de deux axes :

- **Vertical** : qui correspond à la manière dont le patient gère ses émotions
- **Horizontal** : qui correspond à la façon dont le patient s'exprime

Ainsi, selon son type de communication et selon sa gestion de ses sentiments, le patient se retrouve plus proche de tel ou tel type social.

Ce sont les quatre types de comportements des adultes les plus fréquents. Bien sûr, ce ne sont que des descriptions et chacun peut être différents sur certains points.

« Ce qui donne un sens à notre communication, c'est la réponse que l'on obtient. Si ce n'est pas celle qu'on aimerait avoir, alors il faut communiquer différemment » [12].

2-1-3-5-2) Les motivations

Lorsqu'un adulte consulte pour un avis orthodontique, il a plusieurs sortes de motivations :

2-1-3-5-2-1) La motivation esthétique

En effet, dans la société actuelle, le « paraître » prime sur « l'être ». Les médias (télévision, revues, internet) approvisionnent une certaine culture de la beauté, parfois démesurée.

Or, la face, et en particulier le sourire sont des critères importants de cette beauté et peuvent parfois être corrélés avec une réussite sociale car ils conditionnent la communication avec les autres.

L'image de soi et les projets qui reprennent forme chez l'adulte sont des moteurs de demande esthétique chez ce patient [36].

2-1-3-5-2-2) Les motivations d'ordre fonctionnel

Il s'agit de **douleurs articulaires** ou de **troubles masticatoires**, avec pour origine une malocclusion, qui amènent le patient à consulter l'orthodontiste, souvent sur conseil d'un praticien (omnipraticien ou occlusodontiste) [36].

2-1-3-5-3) Les caractéristiques du traitement de l'adulte

Il y a, là encore, des spécificités de traitement que l'on ne retrouve pas ou peu chez le patient jeune :

2-1-3-5-3-1) Le besoin d'explications

Le patient adulte prend plus de recul sur ce qui lui est dit que l'enfant. Il pose beaucoup plus de questions, veut des renseignements sur tout : le déroulement du traitement, les dispositifs utilisés, les risques du traitement, le coût, le résultat final... Le praticien passe plus de temps à communiquer et la motivation doit être refaite à chaque rendez-vous [36].

2-1-3-5-3-2) La volonté d'un traitement esthétique et rapide

La plupart des adultes viennent chez l'orthodontiste dans un but esthétique : celui d'améliorer leur apparence. Il paraît donc évident que les dispositifs orthodontiques inesthétiques ne leur conviennent pas. Ainsi, un appareil multi-bagues vestibulaire n'est pas bien accepté à moins que le patient ne soit mis face à un sérieux problème : «vous risquez de perdre vos dents si on n'utilise pas cette thérapeutique ». Le désir d'un traitement de courte durée est aussi très présent pour les adultes.

Actuellement, l'orthodontie linguale, en plein essor, représente une solution d'avenir pour ces patients [36].

2-1-3-5-3-3) Une sensibilité à la douleur plus importante

Il a été prouvé que le seuil de résistance à la douleur est plus faible que chez l'enfant. Ainsi, l'adulte est beaucoup plus gêné au cours de la phonation, de la mastication et présente un parodonte plus fragile [36].

2-1-3-5-3-4) Une adaptation aux appareillages plus longue

La capacité d'adaptation d'un enfant est extraordinaire, ce qui n'est pas du tout la même chose chez l'adulte. Le praticien doit donc en tenir compte.

Après avoir développé la place du patient dans la relation de soins, nous allons nous attarder sur la place de ses parents [36].

2-1-4) Les parents

Les patients sont liés à leurs parents à plusieurs niveaux :

- Affectivement
- Ils sont influencés par eux
- Ils sont généralement sous leur responsabilité juridique et financière

De nombreux facteurs, concernant les parents, sont ainsi déterminants dans le déroulement du traitement. Ils sont à prendre en compte par le praticien qui doit les évaluer afin de positiver l'influence qu'ils auront sur le patient.

Nous allons tout d'abord développé trois classifications des différents comportements des parents :

- Celle de Garcia-Godoy (1986)
- Celle de Mc Donald et Avery (1987)
- Celle de Manara et Sapelli (1992)

Ce sont des classifications non exhaustives, car il arrive souvent que les parents présentent des caractéristiques pouvant appartenir à plusieurs catégories à la fois.

2-1-4-1) Les classifications

2-1-4-1-1) Classification de Garcia-Godoy (1986)

2-1-4-1-1-1) Les parents occupés

Ils ont beaucoup de choses à faire (travail, loisir) et sont souvent débordés. A tel point qu'ils n'accompagnent que rarement leur enfant lors des visites.

Ils peuvent être responsables du commencement tardif du traitement de leur enfant car ils n'ont pas eu l'occasion auparavant de prendre rendez-vous, cela même en ayant conscience de la nécessité d'un traitement.

L'enfant est donc livré à lui-même avec des parents peu impliqués. La réussite du traitement dépendra surtout de sa motivation et de son sérieux [25].

2-1-4-1-1-2) Les parents menteurs

Ce sont des parents qui préfèrent mentir à leur enfant plutôt que de leur dire la vérité, dans le but d'éviter le conflit ou le refus d'obéir. De ce fait, ils se dérobent à un rôle important: le dialogue avec leur enfant pour lui expliquer les raisons et la nécessité du traitement. Ils préfèrent déléguer cela au praticien.

Ainsi, ils mentent à l'enfant à propos du premier rendez-vous chez l'orthodontiste en prétextant qu'ils vont se promener. L'enfant est donc surpris en arrivant au cabinet mais n'a plus le choix [25].

2-1-4-1-1-3) Les parents qui grondent

Ils menacent leur enfant à propos de son comportement durant les soins qui vont avoir lieu. Certains sont même capables de lever la main sur leur enfant s'il n'est pas obéissant [25].

2-1-4-1-1-4) Les parents protecteurs

Ce sont des parents qui sont, en général, plus inquiets pour leur enfant que l'enfant lui-même.

Ils désirent que leur enfant reçoive le meilleur traitement possible.

Par contre, si pour quelque raison, celui-ci vient à pleurer, ils s'attristent de façon démesurée [25].

2-1-4-1-1-5) Les parents qui distraient

Ils veulent faire oublier le côté médical et négatif du traitement orthodontique et sont sans cesse à rechercher de divertissements, que ce soit sur le trajet menant vers le cabinet ou dans la salle d'attente [25].

2-1-4-1-1-6) Les parents coopérants

Ils sont les plus bienfaisants pour le traitement de leur enfant car ils sont conscients des contraintes que celui-ci nécessite et y ont bien préparé le jeune patient (hygiène, douleur, durée du traitement, visites régulières...). Ils facilitent ainsi le travail de l'orthodontiste [25].

2-1-4-1-1-7) Les tuteurs

Les enfants adoptés ont souvent des parents à la fois menteurs et protecteurs. Ils cachent en effet des informations au sujet de l'adoption dans le but de le protéger.

Pour compenser leur culpabilité et leur volonté de l'aimer autant, voire plus que leur propre enfant, ils font de lui « un enfant gâté » [25].

2-1-4-1-2) Classification de Mac Donald et Avery (1987)

2-1-4-1-2-1) Les parents négligents

C'est un comportement qui ne se voit pas forcément dès les premières consultations, mais plutôt au long terme.

On le remarque par :

- Des absences répétées aux rendez-vous
- Une mauvaise surveillance de l'hygiène bucco-dentaire de leur enfant
- Un oubli de modification des habitudes alimentaires, parfois nécessaire lors d'un traitement multi-bagues.
- Le fait qu'ils ne prennent pas de rendez-vous d'urgence si les élastiques se déchirent par exemple
- Des oublis d'activation de vérin

Par conséquent, c'est à l'enfant d'être sérieux et consciencieux afin que son traitement se déroule sans encombre.

Il faut, de ce fait, les guider dans le rôle qu'ils doivent jouer auprès de leur enfant, ceci, tout au long du traitement [44].

2-1-4-1-2-2) Les parents manipulateurs

Ce genre de parent a tendance à tout discuter :

- La prise de rendez-vous
- Le diagnostic de la dysmorphose
- Le traitement
- La prise de clichés radiographiques

Parfois, ces exigences sont abusives et le praticien doit alors régulariser la situation en gérant la présence des parents aux rendez-vous.

Il est nécessaire d'établir une discussion avec des explications appropriées à chaque circonstance [44].

2-1-4-1-2-3) Les parents hostiles

Cette agressivité peut avoir de multiples origines :

- La conséquence d'un manque de connaissances dans le domaine de l'orthodontie
- La conséquence d'une perception négative à l'encontre des professions de santé en général ou de l'orthodontie en particulier
- La conséquence d'un sentiment d'insécurité dans cet environnement étranger
- La peur du résultat esthétique qui sera irréversible
- Le fait de ne pas voir l'intérêt d'un traitement car les parents trouvent leur enfant naturellement beau

On voit donc bien que face à toutes ces situations, l'orthodontiste doit faire preuve de beaucoup de patience et de compréhension jusqu'à ce que les parents admettent la nécessité du traitement proposé.

Cependant, si la méfiance ou les questions persistent, le praticien doit évaluer s'il n'y a pas de problème sous-jacent qui n'a pas été abordé ou s'il n'y a pas un manque de communication.

Mener une discussion sincère avec ce type de parent donnera lieu à des réponses franches. Dans la plupart des cas, une relation sereine entre les parents et le praticien se développe après cet échange [44].

2-1-4-1-2-4) Les parents hyper protecteurs

Leur comportement révèle fréquemment un désir d'empêcher le développement naturel de leur progéniture vers son indépendance. Par exemple, ils insistent pour accompagner l'enfant sur le fauteuil, ceci, quelque soit son âge ou l'objet de la visite.

Là encore, cette attitude peut avoir plusieurs causes :

- Une complication lors de la grossesse de l'enfant ou de l'accouchement
- Les séquelles d'une éducation des parents dans un milieu dépourvu de chaleur et d'amour
- Un contexte conflictuel au sein même de la famille
- Certaines perturbations psychologiques des parents qui ont un besoin anormal de dépendance de leur enfant

Essayer de donner une ligne de conduite à ces parents n'arrange rien et dresse des barrières entre eux et l'équipe médicale. Il faut plutôt réussir à leur faire prendre conscience de l'inefficacité de leur méthode et à trouver eux-mêmes le bon comportement à adopter.

Le fait de mettre en avant l'absence d'appréhension de la part de l'enfant et la nécessité qu'il y a d'instaurer une relation de confiance en tête-à-tête entre le jeune patient et l'orthodontiste satisfait la plupart de ces parents [44].

2-1-4-1-3) Classification de Manara et Sapelli (1992)

2-1-4-1-3-1) Les parents passifs

Ce sont des parents qui délèguent énormément à l'orthodontiste, ceci, dès la première rencontre. Ils n'offrent jamais une participation active et transmettent cette attitude à leur enfant, l'empêchant ainsi d'affronter une expérience qui le ferait mûrir [42].

2-1-4-1-3-2) Les parents impatientes

Ils ne supportent pas d'attendre. Ils ne se font pas à l'idée que le traitement orthodontique puisse être aussi long et voudraient percevoir un résultat immédiat. « Ils voudraient tout, tout de suite ».

Ils s'irritent même du comportement de leur enfant et ne concèdent pas qu'il puisse appréhender l'orthodontiste. Cela rend encore plus difficile les efforts de l'enfant pour surmonter ses craintes [42].

2-1-4-1-3-3) Les parents anxieux

Ces parents sont, de façon générale, soucieux dans la vie quotidienne.

Leur anxiété peut avoir plusieurs origines :

- La peur de tout professionnel de santé en général, suite à de mauvaises expériences personnelles qu'ils revivent en s'identifiant à leur enfant
- Une appréhension d'un nouveau traitement quand il y a des antécédents de maladies concernant leur enfant et de ce fait, la culpabilité de lui infliger une nouvelle épreuve
- Une peur de résultat du traitement car on touche à l'intégrité de leur enfant [42]

2-1-4-1-3-4) Les parents protecteurs

Ce type de parents n'est pas facile à gérer. En effet, ils ont tendance à mettre leur enfant face à une dualité : d'un côté le parent qui est « gentil » et de l'autre côté le praticien « méchant » mais dont on a besoin pour faire le traitement.

De plus, ils vont tolérer tous les caprices de leur enfant et le consoler s'il pleure, même si la situation ne génère pas de réelle difficulté [42].

2-1-4-1-3-5) Les parents qui contrôlent

Il s'agit ici essentiellement de mères « bienfaitrices ». Elles souhaitent que leur enfant bénéficie du meilleur traitement possible, en compensation avec un traitement dont elles n'ont pas pu profiter durant leur jeunesse. Elles prennent donc rendez-vous souvent précocement et de manière spontanée pour ne pas « perdre de temps » [42].

2-1-4-1-3-6) Les parents agressifs

Ces parents font sans cesse des reproches au praticien, souvent sans fondements, concernant:

- Les malpositions dentaires de son enfant
- Leur carioréceptivité bien que l'hygiène bucco-dentaire soit bonne
- D'autres problèmes dont l'orthodontie n'est pas responsable

Cela établit un climat de malaise dans la relation entre les parents et le praticien et par conséquent, entre le praticien et l'enfant [42].

2-1-4-1-3-7) Les parents méfiants

Malgré les explications au début du traitement à propos du déroulement et du coût du traitement orthodontique, ils craignent de se faire abuser financièrement par le praticien et vont même jusqu'à douter de l'utilité du traitement [42].

L'orthodontiste doit savoir déterminer si les parents sont « aidants » ou « nuisibles » à la relation de soins.

A partir de ces trois classifications :

- Celle de Garcia-Godoy (1986)
- Celle de Mc Donald et Avery (1987)
- Celle de Manara et Sapelli (1992)

Nous pouvons alors établir un tableau récapitulatif des différents types de parents, leurs traits de caractère et leurs conséquences pour l'enfant.

| Types de parents | Traits de caractère et conséquences pour l'enfant |
|-------------------------|--|
|-------------------------|--|

| Personnalités positives pour l'enfant | |
|--|--|
| Parents Coopérants | Ils sont conscients de ce qu'il faut faire et encouragent leur enfant. |
| Parents Qui distraient | Ils essaient de détendre leur enfant en le faisant penser à autre chose. |

| Personnalités pouvant être nocives pour l'enfant | |
|---|---|
| Parents Occupés | Ils laissent leur enfant se gérer tout seul. |
| Parents Protecteurs et Hyper Protecteurs | Ils ont tendance à trop « couvrir » l'enfant et par conséquent, tolérer ses caprices. |
| Parents Passifs | Ils ne participent pas activement au traitement de leur enfant. |
| Parents Impatients | Ils ne supportent pas d'attendre et sont irrités si les rendez-vous durent trop longtemps. |
| Parents Anxieux | Ils ont peur pour beaucoup de choses et transmettent leur angoisse à l'enfant. |
| Parents qui Contrôlent | Ce sont souvent les mères très prévoyantes, parfois trop. |
| Parents Méfiants | Ils ne croient pas l'orthodontiste et ne facilitent pas l'établissement d'une relation de confiance entre celui-ci et l'enfant. |
| Tuteurs | Ils peuvent être parfois trop laxistes avec leur enfant. |

| Personnalités étant nocives pour l'enfant | |
|--|--|
| Parents menteurs | Ils ne sont pas francs avec leur enfant. Ils se défilent et délèguent beaucoup au praticien. |
| Parents qui Grondent | Ils veulent que leur enfant se comporte de manière exemplaire et le fâche s'il n'obéit pas. |
| Parents Négligents | Ils ne prennent pas le relais de l'orthodontiste à la maison et sont ainsi inutiles au bon déroulement du traitement |
| Parents Manipulateurs | Ils parlent sur tout et ne font pas confiance à l'orthodontiste. Ils sont parfois trop exigeants. |
| Parents Hostiles, Agressifs | Ils font beaucoup de reproches, remettent beaucoup en question ce qui est fait et créent ainsi un climat de malaise. |

Tableau n° 4 : Les différents types de parents

Après avoir décrit tous ces types de comportements parentaux, nous allons voir leur intervention dans le traitement de leur enfant et quel sont les véritables rôles des parents.

2-1-4-2) Les rôles des parents

« L'orthopédie dento-faciale nécessite une présence bienveillante des parents pour aider l'enfant à assumer la contrainte que le traitement orthodontique représente et à accepter un certain déplaisir momentané » [34].

2-1-4-2-1) La prise de décision du traitement

Prendre la décision de traitement pour un patient jeune survient tous les jours au cabinet d'orthodontie. Ce sont les parents, en général, qui adoptent ce choix pour leur enfant mineur, à l'aide des conseils de l'orthodontiste. Ils agissent ainsi dans son intérêt. Ils doivent, par conséquent, être bien informés.

A mesure que l'enfant mûrit, la participation des parents dans la prise de décision devient plus complexe. En effet, ils doivent estimer ce qui est le mieux tout en écoutant avec attention les désirs de l'enfant.

Bien sûr, un enfant ne devient pas tout à coup compétent et prêt à prendre des décisions autonomes. Sa capacité de choix évolue en synchronisation avec son âge, ses fonctions cognitives et émotionnelles, ses expériences personnelles [81].

Selon Piaget :

- Entre 2 et 6 ans : il s'agit du stade de prélogique
- Entre 7 et 10 ans : celui du stade logique concret
- Entre 11 et 14 ans, nous développons la capacité de raisonner abstraitement, de comprendre et de prédire les conséquences futures d'une action
- A partir de 15 ans, les capacités cognitives de l'adolescent sont à peu près équivalentes à celles d'un adulte.

C'est pourquoi les parents doivent essayer d'obtenir l'accord de leur enfant dès que cela est possible. De plus, en orthodontie, il est très important d'impliquer le patient dans les décisions prises car cela facilite la coopération, essentielle au traitement [54].

2-1-4-2-2) L'accompagnement de l'enfant

Des études ont révélé que les parents ont une profonde influence sur la coopération de leur enfant au cours des premières étapes du traitement, mais également plus tardivement, où elle est largement liée à leur motivation et leurs désirs.

Kreit a même conclu qu'une relation parent-patient très pauvre est le facteur qui ressort le plus chez les patients considérés comme non coopérants [56].

Selon Mehra et Nanda (1998), parmi les 10 indicateurs de coopération des patients, on retrouve :

- La relation **parent**/enfant
- La relation **parent**/praticien
- La maintenance d'une bonne hygiène bucco-dentaire, et, par conséquent, un contrôle régulier à domicile par les **parents**
- La ponctualité aux rendez-vous, dépendante des **parents** pour les jeunes patients
- Le désir et l'intérêt des **parents** au traitement

On voit donc qu'ils jouent un rôle très important et l'orthodontiste doit aussi bien éduquer le patient que ses parents dans la conduite à tenir tout au long du traitement.

Ils doivent aider leur enfant à suivre ces instructions :

- Restriction de l'alimentation
- Maintien d'une bonne santé bucco-dentaire
- Porter les appareils ou les ajuster régulièrement
- Venir régulièrement aux rendez-vous prévus

Pour toutes ces raisons, les parents doivent être conscients de leur responsabilité dans le traitement avant même son commencement [52].

2-1-4-2-3) Le financement du traitement

Bien entendu, le traitement orthodontique exige des honoraires qui ne sont pas négligeables et qui peuvent représenter un véritable obstacle à la réalisation de celui-ci.

Comme nous l'avons déjà précisé auparavant, la plupart des patients en orthodontie sont des jeunes. De ce fait, ce sont leurs parents (ou tuteurs) qui assurent le règlement du traitement pour ces mineurs. L'argent prend ainsi une part importante dans la relation parent-praticien.

Parfois, l'investissement dans ce type de traitement représente un réel sacrifice de la famille pour l'enfant, destiné à optimiser sa réussite sociale future. Dans ce contexte, le traitement

sera bien souvent pris plus au sérieux et l'influence des parents sur la coopération sera renforcée [73].

Malgré tout, le coût reste l'une des raisons pour lesquelles le traitement ne peut pas être amorcé, d'autant plus lorsque les parents ne discernent pas un intérêt indiscutable pour cette thérapeutique. La communication entre le praticien et les parents est alors fondamentale afin que celui-ci leur transmette l'importance du traitement orthodontique et en fasse à leurs yeux une nécessité.

2-1-4-3) La place des parents dans la relation triadique

En orthodontie, la relation de soins se présente comme une relation à trois : on parle de *relation triadique*.

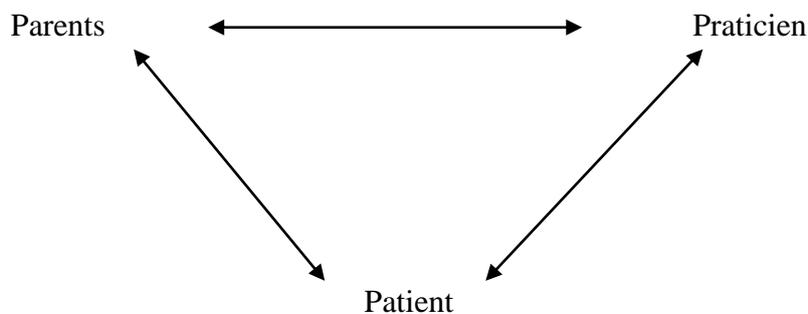


Figure n° 7: La relation triadique, They-Hugly (1996)

Les parents en font partie et sont ainsi, de réels acteurs dans la relation de soins, au même titre que le patient lui-même et l'orthodontiste. Chacun de ces protagonistes interfèrent, par conséquent, sur les autres [77].

Il y a différents types de relations possibles :

2-1-4-3-1) Parents et enfant en accord avec le traitement

Les parents et l'enfant sont en accord:

- Avec le praticien
- Entre eux

Il s'agit du cas de figure le plus courant et le plus idéal pour l'orthodontiste [77].

2-1-4-3-2) Parents et enfant opposés au traitement

Ici, c'est la situation inverse à la précédente :

- Les parents sont opposés à l'orthodontiste
- L'enfant refuse le traitement

Le praticien ne peut, dans tous les cas, débiter un traitement dans ces conditions car celui-ci sera voué à l'échec. Il faut donc savoir dialoguer dès le départ afin d'apporter le plus d'explications et de preuves quand à la nécessité du traitement [77].

2-1-4-3-3) Enfant en opposition avec le traitement

L'enfant peut être contre le traitement pour plusieurs raisons :

- 1) Il est en conflit avec ses parents et ne veut pas du traitement, bien qu'il en soit conscient de sa nécessité, car c'est le désir de ses parents. Cela arrive le plus souvent au moment de l'adolescence où s'ajoute le désir d'émancipation du jeune. On doit évaluer la capacité du patient à se laisser convaincre et surtout essayer de le traiter comme un adulte. Ainsi, il se sentira responsabilisé et le fait d'avoir à faire un choix l'amènera très souvent à prendre la bonne décision.
- 2) Il cherche à s'identifier à un groupe de copains et a un besoin de se sentir aimé et reconnu. Il s'imagine que porter un appareil va le freiner dans cet objectif. On peut donc jouer sur ce désir d'être apprécié en montrant la répulsion que peut inspirer une bouche avec une mauvaise hygiène et des dents « de travers ».

Dans tous les cas, si le refus de traitement est tel qu'il risque de compromettre le résultat du traitement, il est préférable d'en avertir les parents, de modifier le plan de traitement voire même de ne pas traiter du tout [77].

2-1-4-3-4) Les parents opposés

Ils peuvent montrer une objection :

- 1) Au traitement même :

Cela peut refléter une méfiance vis-à-vis d'une éventuelle chirurgie ou du traitement proposé. Bien plus souvent qu'il n'en paraît, les parents ont un sentiment, conscient ou

non, de culpabilité d'avoir donné naissance à un enfant qui a un problème dentaire l'obligeant à se faire soigner.

2) A l'orthodontiste :

Ce conflit est souvent lié à une recherche d'autorité et de pouvoir affectif. En effet, il faut bien faire une distinction dès le départ :

- Les parents ont un pouvoir légal et affectif sur leur enfant
- L'orthodontiste a le pouvoir de soigner et très souvent un pouvoir affectif différent mais réel, qui ne se substitue en aucun cas à celui des parents

3) Qui n'est pas flagrante mais qui se ressent par une négligence du traitement de leur enfant (pas de surveillance de l'hygiène, pas d'intérêt porté au traitement...)

4) Liée à des problèmes matériels (honoraires, horaires de rendez-vous...). Le patient ne doit pas être impliqué dans ces incidents afin que cela n'interfère pas dans la relation qu'il a avec son orthodontiste [77]

2-1-4-3-5) Les parents opposés entre eux

De nos jours, de plus en plus de parents sont séparés ou divorcés et ne sont pas forcément en accord dans les décisions qu'ils prennent pour leur enfant. La relation triadique devient alors quadrangulaire. La décision de traitement revient cependant au parent qui a la garde de l'enfant.

2-1-4-3-6) Le cas particulier de la mère

« Tout défaut physique de l'enfant, même minime, atteint la mère sur un plan narcissique et toute dévalorisation est ressentie par elle comme une atteinte à sa propre personne. Si bien qu'impliquée libidinalement et narcissiquement, elle ne dira ni ne va tout. Elle est frustrée car son enfant ne la valorise pas autant qu'elle l'avait rêvé et culpabilise d'avoir « raté » sa progéniture » [34].

Quand la question du pourquoi du traitement orthodontique leur est posée, elle répond sans hésitations :

- « C'est pour lui/elle plus tard ! »
- « C'est pour qu'il/elle ne me reproche pas plus tard de ne pas l'avoir fait soigner ! »

De plus, le champ d'activité de l'orthodontie se situe dans la région oro-faciale, maillon initial de la chaîne affective de l'enfant avec sa mère [75].

Ainsi, la personnalité de la mère va avoir une influence notable au cours du traitement orthodontique.

Au début du traitement, souvent l'enfant est assez jeune et ne consulte pas de son plein gré, mais est conduit à la consultation par sa mère. Il est assez fréquent que cette même personne n'ait donné aucune explication sur le motif de consultation à son enfant.

La plupart des auteurs s'accordent à dire que la présence des parents, et donc souvent la mère, est indispensable lors de la première consultation afin d'expliquer le déroulement du traitement.

En revanche, au cours du traitement, elle n'est généralement pas souhaitée à l'intérieur du cabinet ; l'accompagnant apporte rarement son aide au praticien, mais projette inconsciemment ses propres angoisses par ses paroles et agit le plus souvent comme un agent renforçateur des craintes de l'enfant.

De plus, en sa présence, l'enfant devient passif alors que seul face au praticien, il se sent responsabilisé et s'ouvre plus. Le praticien ne doit pas oublier qu'en orthodontie, la relation de soin est triadique, mais « la relation de confiance s'établit à deux » [23].

Sa présence à ses côtés tout au long du traitement est cependant nécessaire pour l'aider à surmonter cet effort, qui n'est pas anodin.

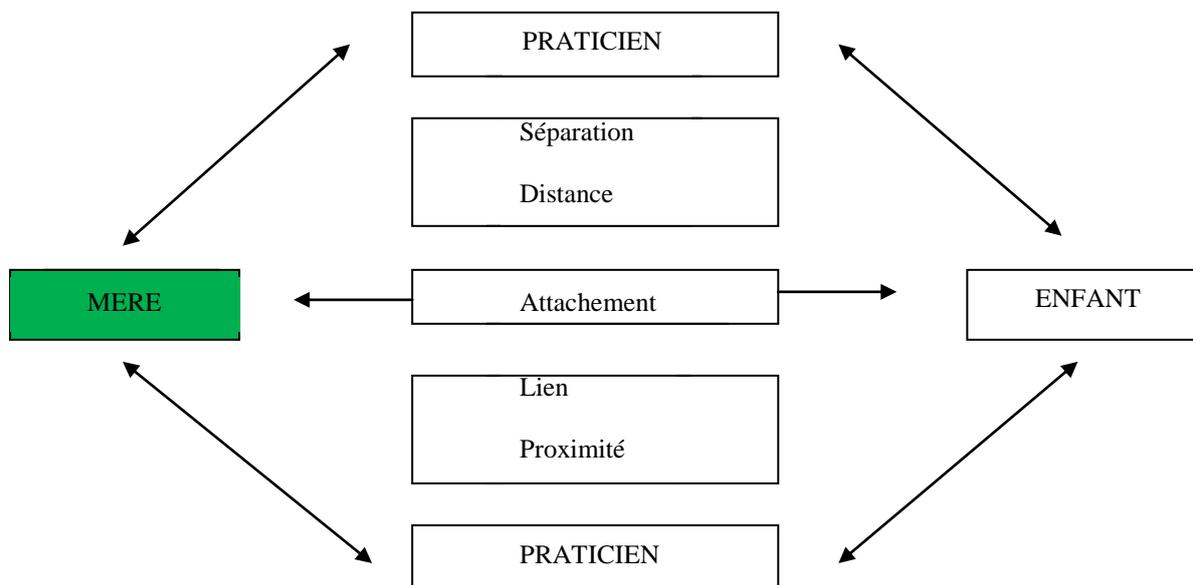


Figure n° 8: La relation triadique en présence de la mère, Wolikow et Adam (2001)

Le **praticien** adapte son comportement :

- Centré sur **l'enfant**
- Dans une **proximité** respectant **l'attachement** avec la mère

La position de la **mère** en cours de soin est cadrée tout en respectant le **lien** symbolique:

- Il ne doit pas y avoir de **séparation** mais une **distance**, un certain éloignement

2-1-4-3-7) Le père

En 1983, Jung-Nafziger écrit « le père est très souvent l'éternel absent du cabinet orthodontique; cette absence n'exclut d'ailleurs pas son influence. »

20 ans plus tard, cela a un peu évolué car les familles monoparentales sont de plus en plus présentes. Cependant, l'accompagnateur principal de l'enfant reste toujours la maman.

2-1-4-3-8) Les parents divorcés ou séparés

Il y a deux cas de figure possible :

- Soit les parents sont séparés depuis un long moment et l'enfant s'est acclimaté de cette situation, alors on peut envisager un traitement sans trop d'encombres, à condition que les deux parents soient bien informés, d'accord et prêts à aider leur enfant chacun de leur côté.
- Si la séparation ou le divorce survient en cours de traitement, il vaut parfois mieux l'interrompre afin d'éviter une situation qui pourrait conduire à un échec [14].

2-1-5) Le praticien

L'orthodontie a subi une certaine évolution depuis quelques années passant :

- De l'image du dentiste « arracheur de dent » d'autrefois
- A la discipline d'aujourd'hui qui permet de redonner un beau sourire et participe à embellir une personne

De nos jours, pouvoir consulter et être pris en charge par un orthodontiste est le symbole d'une certaine réussite sociale [60].

Selon Lebovici et Soule (1977), l'orthodontiste a le désir de faire ce métier pour plusieurs raisons :

- « Une *identification à l'enfant* avec toutes les satisfactions et le sentiment de toute puissance qu'elle procure.
- Une impression de *jouer le rôle d'un bon père ou d'une bonne mère* en soignant un enfant diminué, qui réalise en quelque sorte la revanche de l'enfant faible et démuné que chacun de nous a été devant ses aînés.
- Le *plaisir* que le praticien trouve dans le contact physique avec le patient jeune, recherche souvent refoulée et demeurée inconsciente. »

Nous allons, là encore, détailler une classification des différents types d'orthodontiste.

2-1-5-1) Les différents types d'orthodontistes

2-1-5-1-1) L'orthodontiste compétent

Il connaît très bien son domaine de compétence mais également ses limites. Il n'hésite pas à demander des avis à des confrères spécialisés dans d'autres disciplines (chirurgie maxillo-faciale) afin de prévoir un plan de traitement adapté et cohérent [25].

2-1-5-1-2) L'orthodontiste comique

Il ressent le besoin de divertir ses patients lors des consultations et n'hésite pas à métamorphoser son cabinet en « cirque ».

Il faut faire attention à ne pas tomber dans l'extrême [25].

2-1-5-1-3) L'orthodontiste qui maternelle

Il ne responsabilise pas assez l'enfant car il utilise un langage inadapté, trop infantile. Il essaie de se substituer au rôle des parents [25].

2-1-5-1-4) L'orthodontiste sensible

Il fait tout pour être le plus délicat possible avec l'enfant et a très peur de faire souffrir le patient [25].

2-1-5-1-5) L'orthodontiste craintif

Il a peur d'effectuer certains actes qu'il a l'impression de ne pas maîtriser. Il doute énormément de lui-même. Ca peut être très handicapant car c'est une pression en plus au quotidien [25].

2-1-5-1-6) L'orthodontiste mal organisé

Il va rendre le traitement encore plus long qu'il ne l'est déjà. Cela peut induire un mécontentement des parents et du patient, avec pour conséquence importante, une baisse de confiance et de coopération [25].

2-1-5-1-7) L'orthodontiste autoritaire

Il n'aime pas être dirigé et va très mal supporter les enfants non coopérants. Pour lui, un traitement est possible pour tout le monde et il ne va pas prendre le temps d'analyser le caractère de chaque patient et son environnement afin de savoir si une thérapeutique est envisageable [25].

| Types d'orthodontistes | Traits de caractère |
|--|---|
| Personnalités positives pour l'enfant | |
| Orthodontiste Compétent | Il a conscience de ce qu'il sait faire mais aussi de ce dont il n'est pas capable. Il met en confiance son patient. |
| Orthodontiste Comique | Il cherche à divertir son patient pour le mettre à l'aise. |
| Personnalités pouvant nuire à l'enfant | |
| Orthodontiste Qui Materne | Il parle avec son patient de manière très puéril, cela ne convient pas toujours au type de patient qu'il a en face de lui. |
| Orthodontiste Sensible | Il est très protecteur et ne redoute qu'une chose : faire mal à son patient |
| Orthodontiste Craintif | Il a peur de ce qu'il ne sait pas faire et doute beaucoup de lui. |
| Personnalités étant nocives pour l'enfant | |
| Orthodontiste Mal Organisé | Son côté désordonné peut être mal perçu par le patient et ses parents. Il risque par ailleurs de rallonger la durée du traitement par sa mauvaise coordination. |
| Orthodontiste Autoritaire | Il n'aime pas qu'on ne lui obéisse pas et ne supporte pas les enfants qui ne coopèrent pas. |

Tableau n° 5: Les différents types d'orthodontistes

Ce tableau représente un résumé de la classification des orthodontistes élaborée par Garcia-Godoy (1986).

On voit bien qu'il y a des caractères très différents, même chez les praticiens. Mais dans tous les cas, l'orthodontiste doit posséder une sensibilité psychologique particulière, lui permettant de cerner la personnalité de son jeune patient et de se mettre sur la « même longueur d'onde » [44].

2-1-5-2) Ses comportements

Le praticien doit observer et évaluer son patient dans sa totalité avant de débiter n'importe quel traitement.

Bien qu'il soit pourvu de **connaissances** scientifiques et de **documentation** (examen clinique, téléradiographies, mensurations, analyses, prévisions...) afin d'étudier la dysmorphose de l'enfant, on peut regretter qu'il le soit beaucoup moins pour ce qui est de **l'analyse psychologique** et de **l'étude du comportement** de l'être humain, part importante dans nos traitements.

Il se contente souvent d'une évaluation rapide, basée sur son expérience, associée à une certaine intuition et attribue à la hâte « une étiquette au jeune patient » [75].

2-1-5-2-1) Transfert et contre-transfert

Il s'agit de la base psychologique de la relation praticien/patient. Le patient va projeter, soit de façon consciente, soit de façon inconsciente, ses impressions émotionnelles sur l'orthodontiste qu'il va assimiler à ses parents : ce phénomène s'appelle le **Transfert** et est extrêmement puissant.

- Dans le cadre d'un transfert positif, le patient se sent rassuré par la présence de l'orthodontiste, il l'apprécie et désire lui plaire. Il met en œuvre un comportement positif, ce qui va représenter un formidable levier thérapeutique et un gage de succès pour le traitement [75]. Le praticien, de son côté, va trouver là une relation gratifiante dont il retire ses succès.
- Dans le cadre d'un transfert négatif, « le patient projette ses peurs et rend le praticien responsable des ses difficultés. Cela se traduit par un comportement revendicateur ; le patient se méfie et s'oppose aux conseils l'orthodontiste. Il est souvent provocateur afin d'engendrer une réaction agressive du praticien. Le patient peut ainsi se convaincre que c'est bien l'autre qui est source de la menace » [19]. Ce comportement, le plus problématique de nos patients, peut, de ce fait, très vite aboutir à un échec du traitement, à moins que l'orthodontiste alerté ne sache à temps renverser la situation.

L'orthodontiste peut répliquer en projetant à son tour ses propres charges et expériences affectives sur le patient : il s'agit du **Contre-transfert** [75].

2-1-5-2-2) Empathie et affirmation de soi

Pour être efficace, le praticien doit s'adapter à tous types de patients dans toutes les conjonctures cliniques possibles.

Cette adaptation doit se faire dans deux dimensions :

- La dimension de « **l'empathie** », c'est-à-dire la capacité de comprendre et gérer les émotions du patient et de son entourage
- La dimension de « **l'affirmation de soi** », c'est-à-dire la capacité d'agir en tenant compte de ses propres intérêts tout en respectant ceux du patient [77]

2-1-5-2-2-1) L'empathie

Elle se définit par la faculté de s'identifier à son interlocuteur. C'est une des bases de la coopération efficace.

Pour être empathique, il faut réussir à discerner et à comprendre les sentiments de la personne avec qui nous nous entretenons, non seulement selon notre propre système de référence mais aussi selon celui de notre interlocuteur.

Ensuite, cette compréhension doit être manifestée par des reformulations (feed-back), des questions adaptées à la sensibilité du patient et des comportements qui vont l'inciter à se révéler dans un climat de confiance.

Cette comportement a, de ce fait, pour objectif d'établir une relation de confiance et nécessite, de la part du praticien, une authenticité et une attitude de respect [46].

2-1-5-2-2-2) L'affirmation de soi

S'affirmer, c'est adopter un comportement qui n'est, ni passif, ni agressif. Il s'agit juste d'énoncer franchement ce que l'on pense, ce que l'on ressent et ce que l'on désire tout en tenant compte de ce que l'autre pense, ressent et désire. C'est également agir dans ses propres intérêts et respecter ses droits, sans porter atteinte à ceux des autres [77].

Ce comportement est :

- Efficace
- Le plus rentable dans les relations avec les autres
- Le plus agréable sur le plan émotionnel

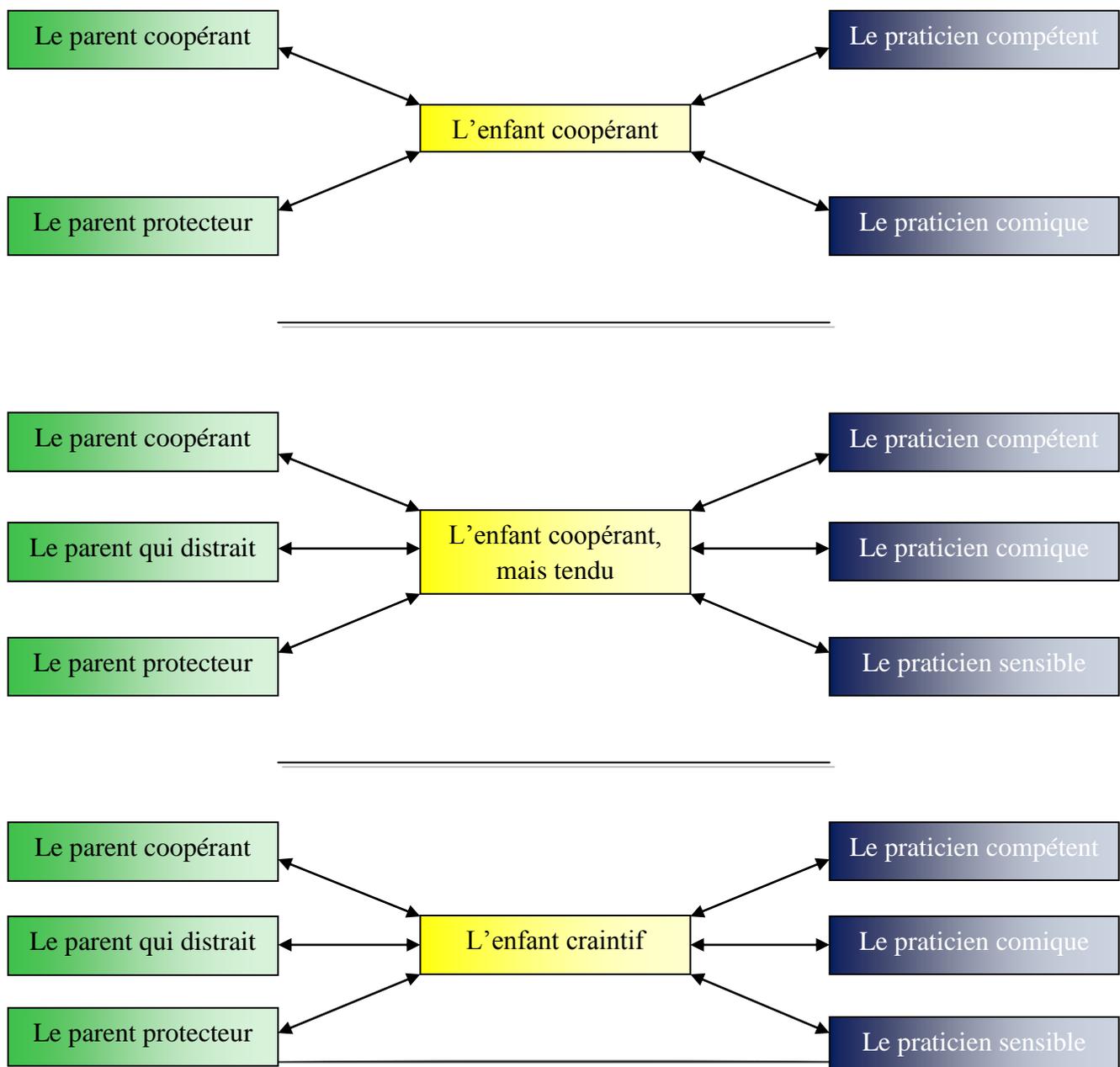
Ce procédé a plusieurs caractéristiques :

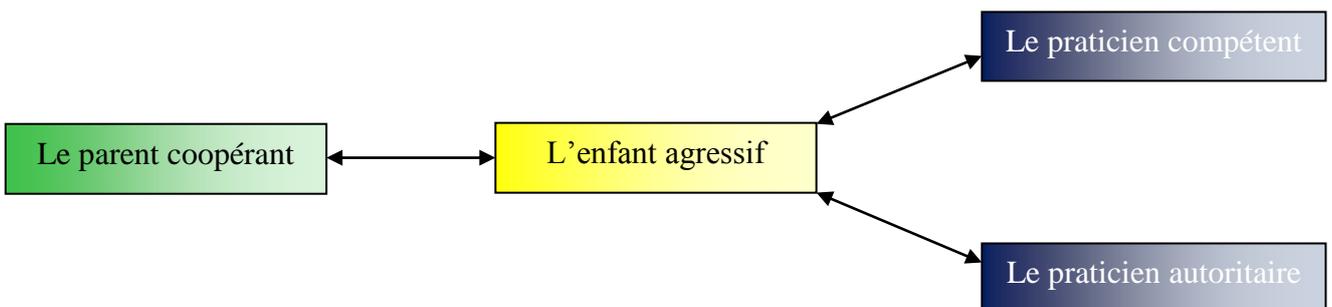
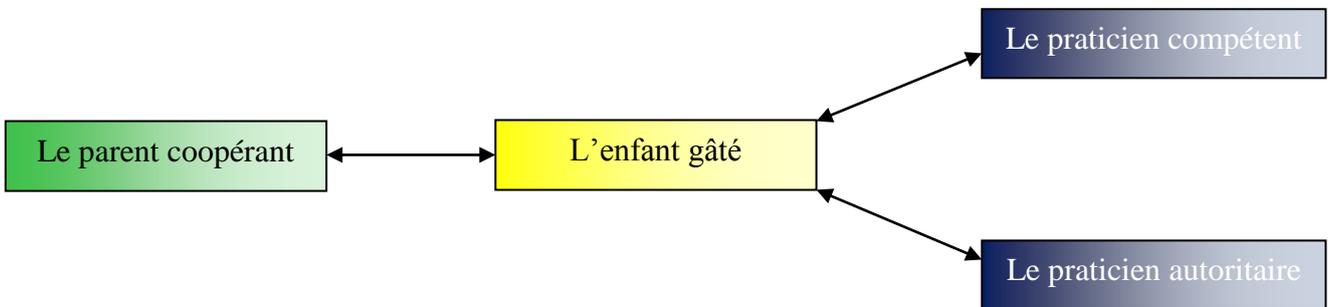
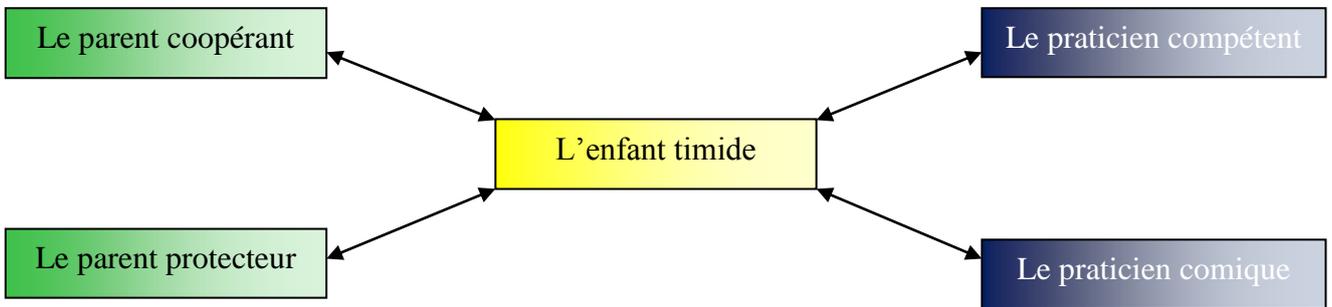
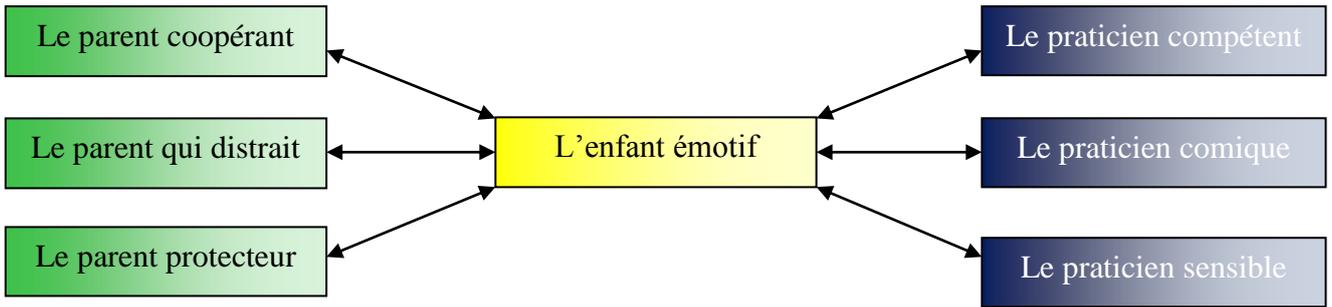
- 1) *L'implication de soi* : il vaut mieux dire « Je ne suis pas très content de la façon dont tu te brosses les dents » plutôt que « Tu brosses mal » ou « Ton brossage n'est pas efficace ».
- 2) *Respecter l'autre* et lui montrer que l'on a *compris ce qu'il ressent* : « Je comprends que cette première étape du traitement a été difficile pour toi » révèle une grande qualité d'écoute et une empathie ; cela permet également de dissiper toute forme d'agressivité.
- 3) *Savoir poursuivre ses objectifs* [77]

2-1-6) Les diverses associations possibles

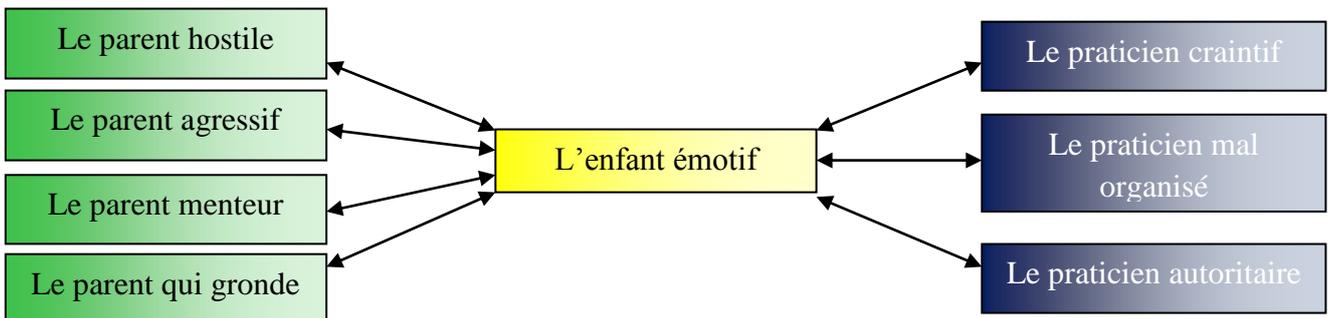
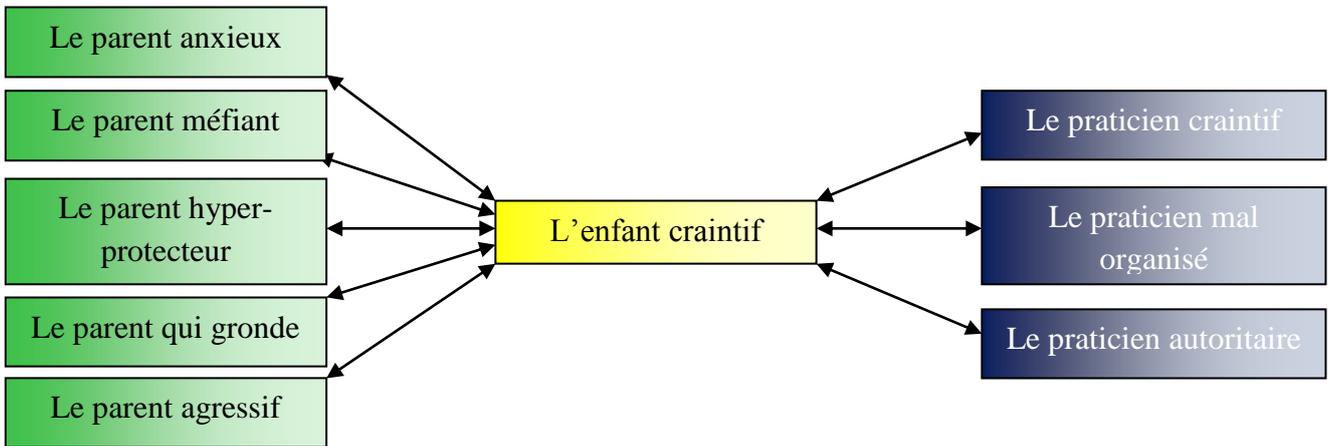
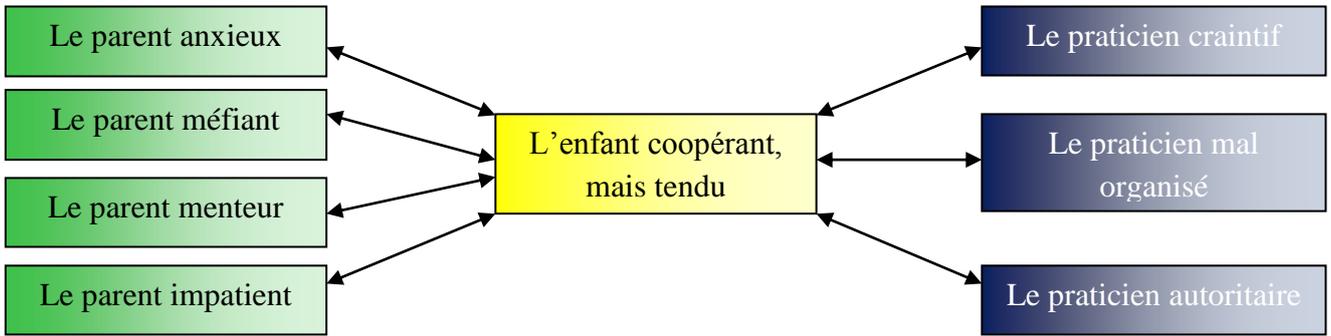
Nous avons évoqué plusieurs classifications des principaux acteurs de la relation orthodontique, à savoir, les enfants, les parents et l'orthodontiste. Il en ressort des caractères similaires et d'autres, très divergents. Nous allons, de ce fait, essayer d'établir diverses associations qui seraient, d'une part idéales et d'autre part impossibles pour le bon déroulement du traitement.

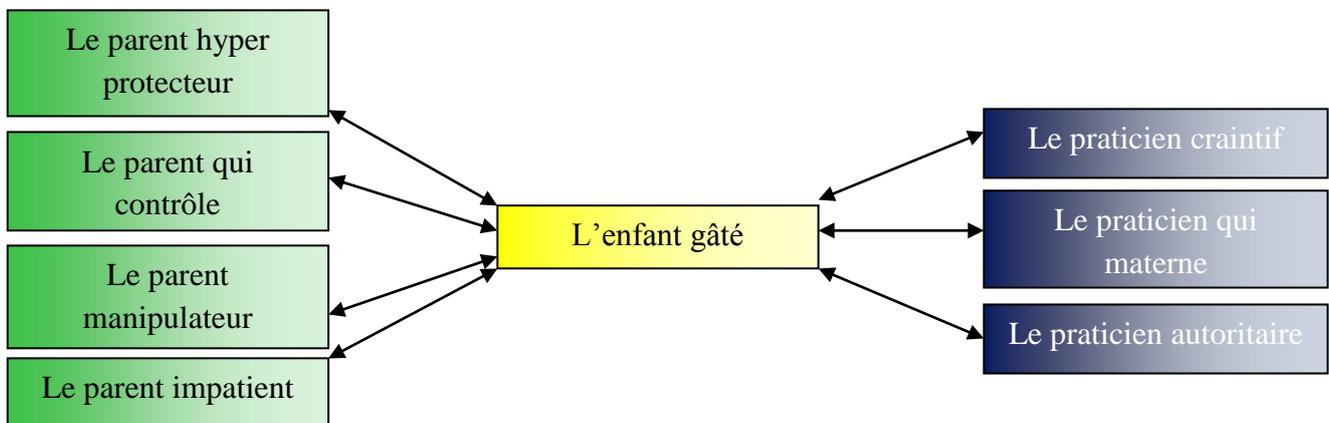
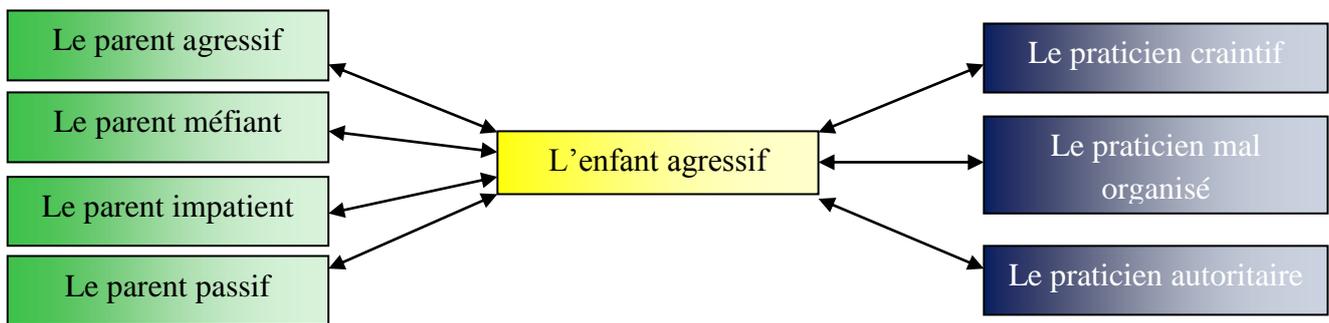
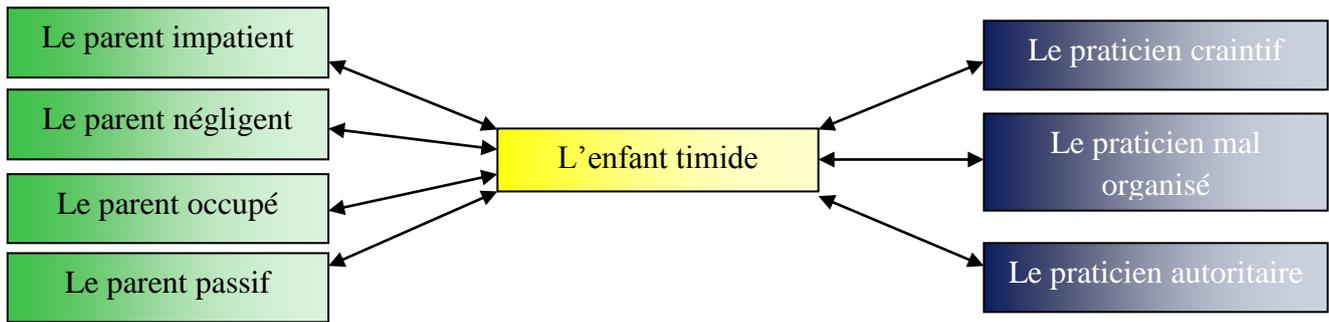
2-1-6-1) Les associations idéales





2-1-6-2) Les associations impossibles





Après avoir décrit les principaux acteurs du cabinet d'orthopédie dento-faciale et les interrelations qui pourraient exister entre eux, nous allons à présent développer la communication, à proprement parlé, au cours du traitement orthodontique.

2-2) Information et éducation des patients

L'orthodontiste doit aborder plusieurs sujets avec son patient à tout moment du traitement. Nous n'allons pas rentrer dans les détails de chaque étape mais plutôt parler de la communication nécessaire à chaque propos.

2-2-1) L'explication de la dysmorphose

Le patient, et le plus souvent ses parents, ont besoin d'être rassurés et d'être au courant de ce qui se passe. S'ils ne sont pas informés, ils se posent beaucoup de questions et s'imaginent souvent le pire. Ce défaut d'information peut devenir un obstacle au traitement. C'est pourquoi le praticien, outre le fait d'établir un diagnostic et une thérapeutique, doit expliquer au patient et à ses parents :

- La dysmorphose qui se présente, sa sévérité et ses causes possibles
- Les différents traitements possibles, avec leurs bénéfices et leurs risques
- Le déroulement du traitement envisagé avec toutes les exigences qu'il requiert
- Le résultat attendu, sous réserve de sa coopération et des risques possibles

Cette étape demande beaucoup de temps, mais cela n'est jamais du « temps de perdu ». Cette consultation est une phase essentielle dans n'importe quel traitement [22].

Il y a plusieurs supports qui permettent l'exposition de tout cela.

2-2-1-1) Présentation par les moulages

Afin d'obtenir des moulages en plâtre, il faut réaliser des empreintes.

La prise d'empreinte est synonyme de panique, car dans la bouche étroite d'un enfant se trouve soudain une substance au goût et à la texture inconnue, qui donne l'impression de couler dans la gorge.

Cette étape est souvent difficile pour l'enfant et nécessite une compétence du praticien. Il y a une démarche particulière qu'il convient de suivre :

- 1) Expliquer le déroulement de l'intervention en montrant :
 - le porte-empreinte
 - le matériau à empreinte (couleur, odeur...)

- 2) Simuler l'opération en mettant le porte-empreinte sans matériau en bouche, et expliquer comment respirer par le nez
- 3) Puis réaliser l'empreinte. Au cours de la prise, le patient ne doit pas rester, ni se sentir seul. Le praticien doit l'accompagner en lui montrant sa présence à ses côtés, en l'encourageant et en lui parlant de façon très apaisante.

Les empreintes permettent ensuite d'avoir une reproduction de la dentition de l'enfant sous forme de moulages en plâtre.

A partir de ces moulages, l'orthodontiste peut donner des explications sur la dysmorphose du patient en 3D et le traitement envisagé. L'enfant et ses parents peuvent également tenir les moulages en mains propres et les observer sous toutes leurs formes.

Le praticien peut, par ailleurs, monter ces moulages sur un articulateur afin de simuler les mouvements dans l'espace et la thérapeutique prévue.

2-2-1-2) Présentation par les radiographies

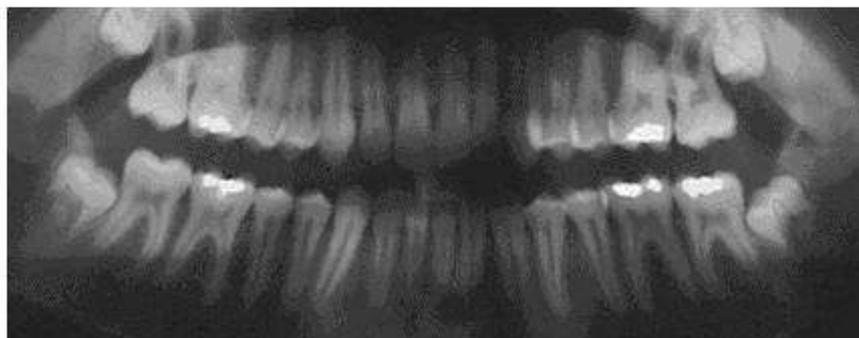
Il y a plusieurs types de radiographies nécessaires au diagnostic, mais aussi à l'explication au patient :

2-2-1-2-1) La radiographie panoramique



Avant

Après



Radiographies d'Orthofree.fr

Elle permet d'avoir une vision globale de toutes les dents et des structures adjacentes proches. Le praticien peut ainsi montrer au patient et à ses parents l'inclinaison des dents et de leurs racines, la présence d'une canine incluse ou encore un manque de place pour l'éruption d'une ou plusieurs dent.

2-2-1-2-2) La téléradiographie de profil

C'est un outil de communication très complet pour la compréhension du patient. Celui-ci peut visualiser sur cette radio ses dents, ses tissus durs et mous et comprendre pourquoi, lorsque les bases osseuses seront modifiées, son profil changera en corrélation.

Il est intéressant de superposer les photographies de profil à cette radiographie car elles sont complémentaires. Les prévisions de croissance peuvent être aussi exposées à ce moment, afin que le patient voie concrètement les modifications qui vont avoir lieu.

Avant



Après



Radiographies d'Orthofree.fr

2-2-1-2-3) Autres radiographies

Il s'agit des radiographies rétro-alvéolaires et de la téléradiographie de face qui sont aussi exploitables pour la communication des informations au patient. Rien que le fait d'expliquer comment une dent est faite est intéressant.

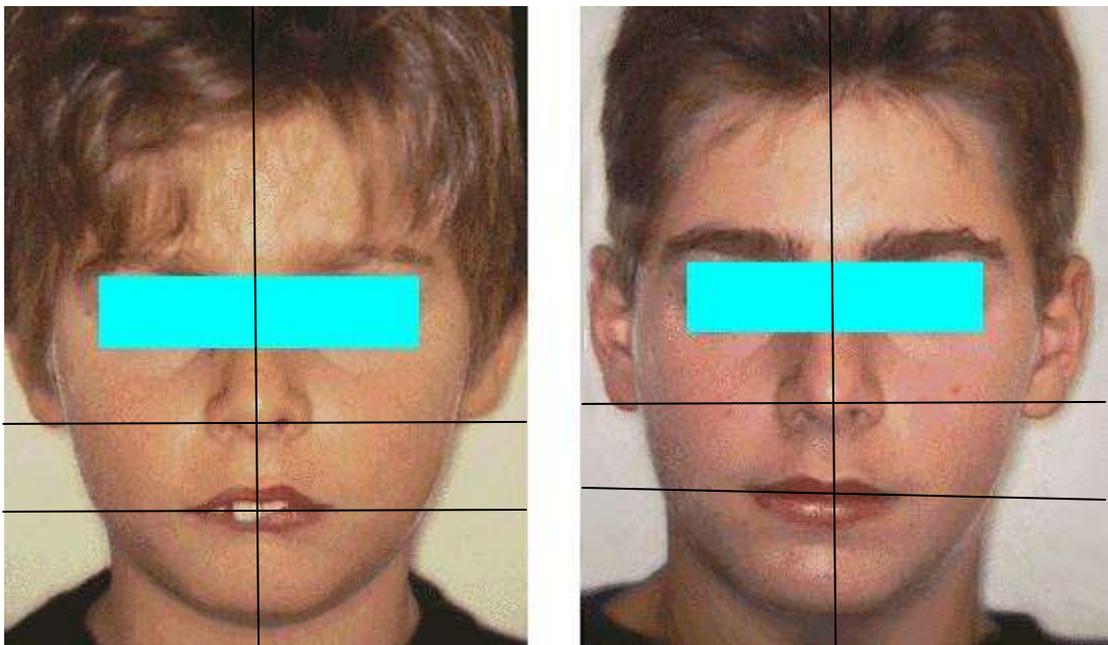
2-2-1-3) Présentation par les photographies

Outre le fait que les photos soient de bonnes preuves de l'état clinique initial et un bon moyen de comparaison avec l'état final, elles représentent un excellent moyen de communication, très clair, tant pour le patient que pour ses parents.

L'orthodontiste peut prendre des photographies :

2-2-1-3-1) Du visage (de face, de profil)

Elles permettent au praticien de présenter au patient, à l'aide notamment du tracé des lignes de la face (bi-pupillaire, bi-narinaire, bi-commissurale...) les asymétries possibles, le sourire. La photographie de profil expose un éventuel décalage maxillaire-mandibule : le praticien peut alors dire au patient « le menton est trop en arrière », par exemple.



De face : Photographies d'Orthofree.fr



De profil : Photographies d'Orthofree.fr

2-2-1-3-2) Des dents (maxillaires, mandibulaires, et des arcades en occlusion)

Elles permettent de montrer la forme et l'état des dents, leur engrenement mais également l'état de santé des gencives, ce qui peut faciliter l'éducation à l'hygiène.



Des dents : Photographies d'Orthofree.fr

Le praticien peut également montrer des photographies avant/après d'autres patients ayant été dans le même cas afin qu'il se rende compte que des personnes ayant eu la même pathologie que lui ont retrouvé un profil harmonieux et un beau sourire.

Il existe même aujourd'hui des techniques de visualisation en 3D des résultats de traitement, beaucoup plus précises que les photographies classiques. Et le relief est très important en orthodontie surtout quand il s'agit du profil [50].

2-2-1-4) Présentation par des dispositifs informatiques

Dans la société actuelle, et notamment en orthodontie, de nouveaux moyens et supports de communication ont vu le jour, surtout au niveau de l'informatique. On trouve ainsi des CD-Rom de communication et des logiciels de « morphing ». Ce sont des outils attractifs et dynamiques, mais qui nécessitent la présence d'une salle d'audio-visuel au sein du cabinet d'orthodontie [37].

2-2-1-4-1) Les CD-Rom

La thèse d'Arfi-Berrebi publiée en 2003, répertorie, de façon non exhaustive, les différents CD-Rom utilisés en orthodontie. :

- Orthoview®, diffusé par Ormodent
- Interact-cases®, diffusé par Ormodent
- Orthomation®, diffusé par SOF-GAC
- La prévention en action®, diffusé par l'UFSBD
- Touts savoir sur l'orthodontie®, diffusé par Orthonet
- Les dents bougent®, diffusé par Orthoplus

2-2-1-4-1-1) Avantages

- 1) Ce genre de CD-Rom est un réel **outil de communication** car il permet de montrer en images :
 - Les différents appareillages orthodontiques et leur mode d'action
 - Les principaux objectifs orthodontiques : esthétique, fonctionnel et maintenance d'une bonne hygiène

- Les actes impressionnants comme des opérations chirurgicales, de façon rassurante
 - Des cas cliniques avec des photographies avant/après
- 2) Les patients, et surtout leurs parents, expriment ainsi moins de contestation financière sur les honoraires, car ils ont conscience de la complexité et des moyens technologiques mis en œuvre pendant le traitement
 - 3) Il y a moins de problème lors de l'introduction des forces extra-orales ou des tractions intermaxillaires car ce besoin a été expliqué, compris et accepté avant le commencement du traitement
 - 4) Les assistantes qui connaissent ainsi l'intérêt, les contraintes et les conditions d'utilisation des tous les dispositifs utilisés, savent quel rendez vous donner en cas d'urgence pour tel ou tel appareil
 - 5) Ces dispositifs contribuent à détendre le praticien lors de l'étape de l'explication car le patient a beaucoup plus de chances de comprendre le traitement
 - 6) « Moins de phrases et moins de questions pour une meilleure compréhension » [33]

2-2-1-4-1-2) Inconvénients

- 1) Ces CD-Rom ont un coût non négligeable et nécessitent un équipement informatique adapté
- 2) Ils ne sont consultables qu'au cabinet d'orthodontie, contrairement aux livrets explicatifs écrits qui peuvent être emportés à la maison

C'est un atout de motivation qui est très intéressant mais qui ne remplace en aucun cas celle réalisée par l'orthodontiste lui-même.

Pour le praticien, le CD-Rom apporte un confort et un renforcement dans l'explication du plan de traitement. Lors d'une explication orale, comme nous l'avons étudié dans la partie I-2, nous ne retenons que 7% des mots prononcés. Or, si chaque détail du plan de traitement est illustré par une image ou une animation, le message est beaucoup mieux reçu.

Le CD-Rom n'est pas destiné à remplacer les explications mais à les illustrer [48].

2-2-1-4-2) Les logiciels de « morphing »

Depuis quelques années, il y a une importante demande de chirurgie combinée à un traitement orthodontique pour corriger les graves désordres squelettiques, surtout dans la société d'aujourd'hui où l'esthétique est le premier motif de demande d'un traitement orthodontique.

En effet, 70% des patients candidats à une éventuelle chirurgie orthognatique citent l'« esthétique » comme principal motif de consultation [39].

Par conséquent, le besoin de pouvoir prédire précisément le résultat n'a jamais été aussi important.

Ces logiciels de morphing ont pour principal objectif de simuler le résultat final d'un traitement orthodontique, en particulier celui associé à une chirurgie orthognatique.

Il s'agit, par exemple, de [66] :

- Prescription Portrait, commercialisé par Rx Data
- Orthognathic Treatment Planner, commercialisé par Pacific Coast Software
- Quick Ceph Image, commercialisé par Quick Ceph System Products by Macintosh
- Dento Facial Planner, commercialisé par Dentofacial Software

Dans l'article d'Ackerman (2003), il prend un exemple de morphing possible :

C'est un cas de classe II, 1 sévère avec un important rétrognathisme mandibulaire et un angle naso labial beaucoup trop ouvert. Le praticien simule le changement de profil :

- Soit en extrayant les 1ères prémolaires maxillaires, afin de diminuer le surplomb et cela donne une solution de compromis
- Soit en faisant intervenir une chirurgie d'avancée mandibulaire, ce qui va diminuer l'angle naso-labial et améliorer le profil

Le choix devient ensuite évident et l'option thérapeutique de la chirurgie est beaucoup mieux acceptée.

Le praticien peut proposer plusieurs thérapeutiques (extractions vs chirurgie orthognatique par exemple) et le patient peut, de ce fait, visualiser ce que cela représente et en discuter avec le praticien. Ces logiciels l'aident, par conséquent, dans sa prise de décision : soit adopter l'option thérapeutique, soit la rejeter, soit négocier une alternative qui est mutuellement acceptable, à la fois pour lui et pour le praticien [1].

Dans l'étude de Phillips, Hill et Cannac de 1995, il est intéressant de noter que 88% des patients ayant eu une présentation de traitement par morphing considèrent l'intervention chirurgicale nécessaire contre 63% des patients n'ayant pas eu.

La prévision concerne non seulement les tissus durs mais aussi les tissus mous car, bien que ce soit les mouvements des tissus durs qui changent le profil, ce sont les tissus mous qui vont former l'apparence [76].

Il faut également faire attention à l'âge des patients devant recevoir une chirurgie orthognatique.

En effet, chez les adolescents, la précision de ces logiciels de morphing est limitée car le changement des tissus mous au cours de la puberté est imprévisible, alors que chez l'adulte, il y a une certaine stabilité des tissus [31].

2-2-1-4-2-1) Avantages

- 1) Ces logiciels permettent une amélioration de la communication et de l'éducation aux patients en les aidants à comprendre la sévérité de leur malocclusion squelettique et l'importance d'un traitement chirurgical.
- 2) Les documents peuvent être enregistrés et conservés afin d'être consultés ultérieurement au cours du traitement pour se rendre compte du travail déjà accompli
- 3) Pour le praticien, ces logiciels représentent un outil de diagnostic et de planification du plan de traitement pour les patients dont la croissance est finie [80]

2-2-1-4-2-2) Inconvénients

- 1) Le risque possible de ces logiciels est que le patient imagine ce qu'il voit comme étant le résultat qu'il obtiendra immédiatement après la chirurgie. Or ce n'est pas tout à fait cela et ça peut engendrer une grande insatisfaction, surtout chez les patients ayant une importante attente esthétique
- 2) La position de la lèvre inférieure est toujours plus difficile à prévoir que le reste

En conclusion, utiliser ces logiciels de morphing peut faciliter la communication à propos des alternatives de traitement et en éliminant les idées reçues, souvent fausses [79]. Mais il faut faire attention à ne pas montrer des choses irréalisables afin de ne pas donner de faux-espoirs au patient [16].

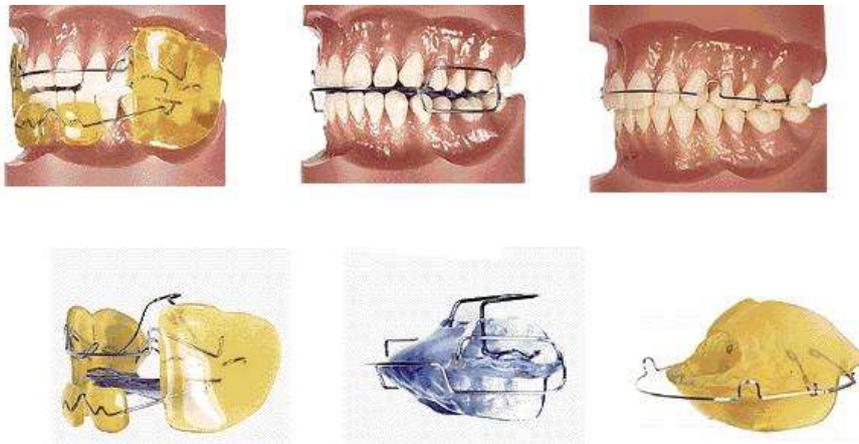
2-2-2) La communication à propos des appareillages

Au cours d'un traitement, l'orthodontiste va utiliser des dispositifs orthodontiques que le patient ne connaît pas. La preuve est que lorsqu'il parle de « bagues », il s'agit le plus souvent de « brackets ».

Ainsi, le praticien doit expliquer au patient quelle est sa conduite à tenir face à tel ou tel appareillage, sachant qu'il peut y en avoir plusieurs au cours de son traitement. On distingue globalement deux types d'appareillages : les fixes et les amovibles. A chaque catégorie est associée une communication spécifique [8].

2-2-2-1) Les appareils amovibles

Au sein de ce groupe, on retrouve notamment le dispositif de Vienne, la plaque de Stephenson, les forces extra-orales, les activateurs, les propulseurs, les bumpers...

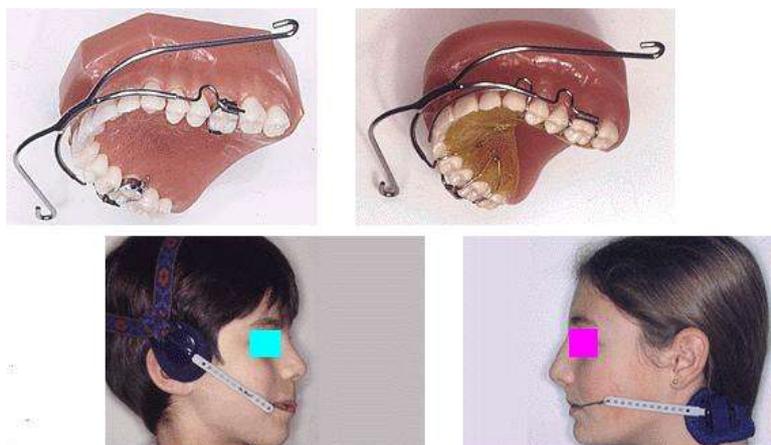


Photographies : <http://www.orthofree.com/fr/default.asp?MenuID=282>

Des conseils doivent être donnés concernant :

- 1) Le **moment** du port de l'appareil : le jour/ la nuit
- 2) La **durée** du port : Il y a plusieurs moyens de surveiller si le patient effectue bien ce qui lui est demandé :

- a. en remettant au patient une carte lui permettant d'indiquer les heures de port
 - b. en questionnant la famille pour vérifier la régularité du port et déceler certaines difficultés tout en évitant surtout de donner l'image d'une coalition des adultes contre l'enfant.
- 3) La **mise en place** : « Un appareil correctement porté doit se mettre en place naturellement et sans effort ».
- Les forces extra-orales peuvent, par exemple, entraîner des lésions, parfois très sévères, notamment oculaires, en cas de décrochement intempestif. Il faut donc bien insister sur leur mode d'emploi et utiliser des dispositifs de sécurité.
- Les élastiques de traction inter-maxillaire nécessitent la coopération du patient car une fois que l'orthodontiste lui a expliqué comment les mettre en place, c'est à lui de le faire à domicile de façon très régulière.
- 4) Les éventuels **exercices** nécessaires à l'adaptation : par exemple des exercices d'élocution durant les premiers jours après la pose de l'appareil.
- 5) Les **incidents** possibles : en effet, il peut y avoir des descellements de bagues, une perte nocturne, une gêne labiale, des douleurs de type « arthrite dentaire » sur les molaires d'ancrage, etc. Face à cela, l'orthodontiste doit informer le patient et ses parents des accidents possibles et doit les prévenir (exemple : prescription de sédatifs légers). Un patient informé accepte mieux les difficultés.
- 6) L'**entretien** : « une brosse à ongle et du savon de Marseille » [8]



Photographies : <http://www.orthofree.com/fr/default.asp?MenuID=282>

Un appareil amovible nécessite une coopération irréprochable de la part de l'enfant et de ses parents. Certains facteurs nous permettent d'emblée de savoir si le port n'est pas possible :

- L'environnement : parents divorcés et famille instable, patients pensionnaires...
- Le caractère du patient : timide, introverti ou au contraire, avec une personnalité très forte
- Le mode de vie : beaucoup d'activités
- Le sommeil : agité, insomniaque, enfant dormant sur le ventre

Le praticien ne doit pas accorder une confiance aveugle au port d'un appareil amovible car l'effet de ce dispositif dépend avant tout de la motivation et de l'acceptation du patient [8].

2-2-2-3) Les appareils fixes

Dans cette catégorie, on retrouve les appareillages de type multi-attaches orthodontiques, les disjoncteurs, le Quad-Hélix, la contention fixe...



Photographie : www.google.fr

Ces appareillages, en retenant davantage les aliments et rendant le brossage plus difficile, sont responsables d'une plus grande accumulation de plaque bactérienne [2].

Ils sont fixes donc ne nécessitent pas de coopération pour une activation (sauf le disjoncteur) ou un port régulier. En revanche, ils en nécessitent pour tout ce qui relève de l'hygiène bucco-dentaire. C'est, par conséquent, sur ce point que l'orthodontiste doit insister et prodiguer un maximum de communication, ceci, à tout moment du traitement. Il faut réitérer ces conseils à chaque visite.

2-2-3) Le contrat de soin

Le praticien, le patient et ses parents désirent, en général, obtenir un bon résultat de traitement.

Le patient doit être alors informé que le succès thérapeutique n'est pas seulement lié à la compétence du praticien, mais également à son implication personnelle dans le traitement. Il a des droits mais également des devoirs auxquels il doit se soumettre afin d'atteindre l'objectif fixé.

S'il se sent capable de respecter ces engagements, il doit signer un contrat de soin. C'est un acte essentiel qui valorise l'enfant car il se sent responsabilisé et contrôle ainsi les perspectives de succès de son traitement [67].

| | |
|--|----------------|
| Docteur X, Orthodontiste | Nom du patient |
| Cet accord est fait ce jour, entre moi et le Docteur X. | |
| Je comprends que la réussite de mon traitement dépend de ma coopération dans ces trois domaines : | |
| <ul style="list-style-type: none">- Un brossage complet et fréquent- Eviter de manger des aliments durs ou collants- Porter les appareils, les élastiques, la force extra-orale et les appareils de contention comme on me le dira | |
| Si je change d'avis, à quelque moment que ce soit, je promets de le dire. | |
| Bien que ce contrat ne soit pas un document légal, étant donné mon âge, je comprends bien que je suis la seule personne qui puisse accepter la responsabilité de mon traitement d'orthodontie. | |
| Date : | |
| Signature : | |
| Témoin : | |

Figure n° 9: Exemple de contrat de soin, Rubin (1983)

2-2-4) Les risques du traitement

Lors d'un traitement orthodontique, il y a des bénéfices possibles, mais également des risques :

- Carieux
- Parodontaux
- De résorption radiculaire
- De récurrence
- Pour les articulations temporo-mandibulaires

Tout patient, et/ou son représentant légal, doit être informé de cela avant le début du traitement, sans pour autant être inquiété.

Or, selon plusieurs enquêtes, peu de patients sont réellement conscients des risques encourus, très souvent passés sous silence par les praticiens.

Par ailleurs, des signes avant-coureurs (douleurs trop importantes, migraines, craquements...) exprimés par le patient ou ses parents doivent être réellement pris au sérieux par le praticien qui doit être vigilant à tout moment du traitement. Il ne doit pas se contenter d'y répondre par de simples prescriptions médicamenteuses [83].

2-2-5) L'hygiène lors du traitement

Le traitement orthodontique doit être associé à une hygiène bucco-dentaire exemplaire car si ce n'est pas le cas :

- Les appareillages de type multi-attaches orthodontiques, en retenant davantage les aliments et en rendant le brossage plus difficile, sont responsables d'une plus grande accumulation de plaque bactérienne
- Des lésions carieuses risquent de se développer à bas bruit et de se manifester lors de la dépose de l'appareil

L'acquisition et le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire lors des traitements orthodontiques représentent un réel challenge pour le praticien [53].

2-2-5-1) Adaptation du comportement alimentaire

Les recommandations données par le praticien ne doivent être en aucun cas basées sur la peur ou la culpabilisation du patient. En effet, une attitude répressive, des conseils trop sévères ou des interdictions ne vont pas être suivis. Il vaut mieux informer et sensibiliser le patient sur le risque cariogène des aliments et des mauvaises habitudes (le grignotage par exemple) [53].

2-2-5-2) L'hygiène bucco-dentaire à proprement parlé

Dans l'étude d'Almeida, Vianna, Koo et coll., réalisée en 2005, il a été démontré qu'afin d'obtenir un brossage satisfaisant, les conseils et la motivation des patients par l'orthodontiste ne sont pas suffisants, surtout s'ils ne sont évoqués qu'une seule fois. Une poursuite de l'apprentissage à la maison, à l'aide d'instructions écrites par exemple, est indispensable pour obtenir plus facilement une meilleure hygiène buccale.

L'orthodontiste doit donc insister à l'oral sur la méthode à adopter, et ce doit être relayé par un document écrit, présenté ainsi dans cette même étude [2]:

- 1) Placer la brosse à dent sur la partie vestibulaire des dents de façon à ce que son centre, qui possède des poils plus courts, reste en contact avec les brackets.



- 2) Les poils latéraux les plus longs restent en contact avec les parties cervicales et occlusales des dents. Une petite pression faisant fléchir les poils de la brosse est nécessaire.



- 3) Des mouvements vibratoires (pas plus de deux dents à la fois) doivent être pratiqués sur les dents du haut et du bas.



- 4) Sur la face linguale des dents du bas, incliner la brosse et faire des mouvements du bas vers le haut sur toutes les dents.



- 5) Sur la face palatine des dents du haut, des mouvements du haut vers le bas sont indiqués, en exerçant une légère pression sur toutes les dents.



- 6) Sur la face occlusale des dents, brosser avec un mouvement d'aller et retour une dizaine de fois les dents du haut et du bas.



Si le patient porte un appareil amovible, il faut également lui conseiller de le nettoyer au moment du brossage de ses dents.

Pour les appareils qui se portent la nuit, le patient ne doit pas attendre le soir, au moment de le remettre pour le brosser, il faut qu'il le fasse le matin dès qu'il l'enlève sinon, la saleté sur l'appareil risque de sécher, d'être plus difficile à ôter et d'engendrer une mauvaise odeur. Les dents doivent être nettoyées avant de mettre un appareil amovible.

Enfin, le praticien, convaincu de l'importance de cette hygiène bucco-dentaire doit à chaque séance, s'efforcer de faire des commentaires sur le brossage, sans être forcément répressif mais aimable et objectif [7].

2-2-6) La douleur lors du traitement

Dans l'étude de Gass, Rothea-Gouillard et Bacon, en 2004, qui portait sur la douleur en orthopédie dento-faciale, il a été montré que 86% des patients ont souffert de leur traitement. Cette douleur est d'ailleurs considérée comme l'aspect le plus pénible du traitement tant pour les patients masculins que féminins.

Bien sûr, chaque être humain est différent et il existe naturellement des variations individuelles dans la perception ou la qualification de la douleur.

De plus, l'adaptation face à cette souffrance change avec l'âge et les adolescents sont plus vulnérables face aux effets psychologiques du traitement, vulnérabilité qui semble se traduire par une baisse du seuil de la douleur.

La douleur existe dès le début du traitement par appareil orthodontique. Elle est particulièrement intense durant les premiers mois, période où le patient doit s'habituer à son nouvel environnement intra-buccal et correspondant aux phases de déplacement dentaire de forte amplitude. Puis l'intensité de la douleur diminue sans pour autant disparaître complètement ; la plupart du temps elle persiste pendant les trois jours qui suivent le rendez-vous orthodontique.

Il y a différents types de douleurs en orthodontie auxquelles il faut essayer de remédier [15] : douleur liée aux déplacements dentaires, inconfort lié aux dispositifs orthodontiques, douleur lors de la mastication, douleur liée à l'hyperplasie gingivale... A ces douleurs « orthodontiques », s'ajoutent les blessures et les aphtes.

Le type d'appareil a un effet sur l'intensité de l'inconfort (sensation de pression, de tension, de sensibilité dentaire) : les appareillages fixes et fonctionnels procurent une sensation d'inconfort beaucoup plus importante que les appareils amovibles [71].

L'état émotionnel et psychologique entre en jeu dans la perception de la douleur : un patient avec un seuil émotionnel élevé a une douleur plus intense [13].

~ Attitude à adopter par le praticien :

L'orthodontiste doit être attentif aux plaintes de ses patients et chercher à améliorer leur quotidien.

Une douleur est beaucoup mieux acceptée si elle est bien expliquée dès le départ. Si elle n'est pas annoncée, elle peut s'accompagner, lorsqu'elle survient, d'une réaction psychologique négative du patient à l'égard de son traitement.

Le praticien doit ainsi aider le patient à :

- Comprendre sa douleur : pourquoi, comment et quand survient-elle ?
- La supporter
- L'amoindrir de manière efficace [13]

L'établissement de la coopération du patient est basé sur la connaissance de la douleur qui peut se produire, au même titre que la nécessité de venir aux rendez-vous, le besoin d'une bonne hygiène bucco-dentaire [71].

2-2-7) Les urgences lors du traitement

Lors d'un traitement orthodontique, il peut y avoir des incidents, des urgences : descellement d'une bague ou d'un bracket, fracture d'appareil... Il faut, de ce fait, prévenir le patient de cela et lui indiquer ce qu'il faut faire cas par cas. Ces conseils peuvent être délivrés sous forme de livret d'information par exemple [69].

2-2-8) La durée du traitement

Un traitement orthodontique est considérablement plus long qu'un soin dentaire classique.

La question : « combien de temps va durer mon traitement ? » est une des plus fréquentes avant même que celui-ci n'ait déjà commencé.

Les patients dont le traitement se termine dans le temps escompté sont plus satisfaits que ceux dont le traitement est « à rallonge ».

La durée de la thérapeutique dépend de :

- 1) L'âge du patient : il peut y avoir une phase orthopédique chez jeune puis une phase orthodontique au moment de l'adolescence. Cela donne alors une impression de longueur et de traitement jamais interrompu
- 2) Sa dysmorphose et la sévérité de celle-ci
- 3) Du ou des dispositifs utilisés [84]

2-2-8-1) Les étapes du traitement

L'orthodontiste doit savoir expliquer les différentes phases de traitement qui peuvent survenir.

Si une phase d'interception est prévue, le praticien doit préciser :

- 1) La durée approximative de l'étape d'interception
- 2) La période d'interruption
- 3) Le moment et les critères de reprise de l'étape orthodontique
- 4) La durée approximative de cette étape

Il est également souhaitable que le patient ait un document écrit à la maison, où sont notés ces renseignements, auquel il pourra se référer pour savoir où il en est dans son traitement. Les valeurs sont bien sur des moyennes, et il vaut mieux que l'orthodontiste les voit trop larges que pas assez, afin de ne pas être pris en défaut [84].

2-2-8-2) La durée de traitement par rapport à l'âge du patient

Quand le traitement commence chez un jeune enfant, la notion du temps est assez floue pour lui. C'est pourquoi, il est préférable de lui dire en quelle classe il sera à la fin de son traitement plutôt que de lui donner un nombre d'années.

Chez l'adolescent, on peut procéder de la même manière car si on lui annonce que son traitement multi-bagues va durer en moyenne de 15 à 24 mois, il va se démotiver, alors que si on lui dit : « Ton traitement se terminera à la fin du collège », il l'acceptera un peu mieux [84].

Dans l'étude de Beckwith, Ackerman, Cobb et coll. (1999), les auteurs nous démontrent qu'il y a cependant des facteurs qui peuvent rallonger le traitement :

- Les rendez-vous manqués
- Les accidents de bris, de décollement ou de perte d'appareil (souvent démonstratif d'un manque de coopération)
- Une mauvaise hygiène

Il faut ainsi prévenir le patient de cela. Ce sera une source de motivation supplémentaire.

2-2-9) Le coût et la prise en charge du traitement

Comme vu précédemment dans la partie 2-1-4-2-3 de cette thèse, la mise en place d'un traitement orthodontique représente un investissement non négligeable pour les parents, qui sont responsables financièrement de leur enfant.

Parce que ce critère est parfois à l'origine d'un refus de traitement, il est indispensable pour le praticien de faire comprendre au patient et surtout à ses parents s'il est jeune, la nécessité d'une telle thérapeutique et les conséquences qui en découleront si elle n'est pas réalisée.

En orthodontie, les honoraires de traitement sont libres. Elles sont fonction de la dysmorphose du patient, du choix du ou des dispositifs orthodontiques utilisés, de l'âge du patient et de la durée du traitement.

L'orthodontiste doit, dans tous les cas, remettre et expliquer au patient ou à ses parents un devis, ceci avant le début du traitement. Il se doit également de les informer à propos des modalités de prise en charge, non seulement par l'Assurance Maladie mais aussi par leur éventuelle mutuelle complémentaire. Il ne faut pas oublier de mentionner cela au patient ou à ses parents [68].

2-3) Les échecs en orthodontie : Quelles en sont les causes ? Comment y faire face ?

Il y a deux types d'échecs en orthopédie dento-faciale en général :

- 1) Les échecs liés à la thérapeutique employée
- 2) Les échecs liés au facteur humain

Nous allons exclusivement parler de ces derniers, qui sont les plus concernés par l'objet de cette thèse.

Il y a plusieurs causes qui sont sources d'échecs et que nous allons développer et essayer de solutionner :

2-3-1) Les abandons de traitement

2-3-1-1) Le problème

Un **abandon de traitement** d'orthodontie est défini comme une rupture du contrat de soins conclu entre le soigné et le praticien.

En 2003, Gustin, Busson, Tréguier et coll., dans leur enquête parue dans la revue médicale d'assurance maladie française, nous affirment que « le pourcentage national d'abandons de traitements orthodontique est de 16,1% avec d'importantes variations géographiques. Il s'agit donc d'un pourcentage d'abandon limité mais non négligeable au regard de la santé publique. »

Or, les conséquences médicales de ces abandons sont très importantes avec de nombreuses récurrences et des conséquences iatrogènes.

La plupart du temps, le patient est à l'origine de l'abandon (neuf fois sur dix).

Les prétextes d'abandons les plus cités par le patient sont :

- 1) Un dispositif contraignant ou douloureux
- 2) Une raison financière
- 3) La non-perception de l'importance du traitement
- 4) Un résultat apparent satisfaisant

Lorsque l'initiative d'abandon revient au praticien, les raisons invoquées sont :

- 1) Défaut du port des dispositifs amovibles
- 2) Présence irrégulière aux rendez-vous
- 3) Manque d'hygiène du patient
- 4) Compromis thérapeutique jugé acceptable

Après l'arrêt d'un traitement, dans l'étude de Brättstrom, Ingelsson et Aberg (1991), 27% regrettent de ne pas avoir poursuivi leur traitement, 33% ne sont pas satisfaits de leur dentition. Malgré cela, seuls 21% recommencent un traitement.

2-3-1-2) La conduite à tenir

Pour les soucis de dispositifs contraignants ou douloureux, les patients concernés doivent avoir plus d'informations, être mieux prévenus. Une démonstration des appareillages utilisés doit être également faite.

L'orthodontiste doit faire prendre conscience au patient des risques encourus en cas d'arrêt de traitement.

Ces points sont à aborder au cours des premières consultations avant d'en arriver à l'abandon et doivent être régulièrement évoqués lors des consultations suivantes.

Pour ce qui concerne l'aspect financier, il ne faut pas hésiter à proposer aux patients, souvent à leurs parents, un arrangement, comme un échelonnement des paiements par exemple.

L'abandon d'un traitement est un échec pour le patient (perte de **chance**), pour le praticien (perte de **temps** et objectif thérapeutique non atteint) et pour l'Assurance maladie (perte **financière** et conséquences en termes de santé publique). Il convient par conséquent de les limiter au maximum [29].

2-3-2) L'insuffisance de motivation des patients

2-3-2-1) Le problème

La motivation la plus fréquente pour effectuer un traitement orthodontique est la volonté d'une esthétique dento-faciale. En revanche, la motivation fonctionnelle n'est pas très claire dans l'esprit des patients.

De plus, des patients présentant une malocclusion visible peuvent être, malgré tout, satisfaits par leur apparence physique :

« Les demandes de traitement ne sont pas liées à l'importance de la malocclusion mais à la perception que le patient a de celle-ci » [46].

Les patients et leurs parents sont, en général, d'accord pour affirmer qu'un traitement orthodontique améliore le bien-être psycho-social. Cependant, il y a une variabilité dans la motivation individuelle. Pour certains, l'apparence dento-faciale n'est pas toujours un élément pris en compte dans l'esthétique du visage. La perception de l'image de soi n'apparaît que tardivement, avec l'âge. Cela peut ainsi constituer un frein à la décision de traitement, notamment pour les adolescents présentant une faible estime-de-soi.

Dans l'étude de Brättstrom, Ingelsson et Aberg (1991), le manque de motivation est la raison la plus importante d'arrêt de traitement.

2-3-2-2) La conduite à tenir

L'étude de Bos, Hoogstraten et Prah-Andersen (2005), montre que les patients qui ont profité d'un traitement orthodontique ont une opinion plus positive que ceux qui n'en ont pas eu. Leur satisfaction est globalement supérieure en ce qui concerne l'orthodontiste lui-même, l'expérience orthodontique et le résultat du traitement. D'où l'intérêt de savoir si les accompagnants de l'enfant en ont bénéficié, car cela peut représenter une aide supplémentaire à la motivation.

La première motivation au traitement orthodontique étant le côté esthétique, si le patient comprend que le traitement peut le changer et lui faciliter sa vie sociale, il en sera d'autant plus stimulé.

Les jeunes filles semblent plus concernées par leur apparence que les garçons, ce qui va les motiver beaucoup plus pour accepter leur thérapie. Attention tout de même, car s'il y a une utilisation de dispositifs orthodontiques comme des appareils amovibles ou des forces extra-orales, elles vont éviter de les porter en public.

Il faut prendre en compte deux facteurs dans la motivation des patients au traitement :

- 1) Comment perçoivent-ils leur malocclusion et est-ce que ça les dérange ?
- 2) Est-ce qu'ils ont un réel désir de traitement ?

Car si ce n'est pas la peine de débiter un traitement si la motivation n'est pas présente. C'est au praticien de bien évaluer son patient et ses souhaits dès la première consultation [70].

2-3-3) Le manque d'information donnée par le praticien

2-3-3-1) Le problème

- Dans l'étude de Brättstrom, Ingelsson et Aberg (1991), beaucoup de patients trouvent qu'ils n'ont pas été assez informés avant le début de leur traitement.

Pareillement, Mesnay cite une étude faite en 2000 où les conclusions sont que 74% des enfants voudraient en savoir plus sur leur traitement et 40% sont encore anxieux en regard d'un appareillage fixe ou une prise d'empreinte, ceci suite à la consultation d'information.

- Dans l'étude de Witt et Bartsch (1993), les résultats montrent qu'environ 1/3 seulement des informations données lors de la première consultation est suffisamment compris et retenu.

- En pratique, un discours du praticien mal interprété peut donner lieu à un découragement.

Ex : « Si vous ne faites rien, vous perdrez toutes vos dents. »

Ou encore : « Nous allons avancer votre mandibule. » Le patient se voit déjà avec un visage déformé.

La communication verbale est soumise à la polysémie du langage : un mot a plusieurs significations possibles. Il ne se comprend que par ses références et son contexte, comme nous l'avons étudié au cours de la partie I-2-1. Le praticien doit savoir s'adapter à son patient, en utilisant des mots qu'il comprend.

- Un patient qui a un motif de consultation bien précis n'acceptera pas un traitement qui ne semble pas répondre à son problème si on ne lui explique rien :

Ex : Si un patient vient pour un problème de proalvéolie supérieure, il ne fait pas spontanément le lien avec d'éventuelles extractions [18].

2-3-3-2) La conduite à tenir

La gestion des patients est améliorée quand le patient comprend la nature, les conditions du traitement et les procédures mises en œuvre pour celui-ci. L'anxiété, la peur, le stress peuvent être apaisés par une communication efficace [73].

Les patients informés sont de meilleurs consommateurs de services, avec des désirs de résultats de traitement plus raisonnés et une meilleure coopération avec la procédure employée [6].

Une information verbale ne doit pas être délivrée au patient seul mais également en présence de ses parents. Celle-ci doit toujours compléter par une information écrite ou tout du moins visuelle [78].

L'information donnée doit être fonction de l'âge, du niveau de développement, et du niveau social. Les patients d'un même âge n'ont pas forcément le même niveau de développement et de compréhension. L'information qui leur est donnée doit être facilement compréhensible [10].

L'orthodontiste doit être capable de communiquer en s'adaptant au patient et à son entourage afin d'identifier sa demande.

Pour cela, il doit :

- 1) Ecouter le patient
- 2) Adopter une attitude qui favorise l'expression de celui-ci
- 3) Identifier ses désirs et besoins et les reformuler pour montrer qu'il a bien compris
- 4) Maîtriser sa communication verbale et non verbale

« **Informer**, c'est rendre les choses suffisamment attractives pour être écoutées, suffisamment clarifiées pour être comprises, et suffisamment simplifiées pour être intégrées au système de pensée du patient ».

Ce n'est pas ce qui est dit qui est important mais la concordance entre le message envoyé et celui qui est reçu par l'interlocuteur [66].

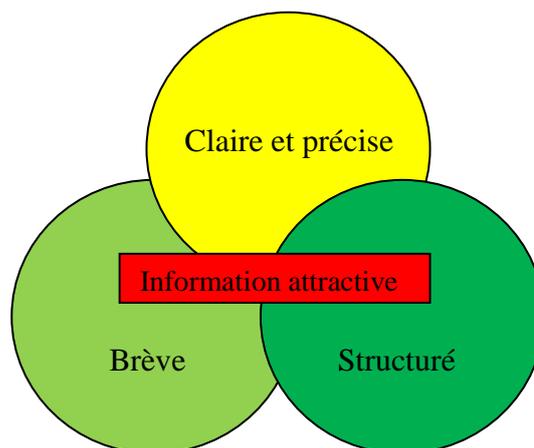


Figure n° 10: Caractéristiques d'une information attractive, Rozenweig (1991)

2-3-4) La non coopération du patient

2-3-4-1) Le problème

L'entreprise d'un traitement orthodontique peut échouer pour des raisons très distinctes, parfois flagrantes, parfois soupçonnables. L'orthodontiste en est parfois responsable, par une

erreur de diagnostic, une erreur technique, ou encore une mauvaise prévision de croissance mais le patient peut, par sa coopération insuffisante, en être également responsable [17].

Or même dans des cas difficiles ou quand le diagnostic est mal établi, on a remarqué que le résultat final peut être très bien si la coopération est efficace.

En revanche, si le patient est peu ou n'est pas coopérant, il y a un risque d'absence de résultat, une augmentation de la durée du traitement et de risque d'abandon. Avec un patient non coopérant, il est parfois nécessaire de faire des compromis de traitement.

Il existe des indicateurs de mauvaise coopération :

- 1) Désintérêt du traitement de la part des patients
- 2) Fréquence de bris d'appareil
- 3) Mauvaise hygiène bucco-dentaire
- 4) Mauvaise relation patient/praticien
- 5) Mauvaise relation patient/parent
- 6) Mauvaise perception de la malocclusion
- 7) Mauvaise perception de l'esthétique
- 8) Pas de ponctualité aux rendez-vous [45]

2-3-4-2) La conduite à tenir

Il y a des méthodes à utiliser afin d'obtenir une réelle coopération :

- 1) Encourager verbalement
- 2) Eduquer le patient sur les conséquences d'une mauvaise coopération
- 3) Discuter des objectifs de traitement avec le patient
- 4) Eduquer le patient sur le bon usage des dispositifs orthodontiques
- 5) Discuter avec le patient de sa mauvaise coopération
- 6) Discuter avec les parents de la mauvaise coopération de leur enfant
- 7) Discuter des objectifs de traitement avec les parents
- 8) Eduquer les parents sur le bon usage des dispositifs orthodontiques [45]

L'étude de Richter, Nanda et Sinha (1998), a cherché à montrer si l'utilisation d'un système de récompense donnait de meilleurs résultats au niveau de la coopération du patient.

Ils ont ainsi notés que cela peut améliorer la coopération en ce qui concerne seulement l'hygiène bucco-dentaire chez un patient peu coopérant à la base. Cependant, ils ont conclu

que les mauvais coopérants seront toujours plus faibles que les bons coopérants même avec l'utilisation de ce genre de système.

Les patients coopérants ont quand même un profil type : ils sont généralement enthousiastes, ouverts, responsables, confiants, déterminés à faire au mieux et souvent travailleurs [74]. La réussite scolaire est d'ailleurs souvent corrélée à la coopération.

L'adhésion du patient au traitement permet d'arriver aux objectifs souhaités en un minimum de temps, et de ce fait, il y a une diminution du coût de traitement. A long terme, le temps investi à établir un bon rapport avec le patient est moins important que celui nécessaire pour corriger des difficultés résultants d'une pauvre coopération [74].

Enfin, la plupart des échecs de coopération tiennent à l'incapacité fréquente du praticien à s'adapter à la personnalité du patient et de ses parents. C'est une erreur fondamentale de croire que c'est au patient de s'adapter [37].

2-3-5) L'attitude du praticien

2-3-5-1) Le problème

Un conflit entre le patient et le praticien peut engendrer un échec de traitement. Un changement d'orthodontiste en cours de traitement n'est pas une raison d'arrêt de traitement, mais cependant, le nombre d'orthodontistes différents peut expliquer une insatisfaction [10].

Les échecs relationnels se manifestent soit directement par :

- 1) Des revendications
- 2) Un refus de fréquentation
- 3) Une non-observation des instructions

Soit indirectement par :

- 1) La perte d'appareils amovibles
- 2) Le bris d'appareils amovibles ou fixes
- 3) Des rendez-vous oubliés
- 4) Une somatisation (allergie, aphtose, gingivite...) [3]

2-3-5-2) La conduite à tenir

La relation patient/praticien a un impact significatif sur le succès du traitement. C'est pourquoi, il est important de l'optimiser afin de s'assurer d'un résultat et de la satisfaction aussi bien du patient que du praticien.

Dans l'étude de Sinha et Nanda (1996), 8 attitudes positives de la part du praticien influencent l'opinion du patient sur celui-ci:

- 1) La politesse
- 2) Le fait de montrer qu'il écoute sérieusement ce que le patient exprime
- 3) Faire comprendre qu'il fait tout ce qui est en son pouvoir pour limiter au maximum la douleur
- 4) Travailler rapidement mais pas brusquement
- 5) Rassurer durant le soin et le traitement
- 6) S'enquérir pendant les rendez-vous de savoir si le patient a des inquiétudes ou s'il est nerveux
- 7) Poursuivre la conversation au cours des soins
- 8) Donner des explications sur ce qu'il fait

Du temps doit être investi dans la création et la maintenance du lien praticien/patient.

Selon Brättstrom, Ingelsson et Aberg (1991), parfois un simple changement de praticien peut résoudre un problème relationnel.

En revanche, lorsque la relation de confiance est bien établie, il faut éviter de changer d'orthodontiste. C'est souvent le problème dans des structures comme les centres hospitaliers, où les étudiants traitent les patients dans le cadre de leur apprentissage [6].

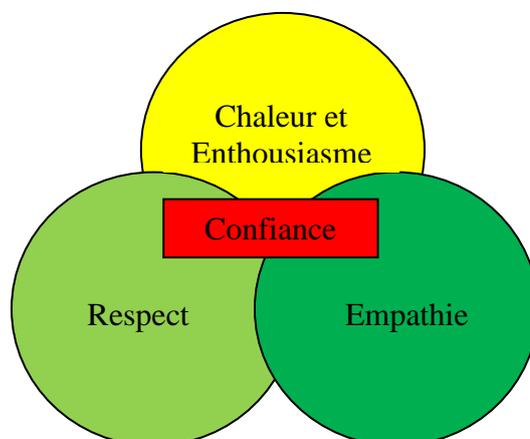


Figure n° 11: Les éléments d'un climat de confiance, Rozenweig (1991)

2-4) L'environnement au cabinet d'orthodontie

« Le développement fructueux de la relation patient-praticien commence bien avant la présence physique du praticien. Elle démarre avec l'attitude de la secrétaire, le décor de l'accueil et de la salle d'attente, le sourire de l'assistante et l'atmosphère générale du cabinet » [37].

Nous allons donc voir quels sont les éléments sur lesquels nous pouvons jouer au cabinet afin d'améliorer notre communication.

2-4-1) Eléments visuels

2-4-1-1) L'ambiance et la décoration

On peut adopter différents styles :

- 1) Le style *médical* : murs blancs, carrelage blanc au sol, mobilier uniforme et de couleur neutre, peu de décoration et surtout, des affichages orientés vers les informations sur les soins orthodontiques. C'est un style rassurant pour son aspect aseptique mais qui n'est pas adapté à une salle d'attente car il peut créer un sentiment de malaise pour le patient.
- 2) Le style *relaxant* : éclairage tamisé, couleurs chaudes, mobilier confortable et pas d'affichages en rapport avec les soins. Ce style permet au patient de penser à autre chose et de se détendre
- 3) Le style *convivial* : c'est un mélange des deux styles précédents, bon compromis qui permet à la fois de se distraire et à la fois d'avoir des renseignements sur l'orthodontie.

La décoration suscite toujours un intérêt, de la curiosité, de l'étonnement ou de l'admiration chez le patient.

Au niveau de la salle d'attente et de l'accueil, elle va lui permettre de s'évader ponctuellement de ses préoccupations. :

- 1) Tout d'abord la végétation est souvent appréciée, car relaxante
- 2) Les tableaux recouvrant les murs ne doivent pas être trop agressifs, ni évoquer les monde dentaire
- 3) Le mobilier doit être confortable. Les fauteuils, voire parfois des canapés (pour le couple mère-enfant très fréquent en orthodontie) doivent être ni trop durs, ni trop

mous, avec des accoudoirs et un appui dorsal suffisamment grand pour se détendre. Quand à la matière, il vaut mieux opter pour du bois ou de plastique que pour du métal, qui a un aspect froid et qui l'est au toucher [5].

2-4-1-2) Les couleurs

Elles ont une influence sur les plans physiologique et psychologique [21] :

- 1) Le *vert* a un effet anxiolytique, apportant une tranquillité, une sérénité
- 2) Le *bleu* a un effet apaisant, mais peut provoquer un sentiment d'isolation
- 3) Le *jaune* entraîne la gaieté, stimule les facultés intellectuelles
- 4) Le *rouge* est une couleur dynamisante mais irritante à la longue
- 5) Le *noir*, quand il est brillant, évoque le luxe. Mat, il est associé à un côté dépressif
- 6) Le « tout *blanc* » : il n'est conseillé que dans les régions très ensoleillées

Les couleurs froides en général (vert, bleu, violet) sont jugées reposantes et créent une sensation d'espace. Au contraire, les couleurs chaudes (rouge, orange, jaune) plutôt jugées stimulantes, créent une impression de rétrécissement de l'espace.

De plus, certaines recherches ont conclu que les couleurs ont une influence sur diverses fonctions physiologiques (rythmes cardiaque et respiratoire) et sont associées à des modalités d'expression du comportement : agressivité, stress, etc...

Au niveau de la salle de soins, le fauteuil est l'élément majeur de la pièce, et parce qu'il semble toujours imposant au patient, une couleur comme le orange ou le marron n'est pas appréciable alors une teinte gaie comme le bleu ou le vert est plus agréable à l'œil. Pour les murs et le mobilier, des couleurs apaisantes doivent être privilégiées [24].

2-4-1-3) La luminosité

On peut opter pour :

- 1) La lumière *naturelle* : il s'agit d'un éclairage très agréable, qui transmet avec fidélité les couleurs. Fischer et Vischer (1997) rapportent également que les personnes travaillant avec la lumière naturelle se plaignent beaucoup moins de l'éclairage et surtout de leur travail. Ce phénomène s'expliquerait par le fait que l'existence de fenêtres permet d'établir par le regard un contact avec l'extérieur et procure une évocation mentale. Son unique inconvénient est son instabilité aux différents moments

de la journée (aube et crépuscule) où sa qualité devient médiocre et elle doit être relayée par une lumière artificielle.

- 2) La lumière *artificielle* : il y a plusieurs types d'éclairages possibles, ceci sera en fonction des pièces dans le cabinet :
 - a. En effet, un éclairage trop faible peut provoquer un sentiment d'insécurité, d'où une **communication infructueuse**.
 - b. A l'inverse, trop de lumière rend introverti, ce qui peut conduire le patient à se replier sur lui-même, notamment s'il est réservé, d'où une **communication** qui devient **laborieuse**.

Il est astucieux de multiplier les points d'éclairage afin de ne pas créer d'emplacements éblouissants ou, au contraire, de zones d'ombres trop importantes [5].

L'éclairage est également important pour le praticien car il détermine ou non un confort visuel. Un niveau de contraste trop important entre la zone de travail (en l'occurrence, la bouche en orthodontie) et l'environnement de fond peut provoquer un éblouissement [24].

2-4-2) Eléments auditifs

2-4-2-1) Le stress auditif

Le bruit est un aspect de l'environnement considéré comme une source importante de stress et de gêne. Il peut entraîner, ici encore, des modifications physiologiques (cardio-vasculaires, respiratoires, oculaires) et psychologiques. Même si le patient est moins exposé que l'équipe soignante aux nuisances sonores du cabinet, il peut quand même ressentir une agression associée à une souffrance. Il est donc important de diminuer ce stress auditif au maximum.

Il y a deux sources principales de ces bruits :

- 1) L'extérieur du cabinet : ces nuisances doivent être filtrées par un double, voir un triple vitrage.
- 2) L'intérieur du cabinet : il paraît évident de filtrer les bruits provenant de la salle de soins en utilisant des matériaux isolants pour l'édification des cloisons et des portes.

Enfin, au fauteuil, avertir le patient d'un bruit désagréable reste la meilleure solution car c'est plus souvent l'imprévisibilité plus que le bruit lui-même qui est source de gêne pour le patient [5].

2-4-2-2) L'ambiance sonore

Le silence peut être la source d'une autre forme de stress. C'est pourquoi, il est judicieux masquer à la fois le bruit et le silence au cabinet d'orthodontie, tant au niveau de l'accueil et de la salle d'attente, que dans la salle de soins à l'aide d'une musique de fond. Celle-ci possède un pouvoir émotionnel notable, c'est-à-dire qu'elle agit sur l'humeur des patients de façon apaisante ou excitante. On a par conséquent le choix de la sélectionner selon son caractère paisible, rassurant, sécurisant ou relaxant, comme la musique classique par exemple.

Par ailleurs, des cassettes audio-visuelles d'information sur l'hygiène, l'orthodontie en général peuvent être projetées en salle d'attente [5].

2-4-3) Qualité de l'air et ambiance thermique

2-4-3-1) Les éléments odorants

L'odorat est fréquemment associé au processus de mémorisation et une odeur peut être associée avec un contexte émotionnel, propre à chacun.

Des odeurs sont immédiatement associées par les patients au monde odontologique : « ça sent le dentiste ». Il s'agit par exemple de l'eugénol.

Il est recommandé tant pour le patient que pour le praticien, de limiter ces senteurs. Il y a, par conséquent, différentes solutions pour les traiter :

- 1) Un système de récupération où il y a une filtration de l'air ambiant
 - 2) Un système de neutralisation des odeurs
 - 3) Un système d'aromatisation par des produits masquants comme les huiles essentielles
- [5]

2-4-3-2) La température

Les valeurs habituellement retenues pour définir une situation de confort thermique se situent entre 20°C et 24°C [24]. Cependant, il est nécessaire d'adapter la température à la saison, aux différentes pièces, au nombre de fenêtres et à l'activité du cabinet. L'été, par exemple,

l'entrebâillement des volets est possible dans le but de limiter le rayonnement direct et pour éviter les excès de chaleur.

Par ailleurs, au niveau de la salle d'attente, il n'est pas recommandé de mettre les sièges près des fenêtres.

Dans un environnement comportant des couleurs froides, la température évaluée comme la plus agréable est supérieure à celle d'un environnement aux couleurs chaudes.

2-4-4) L'asepsie

Ce point concerne particulièrement la salle de soins, même si le reste du cabinet se doit d'être impeccable.

En effet, aujourd'hui les patients, et les parents au cabinet d'orthodontie, sont très exigeants sur l'hygiène et l'asepsie. La salle de soins doit donc être irréprochable sur le plan de la propreté. La désinfection de l'unit et des plans de travail est indispensable. Les sachets de conditionnements du matériel utilisé devront être ouverts devant le patient pour le rassurer sur la stérilité du matériel, ou son usage unique.

Nous avons évoqué tous les éléments, de manière non exhaustive, qui peuvent améliorer ou non la communication avec les patients et allons à présent aborder la troisième et dernière partie de cette thèse : l'enquête au Centre de Soins Dentaire de Nantes.

III°) Enquête auprès des patients d'Orthopédie Dento-Faciale du Centre de Soins Dentaires de Nantes et analyse

3-1) Présentation de l'enquête

3-1-1) Objectifs

Les objectifs de l'enquête qui a été menée sont de plusieurs ressorts :

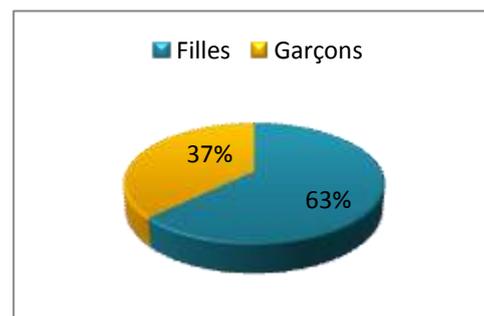
- 1) Evaluer si la communication effectuée auprès des patients et de leurs accompagnants, lors de leur traitement d'Orthopédie Dento-Faciale au Centre de Soins Dentaires de Nantes est efficace.
- 2) Quelle communication faut-il adopter, dans le cadre d'un traitement orthodontique, pour évoquer certains sujets spécifiques (hygiène...) et quels termes vaut-il mieux employer que d'autres ?
- 3) Est-ce que les parents ont une influence particulière et quelle communication adopter avec eux ?

3-1-2) Echantillon

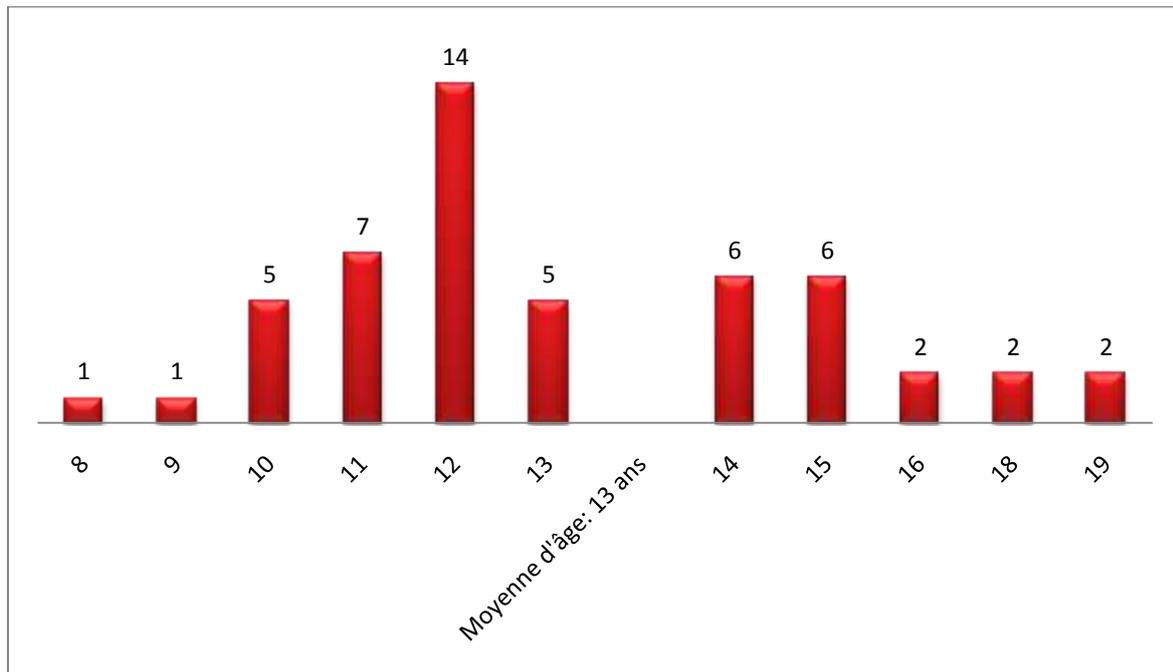
L'étude a été réalisée sur une période de 3 mois (de janvier à mars 2009) auprès de 51 patients âgés de 8 à 19 ans et de 40 parents

L'échantillon comporte :

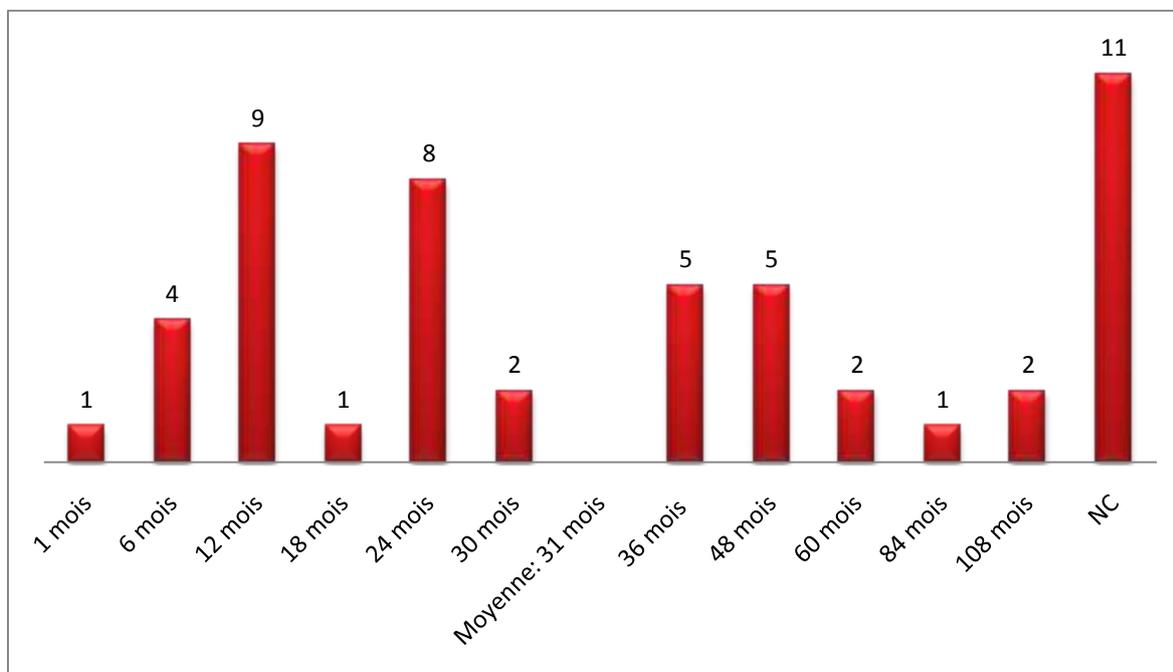
- 32 filles
- 19 garçons



La moyenne d'âge est de 13 ans, il s'agit d'une population orthodontique plutôt de type « adolescente ».

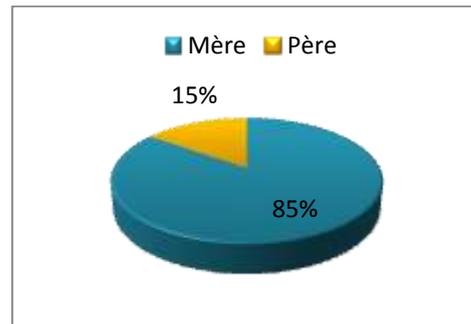


Le traitement est débuté en moyenne depuis 31 mois, soit 2 ans et demi.



En ce qui concerne les parents :

- 34 sont des mères
- 6 sont des pères



On remarque que, malgré l'évolution de la place du père dans la société, ce sont quand même le plus souvent les mères qui accompagnent leurs enfants aux consultations. Comme évoquée dans la partie II-1-4 de cette thèse, la relation triangulaire apparaît être un point important à prendre en compte par l'orthodontiste.

3-2) Matériel et méthode

L'enquête, élaborée en association avec le département d'Orthopédie Dento-Faciale du Centre de Soins Dentaires de Nantes, a été réalisée sous forme de deux questionnaires : l'un était destiné au patient, l'autre au parent l'accompagnant éventuellement.

Ils ont été distribués aux patients et aux parents par moi-même après leur avoir expliqué l'objet de cette enquête et comment remplir les questionnaires. Ceux-ci ont été remis à toutes les personnes avec leur consentement. Les questionnaires étaient remplis dans la salle d'attente lors des jours de rendez-vous avec leur praticien étudiant en orthodontie. S'ils avaient des questions ou des doutes, j'étais disponible afin de pouvoir les aider.

Les questionnaires étaient composés de plusieurs types de questions : ouvertes, fermées, composées, orientées.

3-2-1) Questionnaire patient

Enquête auprès des patients

Prénom :

Age :

Sexe :

Date du début de votre traitement :

Question 1 :

Qui est à l'origine de votre consultation chez l'orthodontiste ? Qui a motivé votre visite chez l'orthodontiste ?

- Votre dentiste
- Vous
- Vos parents

Question 2 :

Votre orthodontiste est-il ?

- Un homme
- Une femme

Question 3 :

Lors de vos consultations chez votre praticien, avez-vous eu le sentiment d'avoir eu une bonne explication du traitement ?

- OUI
- NON

Avez-vous compris pourquoi vous nécessitez ce traitement ?

- OUI
- NON

Question 4 :

Avez-vous compris tout le déroulement du traitement ?

- OUI
- NON

Les mots employés étaient-ils clairs pour vous ?

- OUI
- NON

Si NON, quels mots ou expressions n'avez-vous pas compris ?

-

Question 5 :

Quels mots, prononcés par votre praticien au cours de ses explications vous ont :

→**Découragés** : -

-

→**Fait peur** : -

-

→**Motivés** : -

-

→**Fait plaisir** : -

-

Question 6 :

Comment votre orthodontiste vous a-t-il présenté le déroulement de votre traitement ?

- 1) Moulages (modèles en plâtre)
- 2) Photos
- 3) Schéma explicatif (Document écrit)
- 4) Logiciels informatiques
- 5) CD-Rom
- 6) Autres (si oui, lesquels)

Question 7 :

Parmi les propositions précédentes, laquelle auriez vous aimé recevoir pour comprendre votre traitement ?

-

Question 8 :

En général, aimez-vous que l'on vous donne des explications sur vos soins ou non ?

- OUI
- NON

Question 9 :

Aimeriez-vous avoir des explications d'une autre personne que de votre orthodontiste ?

- OUI
- NON

Si OUI, de la part de qui ?

-

Question 10 :

Que redoutiez (ou redoutez)- vous le plus face à votre traitement orthodontique ?

- La douleur
- L'esthétique
- L'hygiène
- La durée du traitement
- La moquerie des autres
- Le fait de ne plus pouvoir manger de bonbons
- Le coût (si patient adulte)

Question 11:

Concernant la *gêne/inconfort* au cours du traitement, votre praticien vous a-t-il prescrit un médicament type anti douleur ?

- OUI
- NON

Si OUI, quoi ?

-

Question 12 :

Avez-vous eu du mal à accepter votre traitement pour des raisons *esthétiques* ?

- OUI
- NON

Si oui, qu'est-ce qui vous gêne le plus ?

- Le regard des autres (moqueries...)
- Votre image (dans le miroir, sur les photos...)

Question 13 :

Concernant *l'hygiène*, votre praticien a-t-il insisté sur son importance ?

- OUI
- NON

Si OUI, comment vous a-t-il motivé ?

- 1) Distribution de matériel (brosse à dent, dentifrice...)
- 2) Démonstration de méthode de brossage
- 3) Révélateur de plaque
- 4) Photos
- 5) CD-Rom
- 6) Autres

Question 14 :

Qu'est-ce que vous trouvez le plus contraignant dans votre traitement ?

- 1) L'hygiène
- 2) Les visites régulières chez le praticien
- 3) La mise en place d'un appareil

Question 15 :

Avez-vous déjà eu envie d'arrêter votre traitement ?

- OUI
- NON

Si OUI, à quel moment ? (début du traitement, en cours de traitement...)

-

Si OUI, pour quelle(s) raison(s) ?

-

Si oui, votre orthodontiste a-t-il su vous remotiver ?

- OUI
- NON

Comment l'a-t-il fait ?

- 1) Par des explications orales
- 2) Par des documents écrits
- 3) Autres :

Question 16 :

Si vous deviez donner une note pour votre satisfaction par rapport à votre traitement ?

.../10

Question 17 :

Si c'était à refaire, débiteriez-vous votre traitement maintenant ?

- OUI
- NON

Pourquoi ?

-

3-2-2) Questionnaire parent

Enquête auprès des parents de patients

Prénom de votre enfant:

Age :

Sexe :

Date du début de son traitement :

Question 1 :

Etes-vous ?

- Le papa
- La maman
- Autre proche de l'enfant

Avez-vous décidé seul(e) ou avec l'autre parent de votre enfant de cette démarche ?

- OUI, seul(e)
- NON, avec l'autre parent

Y'a-t-il un des deux parents qui était contre ce traitement ?

- OUI
- NON

Si OUI, qui et pourquoi ?

-

Question 2 :

Avez-vous amené votre enfant à consulter un orthodontiste ?

- Sur conseil d'un dentiste
- Parce que votre enfant vous en a fait la demande
- Car cela vous semblait nécessaire pour votre enfant

Question 3 :

Avez-vous eu vous-même déjà un traitement orthodontique ?

- OUI
- NON

Si OUI, quel souvenir en gardez-vous ?

-

Question 4:

Vous a-t-on expliqué le déroulement/ les étapes du traitement qu'a proposé l'orthodontiste à votre enfant ?

- OUI
- NON

Avez-vous compris les explications du traitement?

- OUI
- NON

Avez-vous le sentiment que votre enfant a aussi compris ces mêmes explications ?

- OUI
- NON

Question 5:

Votre enfant vous a-t-il posé des questions sur son traitement ou sur d'autres choses en rapport avec celui-ci ?

→ *Avant la première consultation ?*

- OUI
- NON

Si OUI, quelles étaient ses principales questions/préoccupations ?

-

→ *Après l'explication du traitement par l'orthodontiste ?*

- OUI
- NON

Si OUI, quelles étaient ses principales questions/préoccupations ?

-

→ *Au cours du traitement ?*

- OUI
- NON

Si OUI, quelles étaient ses principales questions/préoccupations ?

-

Question 6 :

Y'a-t-il des mots ou expressions employés par l'orthodontiste que votre enfant ou vous-même n'avez pas compris ? Lesquels ?

-

Question 7 :

Que redoutait le plus votre enfant face à un traitement orthodontique ?

- 1) La douleur
- 2) L'esthétique
- 3) L'hygiène
- 4) La durée du traitement
- 5) La moquerie des autres
- 6) Le fait de ne plus pouvoir manger de bonbons

Question 8 :

Est-ce que le coût du traitement de votre enfant est ou était un problème pour vous ?

- OUI
- NON

Question 9 :

Qu'est-ce que votre enfant trouve le plus contraignant dans son traitement ?

- 1) L'hygiène
- 2) Les visites régulières chez le praticien
- 3) La mise en place d'un appareil

Et vous, que trouvez-vous le plus contraignant ?

-

Question 10:

Est-ce que votre enfant a déjà eu envie d'arrêter son traitement ?

- OUI
- NON

Si OUI, à quel moment ? (début du traitement, en cours de traitement...)

-

Si OUI, pour quelle(s) raison(s) ?

-

Si OUI, votre orthodontiste a-t-il su le remotiver ?

- OUI
- NON

De quelle manière l'a-t-il remotivé ?

- 1) Par des explications orales
- 2) Par des documents écrits
- 3) Autres :

Et vous, vous est-il arrivé de remotiver votre enfant ?

- OUI
- NON

Si OUI, que lui avez-vous dit ?

-

Question 11 :

Si vous deviez donner une note de satisfaction par rapport au traitement de votre enfant ?

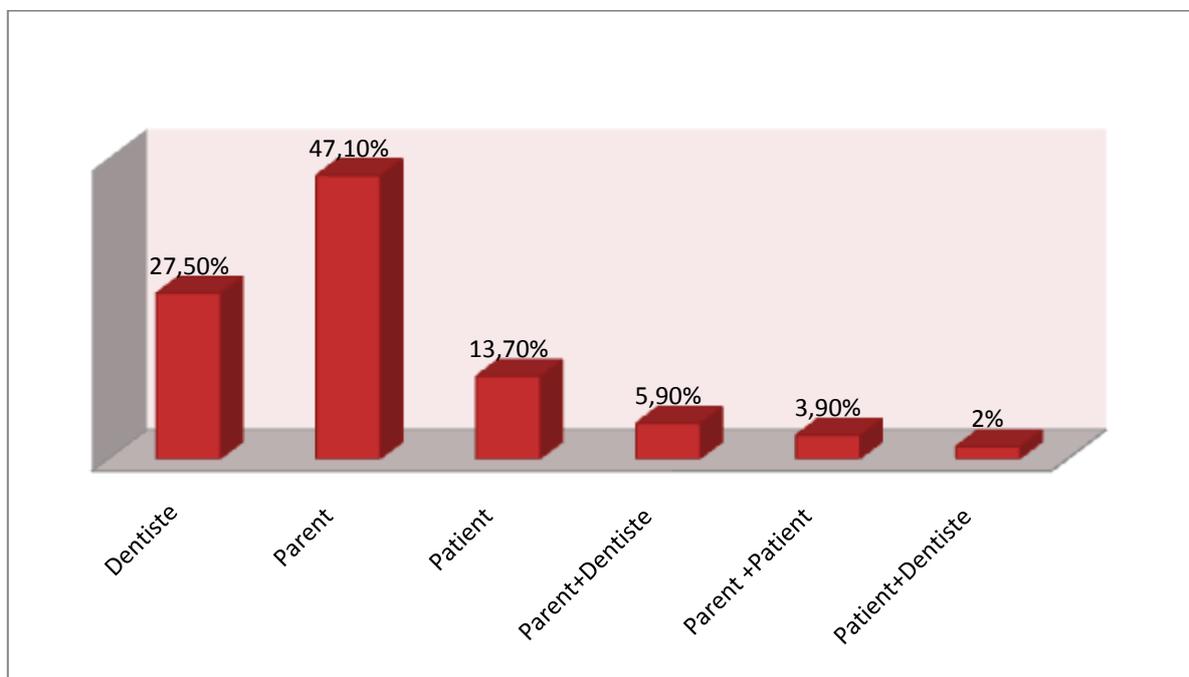
.../10

3-3) Analyse des réponses

3-3-1) Questionnaire patient

Question 1 :

◇ Qui est à l'origine de votre consultation chez l'orthodontiste ? Qui a motivé votre visite chez l'orthodontiste ?



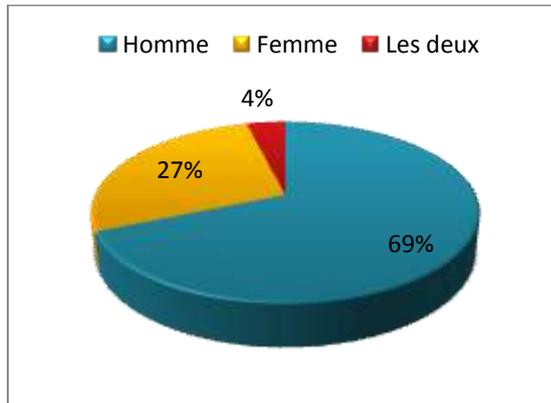
Commentaires :

- Les parents ont une implication essentielle dans la décision de traitement.
- Le conseil de l'omnipraticien est la deuxième cause de motivation à un traitement.
- Quand au désir de traitement de la part du patient lui-même, il n'arrive qu'en troisième position. Il faut faire attention à bien cerner cela chez un nouveau patient car, sans motivation, le traitement risque d'être beaucoup plus difficile.

Question 2 :

◇ Votre orthodontiste est-il ?

- Un homme
- Une femme
- Un homme et une femme

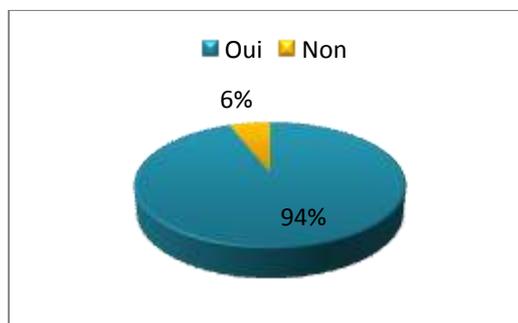


Commentaires :

- Les étudiants orthodontistes du CSD de Nantes prenant en charge les patients questionnés sont majoritairement des hommes. Certains patients, du fait de la durée de traitement, sont confrontés à un changement de praticien, c'est pourquoi ils peuvent avoir à faire à un homme puis une femme ou inversement.

Question 3 :

◇ Lors de vos consultations chez votre praticien, avez-vous eu le sentiment d'avoir eu une bonne explication du traitement ?



Commentaires :

- Seul 6% des patients interrogés estiment ne pas avoir eu de bonne explication au cours de leur traitement. Ceci est très satisfaisant quand on sait que la compréhension de celui-ci est essentielle pour son bon déroulement.

◇ Avez-vous compris pourquoi vous nécessitez ce traitement ?

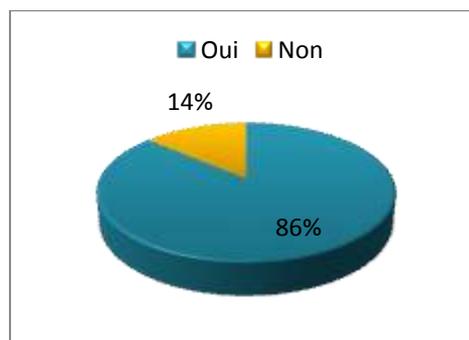


Commentaires :

- Tous les patients interrogés ont compris la nécessité d'un traitement d'orthodontie.

Question 4 :

◇ Avez-vous compris tout le déroulement du traitement ?

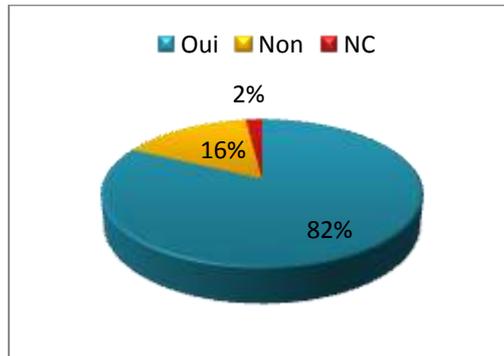


Commentaires :

- 86% des patients ont compris comment allait se passer le traitement. Il y a donc quand même 14% des patients pour qui tout cela est « flou ».

Pour pallier à cela, le praticien se doit, à tout moment du traitement, de réexpliquer à son patient à quel stade du traitement il se situe, ce qu'il reste à faire et comment cela va se passer.

◇ Les mots employés étaient-ils clairs pour vous ?



Commentaires :

- 82% des patients ont bien compris les mots employés par leur praticien pour leur expliquer leur traitement. Il y a donc 18% pour qui, certaines choses n'étaient pas claires, trop compliquées.

◇ Si Non, quels mots ou expressions n'avez-vous pas compris ?

-

Commentaires :

- Cette question n'a généré aucune réponse valide de la part des patients ayant répondu « Non ». On peut évoquer deux raisons pour expliquer cela :

- Peut-être était-elle trop ouverte : les patients ne l'ont pas bien comprise. Il aurait peut-être mieux valu faire une question à choix multiples.
- Ou peut-être n'ont-ils pas justement retenu des mots trop techniques ou trop compliqués employés par leur praticien

Question 5 :

◇ Quels mots, prononcés par votre praticien au cours de ses explications vous ont :

→ **Découragés** :

| | |
|----------------------------|----|
| Durée traitement | 11 |
| Appareil | 10 |
| Restriction alimentaire | 2 |
| Opération | 2 |
| Douleur | 1 |
| Hygiène | 1 |

Commentaires :

- La **durée** du traitement apparaît être le premier motif de découragement lors des explications.
- Ensuite, il s'agit de tout ce qui touche à l'appareillage (Bagues, élastiques...).
- En 3^{ème} position, les restrictions alimentaires peuvent apparaître comme un obstacle (le fait de ne plus pouvoir manger de bonbons par exemple).
- Les opérations (chirurgie) arrivent en 4^{ème} place.
- Contrairement à ce qu'on pourrait penser, la douleur et les contraintes liées à l'hygiène sont les derniers motifs de découragement.

→ **Fait peur** :

| | |
|----------------------------|---|
| Appareil | 6 |
| Vocabulaire médical | 4 |
| Opération | 4 |
| Restriction alimentaire | 1 |
| Durée traitement | 1 |
| Gêne | 1 |

Commentaires :

- Les mots ou expressions entraînant le plus de crainte concernent tout ce qui se rapporte à l'**appareillage** (Chaînette, élastiques, bagues...).

- Ensuite, les termes trop « médicaux » et ceux qui concernent une éventuelle opération chirurgicale engendrent de la peur.
- Puis, les restrictions alimentaires, la durée du traitement et la gêne liée à celui-ci sont aussi responsables d'une appréhension.

→ **Motivés** :

| | |
|-----------------------|---|
| Belles dents | 9 |
| Bonne hygiène | 3 |
| Bonne progression | 2 |
| Durée limitée | 2 |
| Respiration améliorée | 1 |
| Dents droites | 1 |
| Douleur limitée | 1 |

Commentaires :

- Les expressions ou mots les plus motivants concernent le fait « **d'avoir de belles dents** ».
- Ensuite, lors des consultations, les félicitations à propos d'une bonne hygiène sont également appréciées.
- En 3^{ème} position, les patients qui entendent qu'il y a une bonne progression et que la durée du traitement va être limitée sont stimulés.
- Puis, les expressions qui motivent en dernier lieu, sont dans cette enquête « une respiration améliorée », « des dents droites » et « une douleur limitée ».

→ **Fait plaisir** :

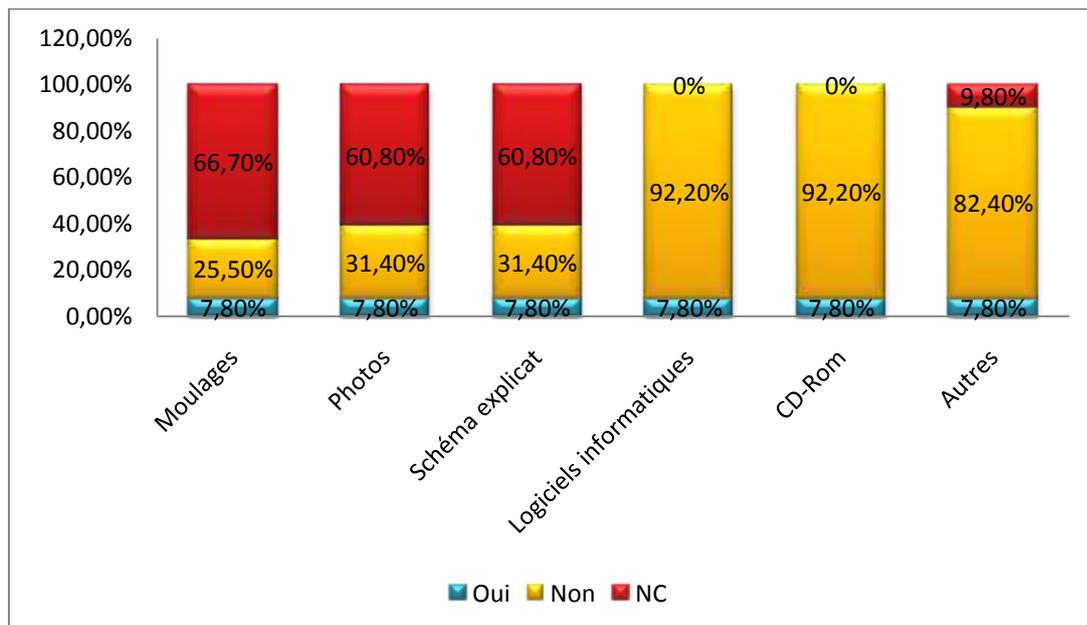
| | |
|---------------------------|---|
| Dépose bague | 4 |
| Bonne hygiène | 4 |
| Belles dents | 3 |
| Félicitations pour effort | 2 |
| Bonne progression | 2 |
| Soins possibles | 1 |
| Durée limitée | 1 |
| Douleur limitée | 1 |

Commentaires :

- La première cause de satisfaction survient lors de la **dépose des appareils** et lors de félicitations concernant la **bonne hygiène**.
- Puis, le fait d'avoir de « belles dents » arrive en 2^{ème} position. Un patient cite même une expression de son orthodontiste qui lui a fait plaisir : « dents de star ».
- La bonne progression et les félicitations pour les efforts fournis (pour l'arrêt de succion du pouce par exemple) sont considérées comme les 3èmes causes de satisfaction.
- En dernier lieu, on trouve, comme facteurs qui ont fait plaisir, une durée de traitement et une douleur limitées ainsi que pour une patiente, la possibilité de réaliser les soins orthodontiques, ce qui n'était pas forcément réalisable chez elle par rapport à son âge et sa dysmorphose.

Question 6 :

◇ Comment votre orthodontiste vous a-t-il présenté le déroulement de votre traitement ?



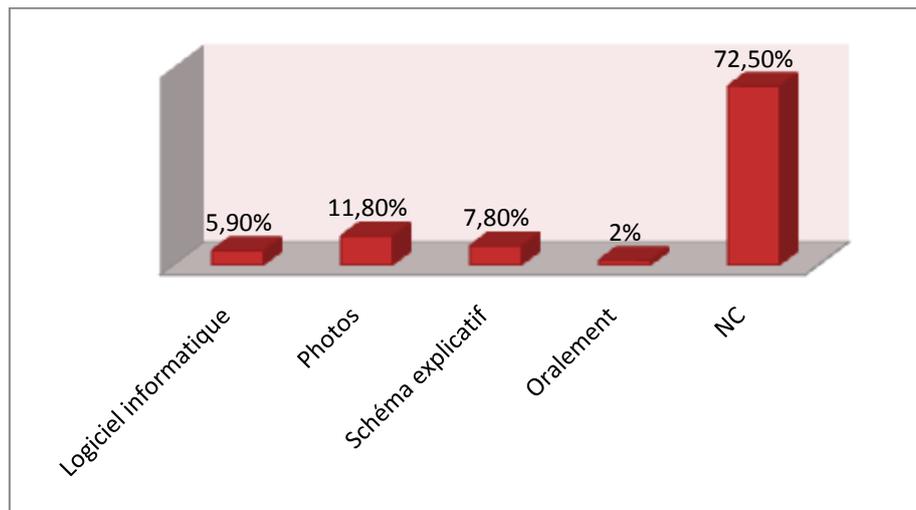
Commentaires :

- Les moulages sont les documents les plus utilisés pour expliquer au patient ce qu'il a et comment le traitement va se dérouler.
- Les photos et les schémas explicatifs sont également beaucoup employés.

- Dans la catégorie « autres », on retrouve principalement l'explication orale.
- En revanche, au Centre de Soins Dentaires de Nantes, les logiciels informatiques et les CD-Rom ne sont pas du tout utilisés, contrairement à beaucoup de cabinet d'orthodontie libéraux.

Question 7 :

◇ Parmi les propositions précédentes, laquelle auriez vous aimé recevoir pour comprendre votre traitement ?

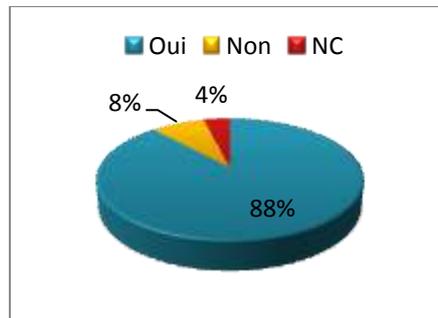


Commentaires :

- Beaucoup de patients n'ont pas répondu à cette question. La formulation était peut-être trop compliquée.
- Cependant, parmi les propositions évoquées, celles qui auraient été désirées pour l'explication du traitement sont :
 - 1) Les photos
 - 2) Les schémas explicatifs
 - 3) Les logiciels informatiques
 - 4) Oralement
- On aurait pu penser que dans la société actuelle, qui tourne beaucoup autour de l'informatique, les logiciels et les CD-Rom étaient attractifs pour les patients. Or ce n'est vraisemblablement pas le cas ici. Cela peut être dû au type de population fréquentant le Centre de Soins Dentaires, n'ayant pas forcément accès à ce type d'outils.

Question 8 :

◇ En général, aimez-vous que l'on vous donne des explications sur vos soins ou non ?

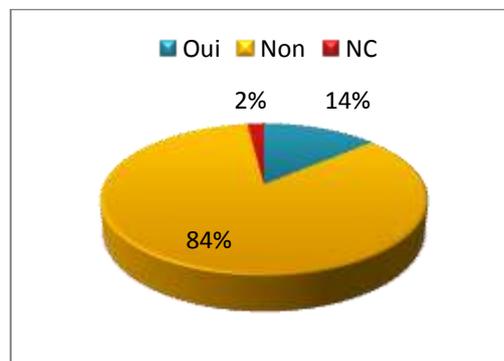


Commentaires :

• La plupart des patients (88%) apprécient, en général, d'avoir des explications sur ce qu'on leur fait ou qu'on va leur faire. Il y en a quand même qui n'aime pas cela, peut-être afin d'éviter un stress plus important. Il faut bien discerner ces patients afin de ne pas les inquiéter plus qu'ils ne le sont déjà.

Question 9 :

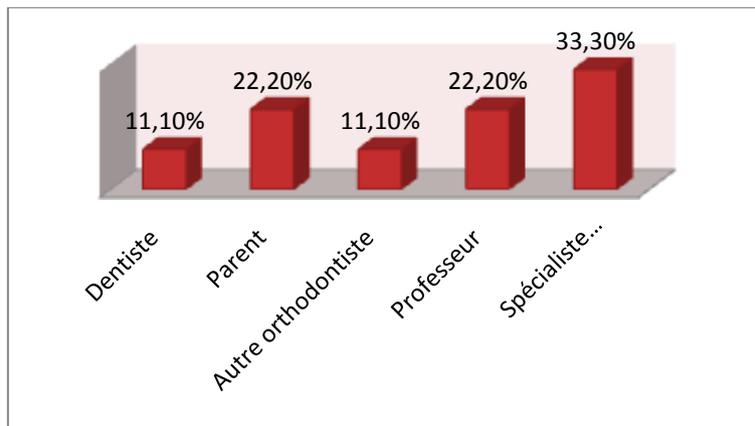
◇ Aimeriez-vous avoir des explications d'une autre personne que de votre orthodontiste ?



Commentaires :

• Seuls 14% des patients aimeraient avoir des explications d'une autre personne plutôt que celles de leur orthodontiste. La plupart sont donc satisfaits de celles formulées par leur praticien. Il est cependant nécessaire de savoir pourquoi les 14% sont mécontents ou insatisfaits.

◇ Si Oui, de la part de qui ?



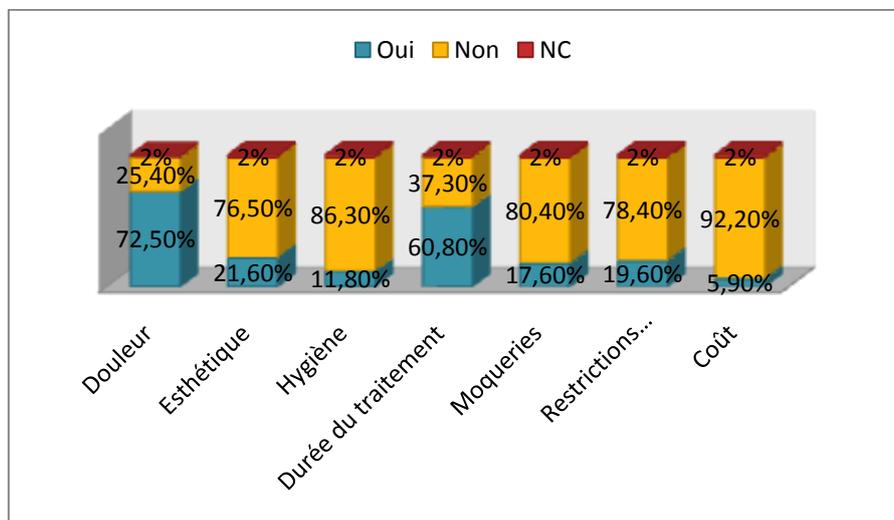
Commentaires :

• Les personnes de la part de qui les patients aimeraient avoir plus d'explications sont :

- 1) Les spécialistes (chirurgiens), particulièrement dans le cadre de traitement chirurgical associé à de l'orthodontie
- 2) A la fois les professeurs et les parents. On voit ainsi que ces derniers ont une place importante auprès de leur enfant lors de son traitement. De ce fait, ils doivent aussi être éduqués et informés à propos de celui-ci
- 3) En dernier lieu, les dentistes ou d'autres orthodontistes. Il faut, dans ce cas, voir s'il n'y a pas plutôt un problème relationnel avec le praticien lui-même ou un problème de confiance dans la parole de l'orthodontiste encore « étudiant ».

Question 10 :

◇ Que redoutez (ou redoutiez)- vous le plus face à votre traitement orthodontique ?



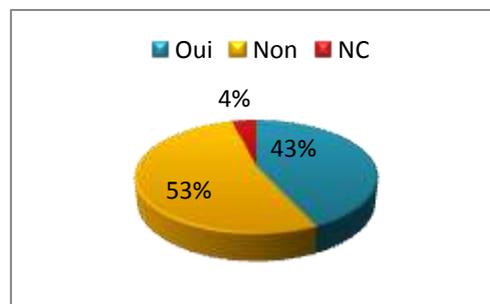
Commentaires :

• Par ordre décroissant, ce qui est le plus redouté par les patients au cours du traitement est :

- 1) La **douleur**
- 2) La durée du traitement
- 3) L'esthétique
- 4) Les restrictions alimentaires
- 5) Les moqueries des autres
- 6) L'hygiène
- 7) Le coût : on peut expliquer la dernière place de cette proposition par le fait que la plupart des patients sont des jeunes adolescents, voire des enfants et sont, par conséquent, financièrement dépendants de leurs parents et non forcément conscients du coût que représente un tel traitement.
D'autre part, beaucoup de patients du Centre de Soins Dentaires ont accès à la CMU et n'ont pas véritablement la notion de l'investissement accordé à ce genre de traitement.

Question 11:

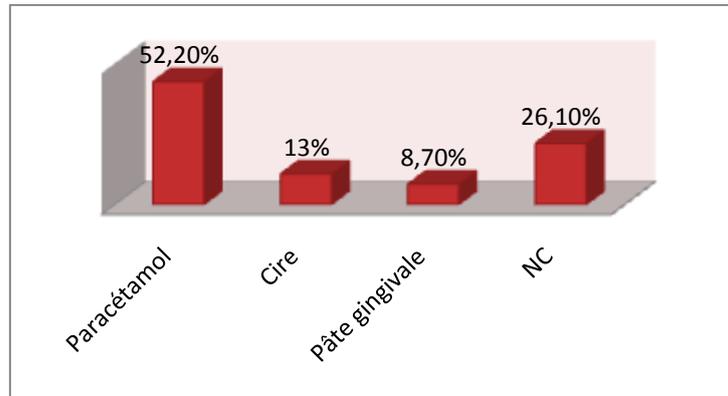
◇ Concernant la *gêne/inconfort* au cours du traitement, votre praticien vous a-t-il prescrit un médicament type anti douleur ?



Commentaires :

• Un peu moins de la moitié des patients (43%) ont eu recours à une prescription de médicaments antalgiques lors de leur traitement. Ce chiffre apparaît trop faible par rapport au recul que l'on a aujourd'hui sur la douleur lors des traitements orthodontiques.

◇ Si Oui, quoi ?

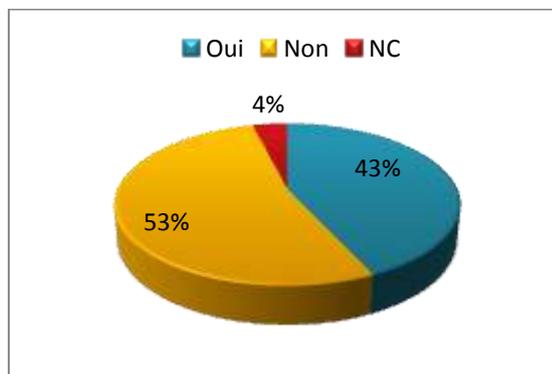


Commentaires :

• Il s'agit le plus souvent du paracétamol, puis de la cire et enfin de la pâte gingivale, de type Pansoral®.

Question 12 :

◇ Avez-vous eu du mal à accepter votre traitement pour des raisons *esthétiques* ?

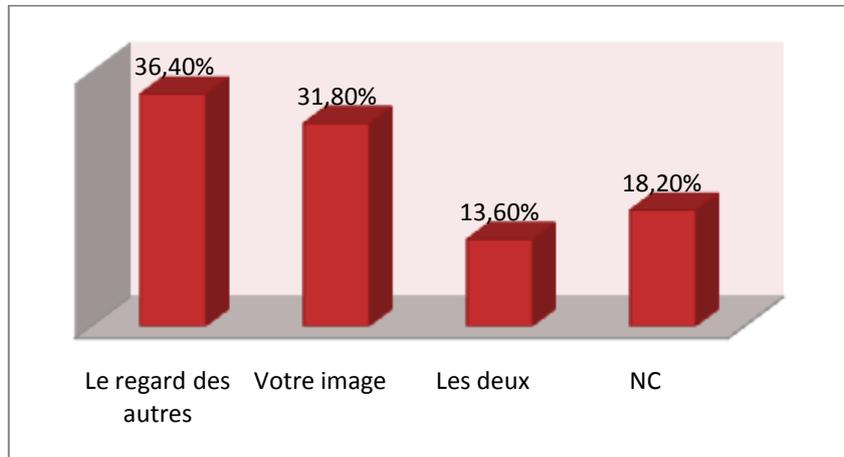


Commentaires :

• L'esthétique est, pour 43% des patients, une raison de mauvaise acceptation du traitement. En effet, comme développé dans la partie II-1-3-2 de cette thèse, l'image qu'a l'adolescent de lui est très importante. Cette image passe, non seulement par son regard dans le miroir, mais également par le regard des autres.

Il se trouve dans une période où il est en recherche d'identité, ses repères d'enfants sont bouleversés et devant son corps qui change, l'association d'un traitement orthodontique ne facilite pas cela.

◇ Si oui, qu'est-ce qui vous gêne le plus ?

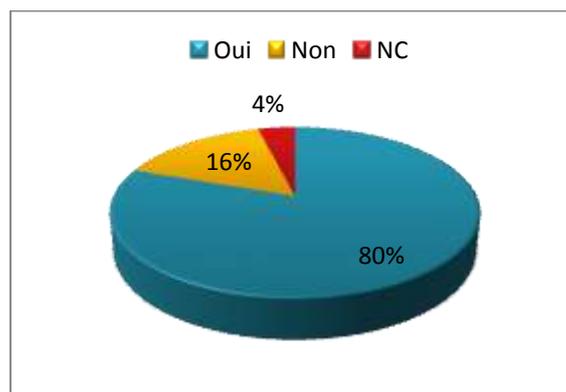


Commentaires :

• Le regard des autres est la raison la plus fréquente de difficulté d'acceptation du traitement pour raison esthétique, suivi de très près par l'image du patient lui-même dans le miroir.

Question 13 :

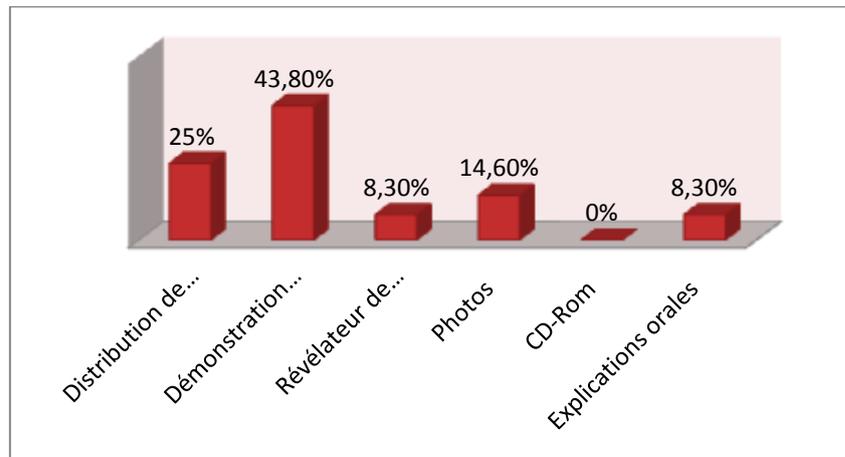
◇ Concernant l'hygiène, votre praticien a-t-il insisté sur son importance ?



Commentaires :

• Les patients ont en général bien intégré le fait que l'hygiène soit un facteur important dans un traitement orthodontique, car on voit qu'ils ont retenu l'accentuation faite par leur praticien à ce sujet.

◇ Si Oui, comment vous a-t-il motivé ?



Commentaires :

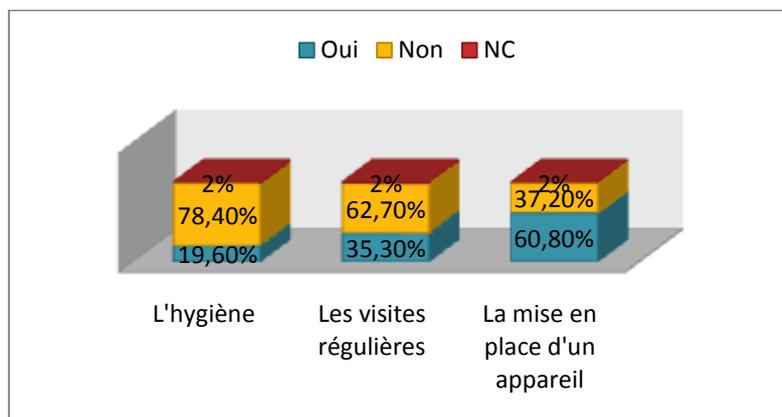
• Les méthodes les plus utilisées par les praticiens pour éduquer à l'hygiène bucco-dentaire passe par:

- 1) Une démonstration de la méthode de brossage
- 2) Une distribution de matériel (brosse à dent...)
- 3) Le biais de photographies
- 4) Des explications orales et par l'utilisation de révélateur de plaque

• En revanche, les CD-Rom ne sont pas du tout utilisés pour expliquer cette notion d'hygiène, au niveau du Centre de Soins Dentaires.

Question 14 :

◇ Qu'est-ce que vous trouvez le plus contraignant dans votre traitement ?

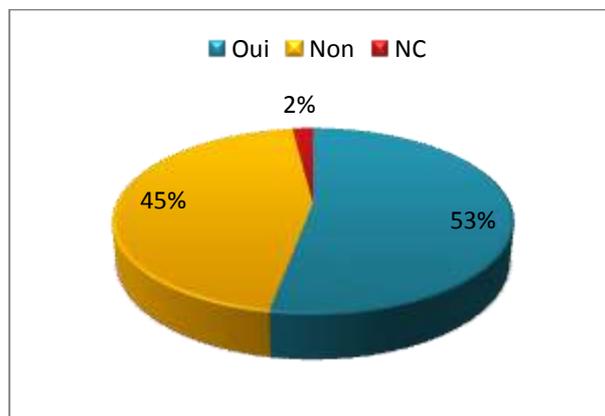


Commentaires :

- Ce que les patients trouvent le plus contraignant dans le cadre de leur traitement orthodontique reste, de loin, la mise en place d'un **appareillage**.
- Puis les visites régulières sont la 2^{ème} source de contraintes la plus exprimée.
- Enfin, l'hygiène apparaît être en 3^{ème} position, loin derrière les deux autres propositions.

Question 15 :

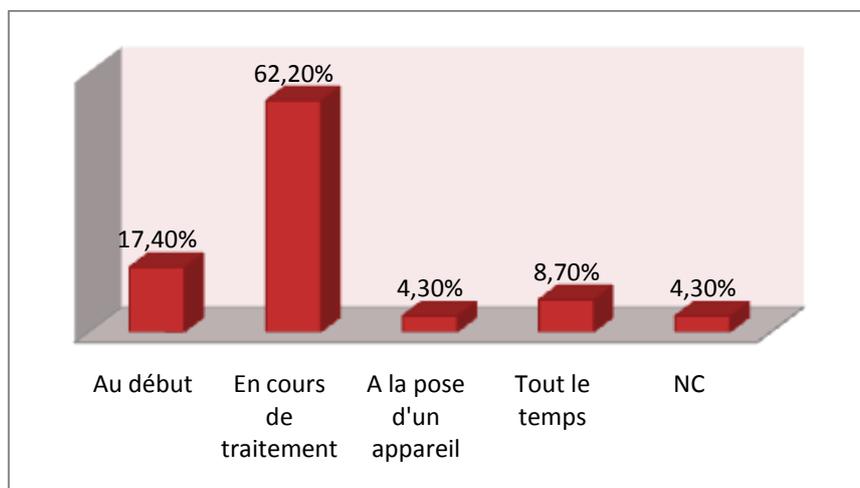
◇ Avez-vous déjà eu envie d'arrêter votre traitement ?



Commentaires :

- 53% des patients ont exprimé l'envie d'arrêter leur traitement. Ceci n'est pas négligeable.

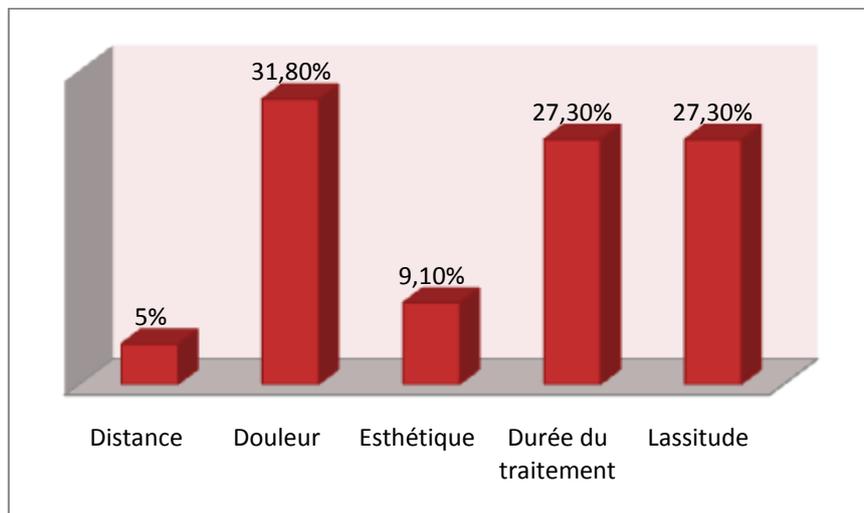
◇ Si Oui, à quel moment ? (début du traitement, en cours de traitement...)



Commentaires :

- Cette envie d'arrêt survient le plus souvent en cours de traitement (62,50%).
- Il y a 17,40% des patients qui ont envie d'arrêter au début, sûrement par appréhension.
- La pose d'un appareillage entraîne aussi ce désir de stopper le traitement.
- Il est important de noter dans cette question que 8,70% des patients ont une envie continue, au cours de leur traitement d'arrêter. Il faut alors se poser la question de la motivation du patient au départ et s'il ne vaut pas mieux dans ce cas-là ne rien entamer du tout.

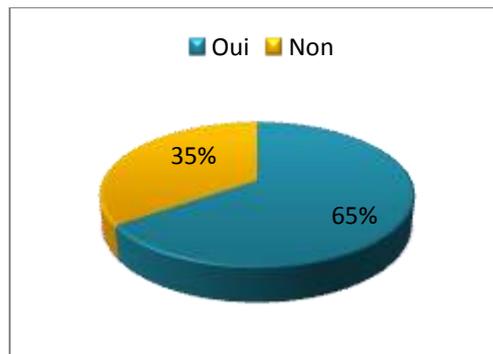
◇ Si Oui, pour quelle(s) raison(s) ?



Commentaires :

- Ici encore, la **douleur** est la première cause d'envie d'arrêt de traitement.
- Elle est suivie de près par la durée du traitement et la lassitude, souvent elle-même liée à la durée.
- En 3^{ème} position, l'esthétique apparaît.
- Puis en dernier lieu, la distance (domicile-CSD) survient, car souvent les patients viennent au CSD pour des raisons budgétaires et peuvent, de ce fait, habiter assez loin.

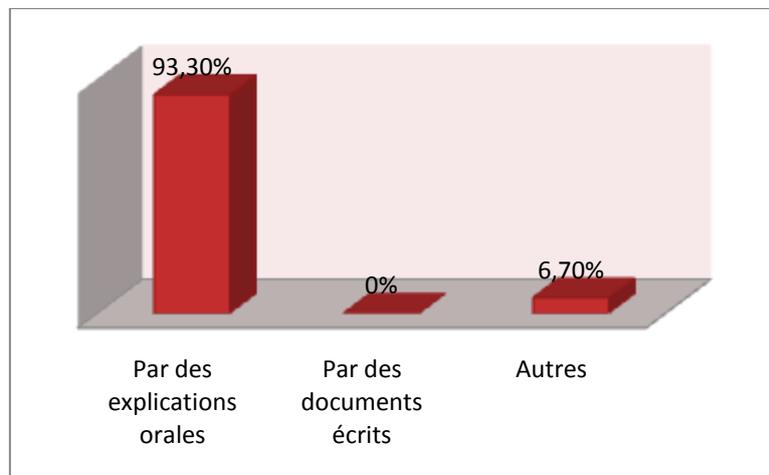
◇ Si oui, votre orthodontiste a-t-il su vous remotiver ?



Commentaires :

- Heureusement, pour 65% des patients, ils ont été remotivés par leur praticien.
- Il y a cependant 35% qui ne l'ont pas été. Il faudrait savoir si cela est dû au patient lui-même qui n'était pas réceptif à cette remotivation ou au contraire, si c'est l'orthodontiste qui n'a pas su la faire.

◇ Comment l'a-t-il fait ?



Commentaires :

- La remotivation se fait en grande majorité par des explications orales.
- Il semblerait que les praticiens soient conscients de l'importance d'une motivation permanente, et en particulier lors de mise en place d'un appareillage, ceci pour l'ensemble de leurs patients.

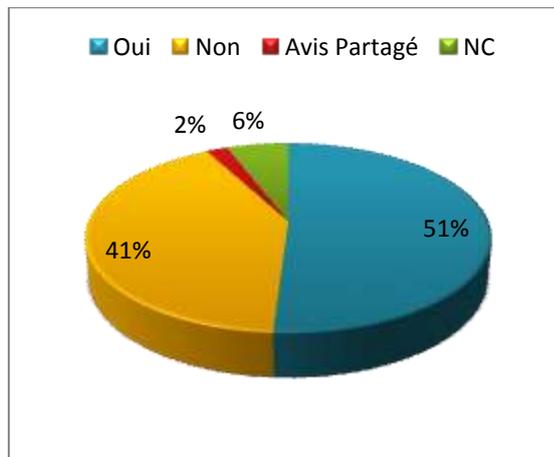
Question 16 :

◇ Si vous deviez donner une note pour votre satisfaction par rapport à votre traitement ?

La moyenne est de 8,3/10

Question 17 :

◇ Si c'était à refaire, débiteriez-vous votre traitement maintenant ?



Commentaires :

- 51% des patients referaient leur traitement contre 41% qui seraient contre.
- Ces pourcentages montrent bien qu'un traitement orthodontique n'est toujours pas bien accepté aujourd'hui.

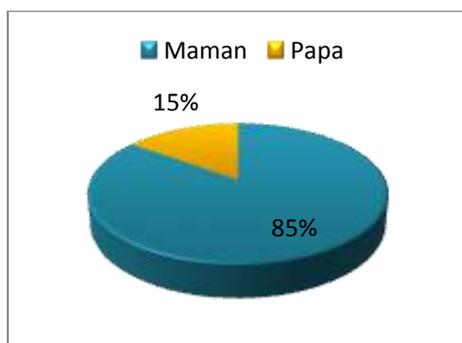
◇ Pourquoi ?

- Les raisons les plus fréquemment citées sont :
 - 4) Traitement trop compliqué
 - 5) La durée du traitement
 - 6) La douleur- l'esthétique

3-3-2) Questionnaire parent

Question 1 :

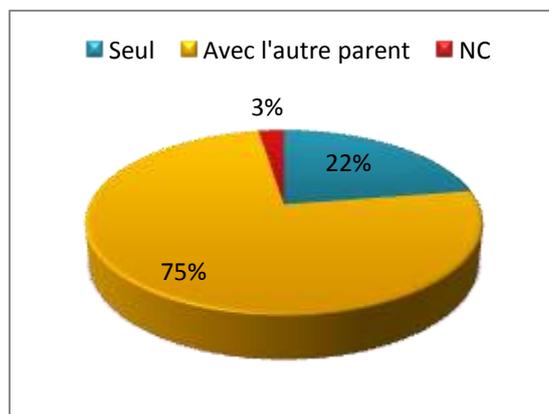
◇ Etes-vous ?



Commentaires :

Comme vu précédemment, 85% des accompagnants des patients sont des mères contre seulement 15% de pères.

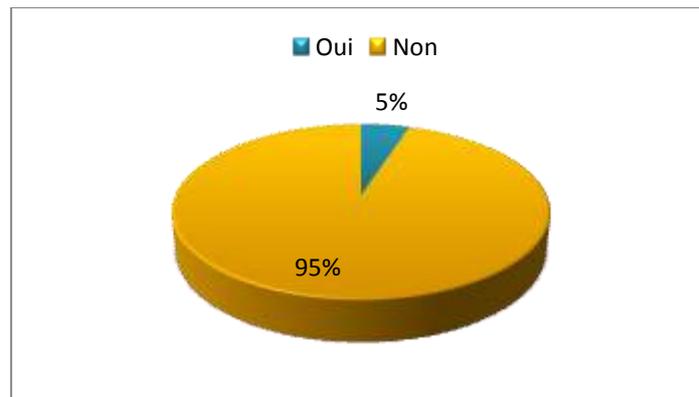
◇ Avez-vous décidé seul(e) ou avec l'autre parent de cette démarche ?



Commentaires :

- La grande majorité des décisions de traitement se fait conjointement par les deux parents.
- Cependant, il faut noter que 23% des accompagnants ont décidé seul du traitement de leur enfant. Le praticien doit s'assurer que légalement, c'est bien le parent qui a la garde de l'enfant qui a pris la décision de traitement, comme vu en partie II-1-4-3-5 de cette thèse.

◇ Y'a-t-il un des deux parents qui était contre ce traitement ?



Commentaires :

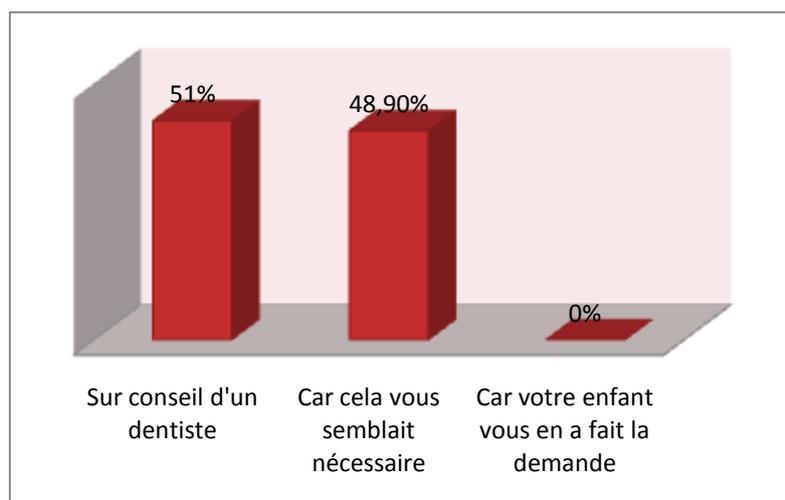
- Un faible pourcentage de parents est contre les traitements orthodontiques.

◇ Si Oui, qui et pourquoi ?

- Sur deux parents ayant répondu négativement, un seul a justifié le refus en disant que ça ne servait à rien.

Question 2 :

◇ Avez-vous amené votre enfant à consulter un orthodontiste ?

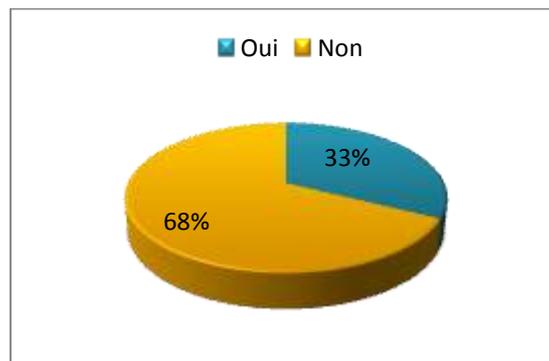


Commentaires :

- Le conseil de l'omnipraticien représente 51% dans la décision des parents de consulter un orthodontiste ; l'opinion elle-même des parents représente 48,9%.
- On voit ici qu'aucun des parents n'a amené son enfant sur demande de celui-ci.

Question 3 :

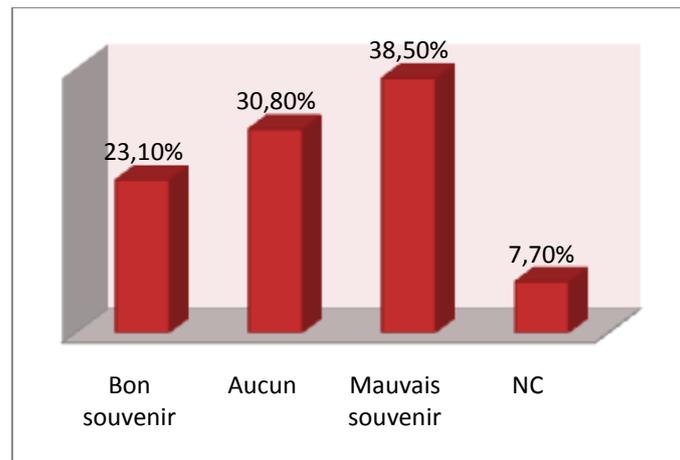
◇ Avez-vous eu vous-même déjà un traitement orthodontique ?



Commentaires :

- La plupart des parents n'ont pas eu de traitement orthodontique.
- Cependant, les 33% en ayant eu un peuvent avoir une influence sur celui de leur enfant : en effet, s'ils l'ont bien vécu, ils vont pouvoir l'encourager ; au contraire, s'ils l'ont vécu comme une difficulté, il faudra s'en méfier car ils auront un avis négatif qui pourra retentir sur leur enfant.

◇ Si Oui, quel souvenir en gardez-vous ?

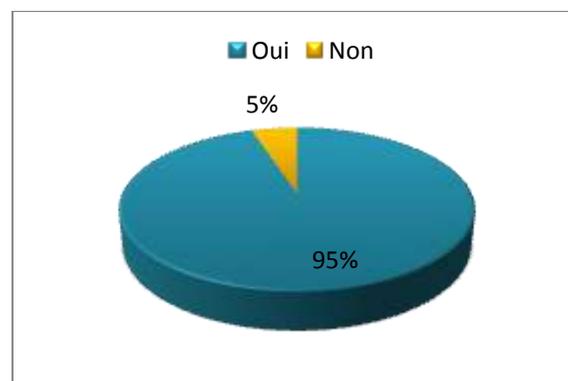


Commentaires :

- Malheureusement, la majorité des parents ayant eu un traitement en garde un mauvais souvenir.

Question 4:

◇ Vous a-t-on expliqué le déroulement/ les étapes du traitement qu'a proposé l'orthodontiste à votre enfant ?



Commentaires :

- 95% des parents sont bien informés du déroulement du traitement de leur enfant, ce qui est relativement satisfaisant vu le rôle important qu'ils détiennent.
- Il reste donc 5% des parents qui ne le sont pas ou pensent ne pas l'être.

◇ Avez-vous compris les explications du traitement?

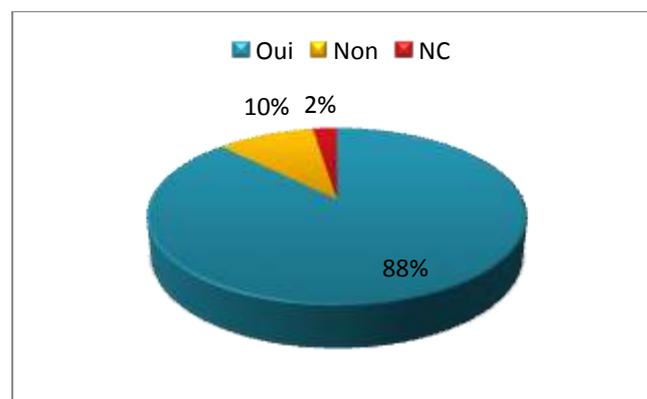


Commentaires :

- Ici encore, la grande majorité des parents (92%) a compris les explications du traitement.
- Il faudrait savoir pourquoi les 8% n'ont pas assimilé ces mêmes explications :

Il s'agit, soit d'un défaut de communication de la part de l'orthodontiste ou un problème de compréhension du parent lui-même. Il faut savoir qu'au Centre de Soins dentaire, il y a régulièrement des enfants qui consultent en présence de leur parents qui ne parlent et ne comprennent pas le français. C'est une difficulté supplémentaire car toutes les explications données se font auprès du patient, qui ne pourra pas être rassuré par ses parents s'il a des doutes et des incertitudes.

◇ Avez-vous le sentiment que votre enfant a aussi compris ces mêmes explications ?

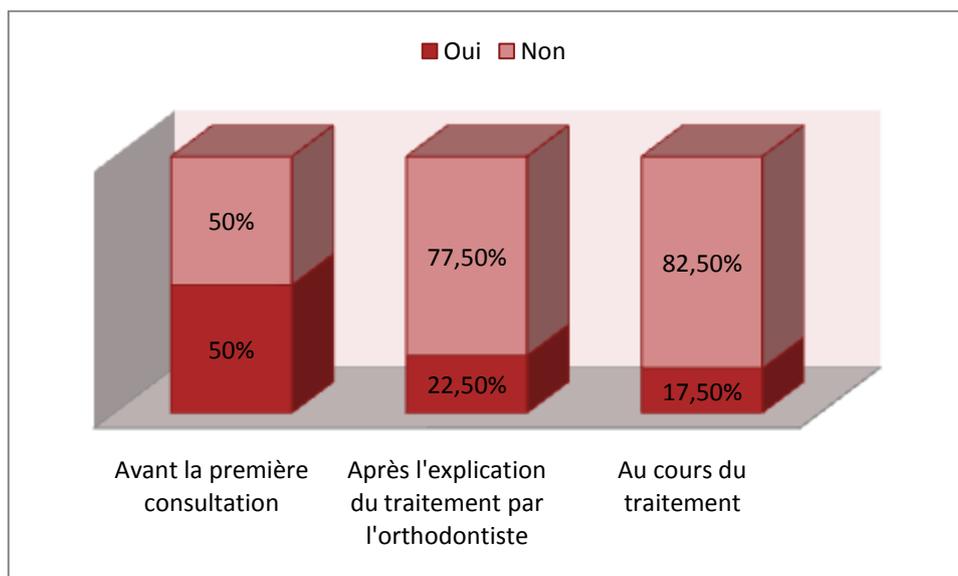


Commentaires :

- 88% des parents ont l'impression que leur enfant a compris les explications du praticien, ce qui représente un très bon pourcentage.

Question 5:

◇ Votre enfant vous a-t-il posé des questions sur son traitement ou sur d'autres choses en rapport avec celui-ci ?

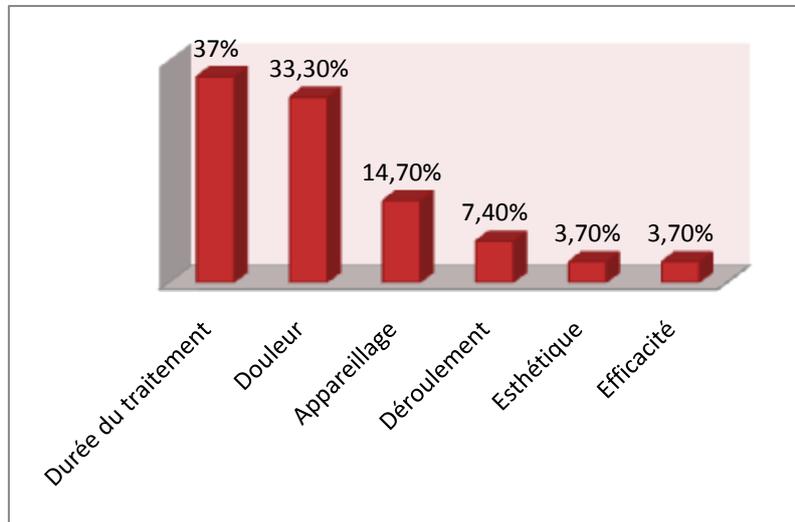


Commentaires :

- Avant la première consultation auprès de l'orthodontiste, 50% des enfants posent des questions sur son éventuel traitement.
- Après la première explication par le praticien, ce pourcentage diminue de moitié.
- Puis, au cours du traitement, il n'y a plus que 17,50% des patients qui expriment des interrogations.
- Il faudrait cependant essayer de diminuer les pourcentages d'incompréhension après la première consultation, qui est primordiale. Le temps accordé lors de celle-ci est du temps de gagné pour la suite, car une fois que l'enfant comprend pourquoi et comment se passe son traitement, il va plus facilement être en accord avec les demandes de son praticien.

→ **Avant la première consultation**

◇ Si Oui, quelles étaient ses principales questions/préoccupations ?



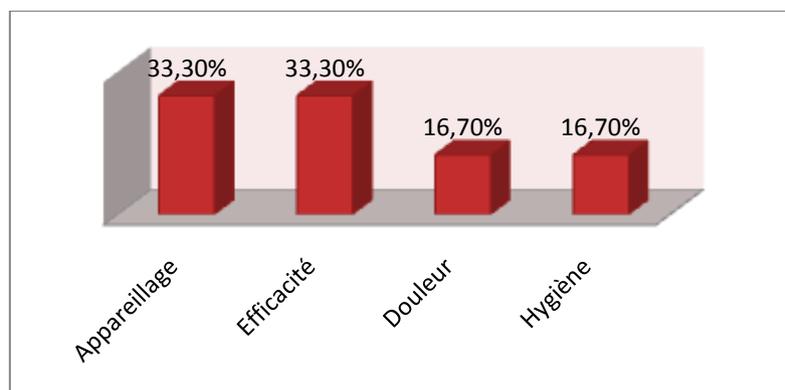
Commentaires :

• Avant la première consultation, les principales questions des patients concernent :

- 1) La **durée** du traitement
- 2) La douleur
- 3) L'appareillage
- 4) Le déroulement du traitement
- 5) L'esthétique
- 6) L'efficacité

→ **Après l'explication du traitement par l'orthodontiste**

◇ Si Oui, quelles étaient ses principales questions/préoccupations ?



Commentaires :

- Sur 9 enfants posant des questions après les explications, seul un n'en avait pas avant. Cela veut donc dire que les 8 qui avaient des préoccupations avant en ont toujours mais elles ne concernent pas forcément les mêmes sujets.

- En effet, les questions à ce stade sont plutôt en rapport avec :

- 1) **L'appareillage et l'efficacité**
- 2) La douleur et l'hygiène

- Cela signifie que la première consultation permet de répondre à plusieurs questions mais peut aussi générer des préoccupations non soupçonnées auparavant, en particulier l'hygiène.

→ **Au cours du traitement**

Commentaires :

- Les 7 patients posant des questions à ce niveau du traitement en ont déjà posé avant.

Leurs principales questions/préoccupations concernent :

- 1) L'évolution : est-elle bonne ou mauvaise ?
- 2) Des questions sur les rendez-vous et des détails précis
- 3) Une éventuelle nécessité de chirurgie
- 4) La durée traitement
- 5) La durée de l'appareillage
- 6) L'alimentation

Question 6 :

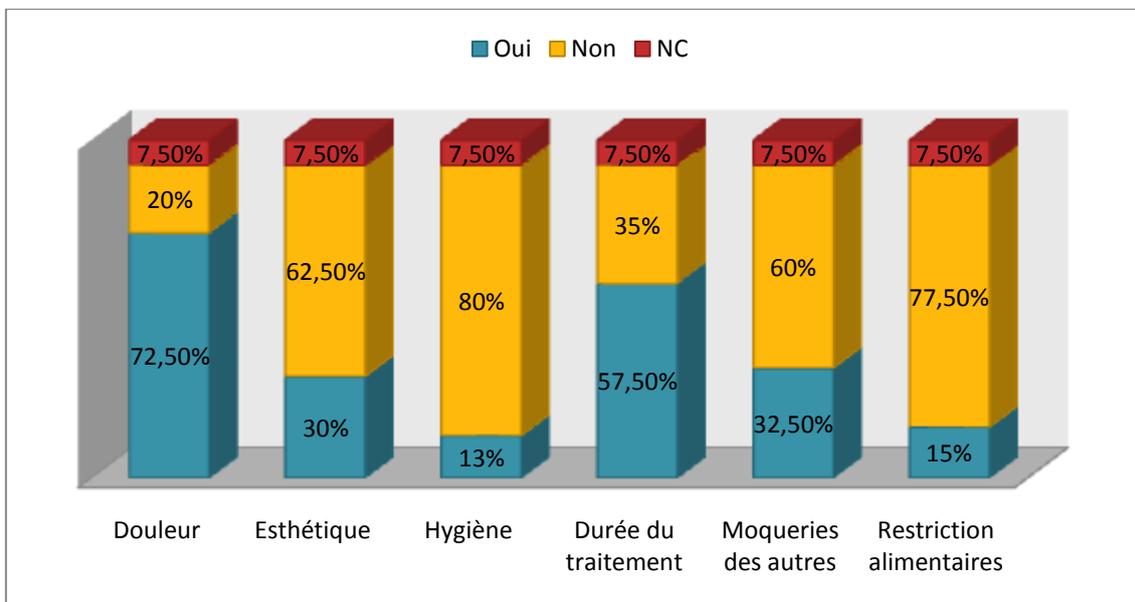
◇ Y'a-t-il des mots ou expressions employés par l'orthodontiste que votre enfant ou vous-même n'avez pas compris ? Lesquels ?

Commentaires :

- Seuls 2 parents (5%) ont eu, soit des incompréhensions de mots, soit un regret concernant l'orthodontiste : « il parlait très peu ».
- Je pense que cette question est trop ouverte, pas assez compréhensible et donc difficile à répondre.

Question 7 :

◇ Que redoutait le plus votre enfant face à un traitement orthodontique ?

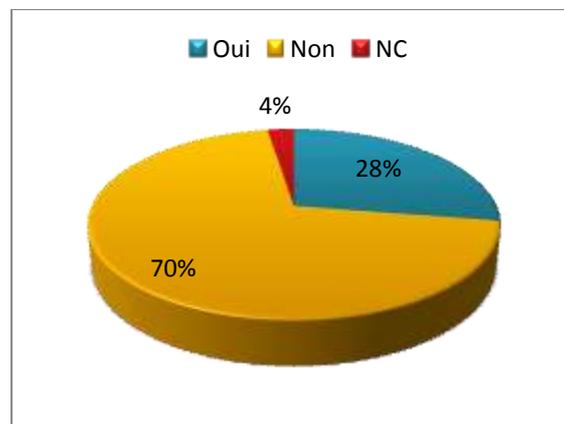


Commentaires :

- Ici encore, on retrouve une appréhension très importante concernant la **douleur** et la **durée** du traitement.
- Ce sont ensuite les moqueries des autres et l'esthétique qui sont à l'origine de craintes.
- En dernier lieu, on trouve les restrictions alimentaires et l'hygiène.

Question 8 :

◇ Est-ce que le coût du traitement de votre enfant est ou était un problème pour vous ?

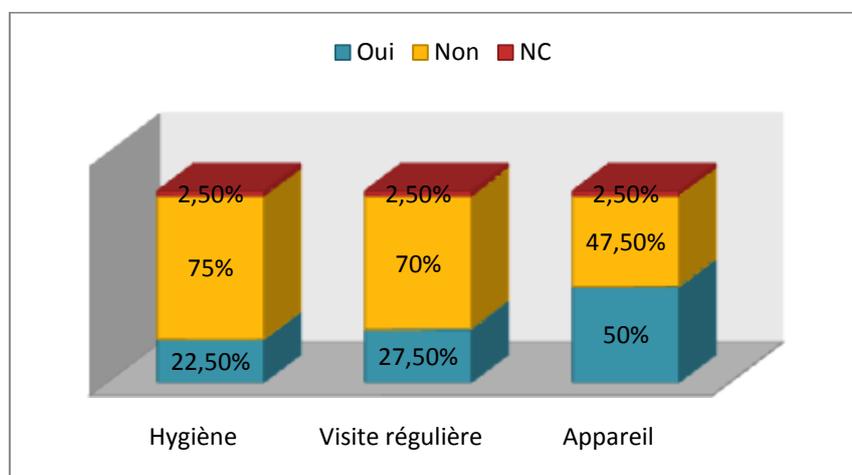


Commentaires :

- Dans la réponse à cette question, il apparaît que pour 70% des parents, le coût du traitement ne représente pas un problème.
- Comme dit auparavant, beaucoup de patients du Centre de Soins Dentaires bénéficient de la CMU. Par conséquent, ils ne sont pas véritablement confrontés au dépassement d'honoraire des traitements en orthodontie. Les parents n'ont, de ce fait, pas forcément conscience du coût que représente un tel traitement et ne peuvent donc pas y trouver là une difficulté.
- En revanche, dans les 28% pour qui le coût du traitement représente un problème, beaucoup viennent au Centre de Soins Dentaire pour la simple raison que le dépassement d'honoraire qui s'y pratique est souvent plus abordable que dans les cabinets libéraux.

Question 9 :

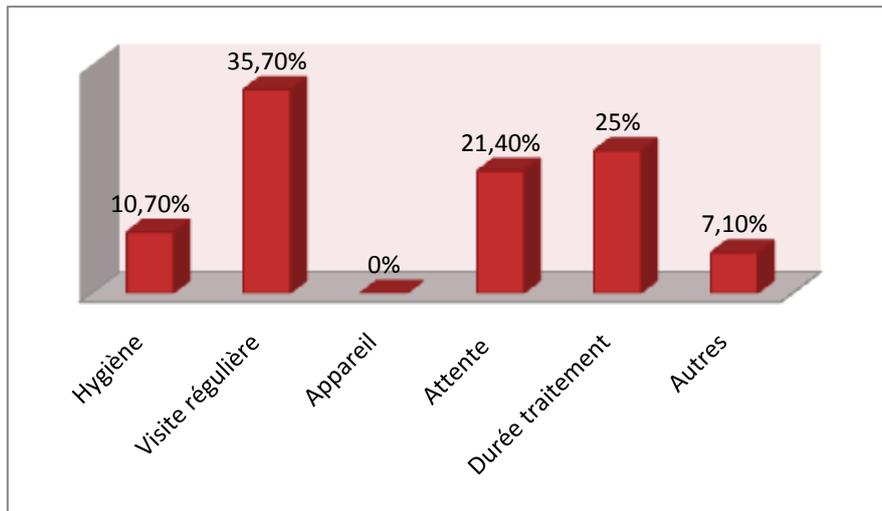
◇ Qu'est-ce que votre enfant trouve le plus contraignant dans son traitement ?



Commentaires :

- La majorité des réponses à cette question concerne l'appareillage.
- L'hygiène et les visites régulières sont en seconde position.

◇ Et vous, que trouvez-vous le plus contraignant ?

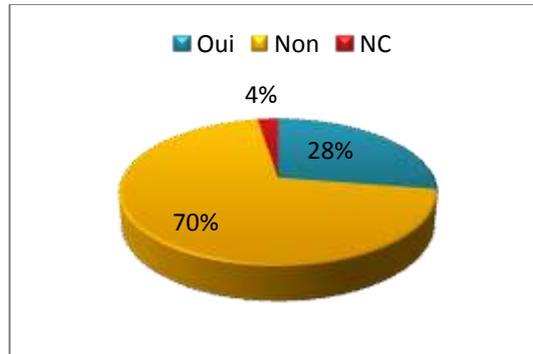


Commentaires :

- Pour les parents, il y a plusieurs contraintes face à un traitement orthodontique :
 - 1) Les visites régulières qui demandent beaucoup de temps
 - 2) La durée du traitement, qui n'est pas toujours bien comprise par les parents, surtout lorsqu'ils sont, de nature, impatientes
 - 3) L'attente lors des rendez-vous
 - 4) L'hygiène : en effet, les parents doivent être très attentifs à cela à la maison. C'est eux qui ont cette responsabilité
 - 5) Autres : cela concerne, d'une part, le suivi personnel de leur enfant à la maison. D'autre part, pour un seul parent, une contrainte majeure lors du traitement de son enfant fût un problème relationnel avec le praticien qu'il ne trouvait pas « aimable ».

Question 10:

◇ Est-ce que votre enfant a déjà eu envie d'arrêter son traitement ?

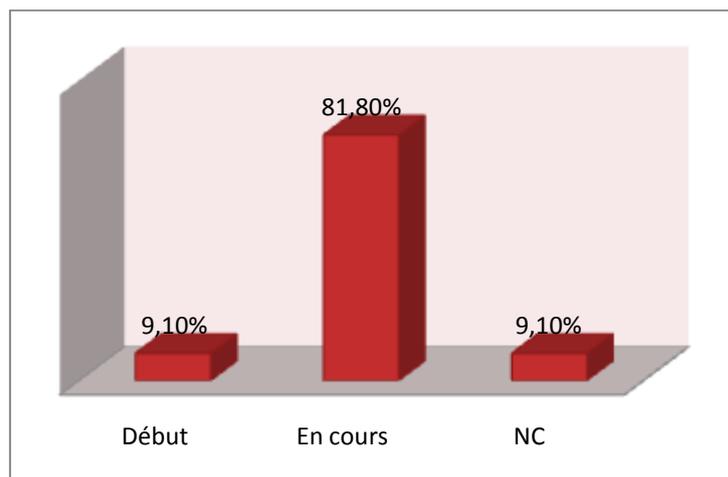


Commentaires :

• Contrairement à la réponse des patients à cette même question, 70% des patients n'ont pas eu envie d'arrêter le traitement.

On peut expliquer cette discordance d'une part, par le fait que le nombre de parents questionnés est moins important que le nombre de patients et peut-être sont-ils les parents de patients n'ayant pas eu envie d'arrêter. D'autre part, on peut également penser que les enfants ne se confient pas entièrement à leurs parents, surtout en période d'adolescence.

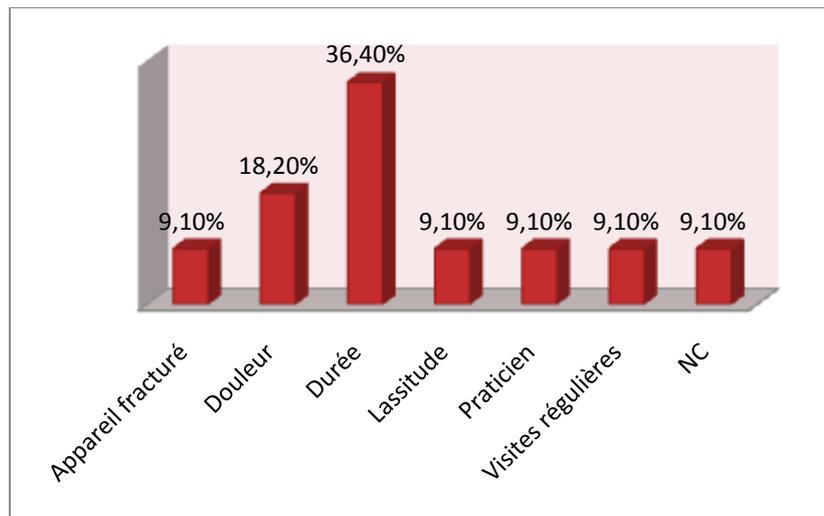
◇ Si Oui, à quel moment ?



Commentaires :

• La plupart des désirs d'arrêt de traitement se manifeste au cours du traitement.

◇ Si Oui, pour quelle(s) raison(s) ?

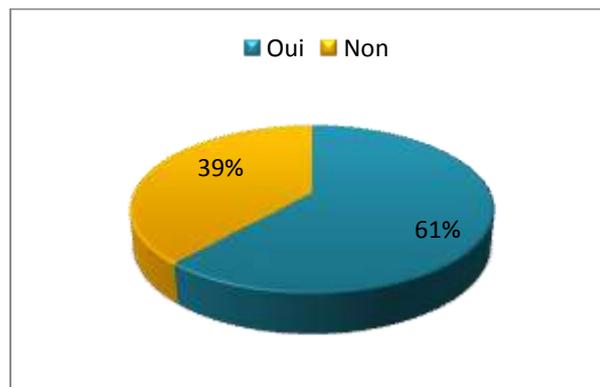


Commentaires :

• Il y a plusieurs raisons évoquées :

- 1) La **durée** du traitement (raison la plus fréquente)
- 2) La douleur
- 3) Puis, dans les mêmes pourcentages, les fractures d'appareil, la lassitude, les visites régulières, le praticien

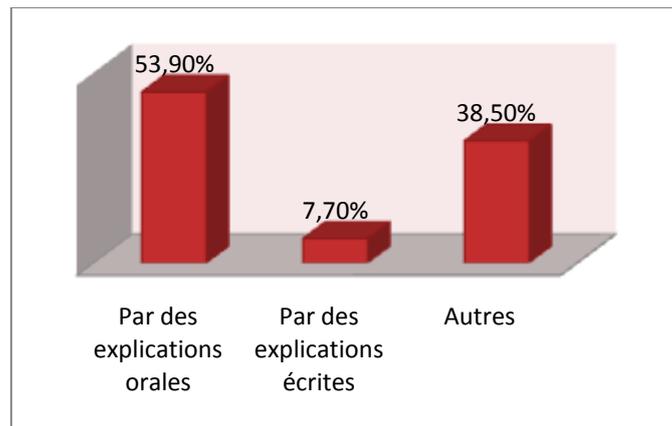
◇ Si Oui, l'orthodontiste a-t-il su le remotiver ?



Commentaires :

• Pour 62% des cas, l'orthodontiste a su remotiver le patient. Ce résultat concorde avec celui observé chez les patients (62%).

◇ De quelle manière l'a-t-il remotivé ?



Commentaires :

- Les parents affirment aussi que la remotivation se fait majoritairement par des explications orales

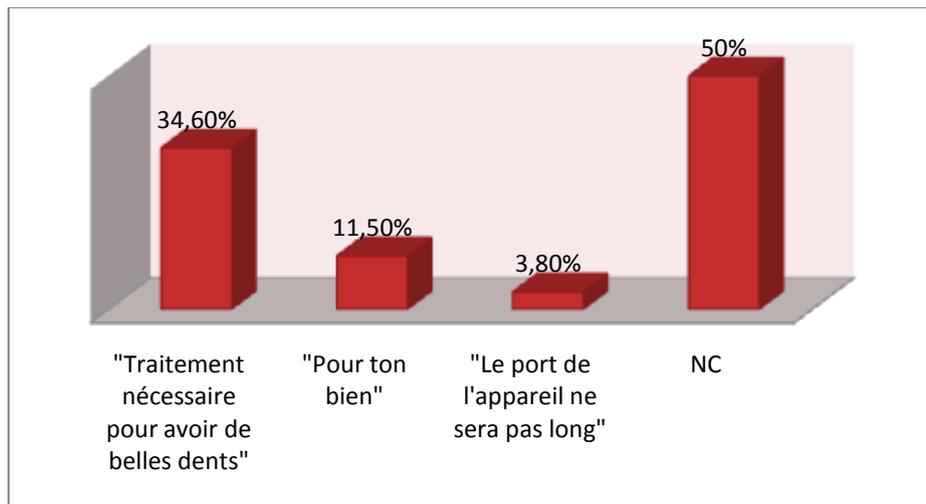
◇ Et vous, vous est-il arrivé de remotiver votre enfant ?



Commentaires :

- La moitié des parents (53%) a participé à la remotivation de leur enfant. On comprend, encore une fois, le rôle important des parents dans le cadre d'un traitement orthodontique. Le praticien agit lors des rendez-vous mais à la maison, ce sont les parents qui doivent prendre le relais.

◇ Si Oui, que lui avez-vous dit ?



Commentaires :

• Malgré le nombre important de non réponse à cette question, on distingue trois expressions les plus souvent évoquées par les parents pour motiver leur enfant :

- 1) « Le traitement est nécessaire pour avoir de belles dents »
- 2) « C'est pour ton bien »
- 3) « Le port de l'appareil ne sera pas long »

Ces expressions correspondent avec celles décrites dans la partie II-1-4-3-6 de cette thèse.

Question 11 :

◇ Si vous deviez donner une note de satisfaction par rapport au traitement de votre enfant ?

La moyenne est de $\boxed{8,1/10}$, légèrement inférieure à celle des patients.

3-4) Conclusions des questionnaires

3-4-1) Conclusions du questionnaire « patient »

L'enquête effectuée nous permet de répondre à la plupart des objectifs fixés :

3-4-1-1) La communication au CSD

Les patients estiment avoir une bonne explication de leur traitement au Centre de Soins dentaires. Ils savent tous pourquoi ils nécessitent un traitement, ce qui est très important.

La majorité des patients comprend le déroulement de leur traitement mais il est nécessaire, de la part de l'orthodontiste, de rappeler régulièrement, à tout moment du traitement, ce qu'il faut faire, ce que le patient doit faire lui-même et à quelle étape du traitement il est arrivé.

Les mots ou expressions employés par les praticiens sont, en général, clairs pour les patients.

Les expressions négatives :

- Les mots qui **découragent** le plus sont ceux qui abordent la durée du traitement et l'appareillage.
- Ceux qui font **peur** sont ceux qui touchent à l'appareillage également, le vocabulaire trop médical et ceux qui sont en rapport avec les opérations chirurgicales.

Les expressions positives :

- Les mots les plus **motivants** surviennent lorsque l'orthodontiste parle de « belles dents » ou lorsqu'il félicite pour la bonne hygiène
- Ceux qui font le plus **plaisir** concernent la dépose des appareils, la bonne hygiène, le fait d'avoir de « belles dents » et les félicitations pour les efforts réalisés.

3-4-1-2) Les sujets spécifiques

Il y a deux choses qui sont très redoutées par les patients lors de leur traitement et qui reviennent dans plusieurs réponses :

- 1) La **douleur** du traitement : or, concernant la douleur, seulement la moitié des patients ont une prescription d'antalgique.
- 2) La **durée** du traitement

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, les contraintes esthétiques ne posent pas énormément de difficultés même si les patients, adolescents pour la plupart, aimeraient des appareils plus discrets.

D'autre part, on se rend également compte que l'hygiène est un sujet bien intégré par les patients et qu'elle ne représente pas une réelle « corvée ».

3-4-1-3) Les abandons de traitement

53% des patients déclarent avoir eu envie d'arrêter leur traitement, ce qui représente un pourcentage assez important, non négligeable. Le praticien doit, tout au long du traitement, motiver ses patients, même ceux qui paraissent coopérants, afin d'éviter au maximum ces risques d'abandons.

3-4-2) Conclusions du questionnaire « parent »

3-4-2-1) La communication au CSD

Pour les parents interrogés, les explications données par le praticien à propos du déroulement du traitement sont, dans l'ensemble, très compréhensibles aussi bien par eux que par leurs enfants. 50% des ceux-ci ont beaucoup de questions auprès de leurs parents avant la première consultation. Ce pourcentage diminue de moitié après celle-ci, puis davantage au cours du traitement.

Néanmoins, il persiste un faible pourcentage de patients ayant des incertitudes et des doutes. Ceux-ci nécessitent, par conséquent, la présence de leurs parents afin de les rassurer. On peut ainsi en déduire le rôle important qu'ont les parents dans le cadre du traitement de leur enfant

car leur présence permet de relayer le discours de leur praticien. Il est donc primordial pour l'orthodontiste de les informer et de les éduquer également.

Il y a des parents qui ne comprennent cependant pas tout. Comme dit plus haut, cette incompréhension peut parfois être due à la barrière de la langue.

3-4-2-2) Les sujets spécifiques

D'après les parents, les principales préoccupations de leurs enfants avant la première consultation concernent la **durée** du traitement et sa **douleur**. C'est ce qu'ils redoutent le plus.

Après les explications par le praticien, ces questions sont plus tournées vers les appareillages et l'efficacité du traitement. Encore une fois, les parents doivent savoir répondre à ces questions et pour cela, ils doivent avoir compris les explications et informations délivrées par l'orthodontiste.

D'ailleurs, ce qui est le plus contraignant lors du traitement pour les enfants est l'appareillage. Pour les parents, il s'agit plus des visites régulières, de la durée du traitement et de l'attente lors des jours de rendez-vous.

Le coût du traitement n'apparaît pas être un problème au niveau du Centre de Soins Dentaires, sûrement pour les raisons évoquées plus haut.

3-4-2-3) Les abandons de traitement

Pour les parents, seuls 28% des patients ont eu envie d'arrêter leur traitement. Ce chiffre est un des seuls à ne pas correspondre entre les deux questionnaires. Comme expliqué auparavant, cette dissimilitude peut être due au nombre inférieur de parents questionnés et au fait que les patients, souvent adolescents, peuvent ne pas vouloir se confier à leurs parents.

Les raisons de désir d'abandon de traitement les plus fréquemment évoquées sont encore une fois la **douleur** et la **durée** du traitement. Selon 62% des parents, l'orthodontiste a su remotiver leur enfant, chiffre équivalent à celui noté auprès des patients.

Par ailleurs, la moitié des parents dit avoir remotivé et encouragé leur enfant. Une fois encore, ceci prouve l'importance de la présence des parents aux côtés de leur enfant, à tout moment du traitement.

3-4-2-4) L'influence des parents

Près de la moitié des parents ont consulté un orthodontiste parce que cela leur semblait nécessaire. Pour les enfants, ce sont leurs parents qui sont le plus souvent à l'origine de cette même consultation, ceci, avant les conseils de leur omnipraticien. Les parents forment ainsi un maillon important dans la décision de traitement.

La plupart des accompagnants sont les mères. La relation triadique apparaît, une fois de plus, spécifique et primordiale dans le cadre du traitement orthodontique.

Enfin, 33% des parents interrogés ont eu recours, eux-mêmes, à un traitement orthodontique. La plupart en garde un mauvais souvenir. Il faut tenir compte de cela car ils peuvent influencer négativement leur enfant, de façon plus ou moins inconsciente.

3-4-3) Conclusions globales

3-4-3-1) Remarques générales

Il y a plusieurs remarques à faire concernant cette étude :

- 1) Bien sûr, notre étude ne présente aucune valeur statistique réelle car la population étudiée est spécifique au Centre de Soins Dentaires. Mais elle a cependant le mérite de nous éclairer un peu sur les relations patients-parents-praticiens en Orthopédie Dento-Faciale.
- 2) On peut d'ores et déjà noter que la plupart des patients et des parents sont relativement satisfaits de la communication effectuée au Centre de Soins Dentaires. En effet, selon les notes de satisfaction, la moyenne est de 8,3/10 pour les patients et de 8,1/10 pour leurs accompagnants.
- 3) La population étudiée au Centre de Soins Dentaires ne reflète pas celle que l'on pourrait rencontrer dans un cabinet d'orthodontie libéral. En effet, le contexte social de ces familles semble plus défavorisé. Il en découle souvent un problème de langage, de vocabulaire, non seulement médical, mais aussi parfois de français tout simplement.
- 4) Cela retentit sur le type de questions utilisées : des questions à choix multiple auraient été plus adaptées dans ces questionnaires au lieu de certaines questions trop ouvertes.

- 5) Par conséquent, cette étude n'a pas permis de répondre précisément au deuxième objectif fixé, à savoir « Quelle communication faut-il adopter, dans le cadre d'un traitement orthodontique, pour évoquer certains sujets spécifiques (hygiène...) et quels termes vaut-il mieux employer que d'autres ? ». Une autre enquête pourrait, de ce fait, être menée afin d'approfondir cela, en utilisant un vocabulaire et un type de question plus adéquats.

- 6) Par ailleurs, il faut évoquer un obstacle supplémentaire à cette étude : les enquêtes étaient réalisées avant les rendez-vous pour les enfants et pendant, pour les parents. De ce fait, il y avait souvent un manque de temps pour terminer de répondre aux questions, qui étaient assez nombreuses.

- 7) Il serait maintenant intéressant de faire d'autres études collatérales afin de :
 - Savoir si l'âge et le sexe des patients jouent un rôle dans la réussite des traitements orthodontiques
 - Savoir si le changement d'orthodontiste est un facteur négatif, positif ou indifférent dans cette même réussite
 - Creuser la notion de durée de traitement, très fréquemment rencontrée dans cette étude :
 - o Est-ce que les patients veulent vraiment savoir la durée ?
 - o N'est-ce pas une source d'angoisse supplémentaire pour eux ?
 - o Comment faut-il l'aborder réellement:
 - parler en mois/années
 - ou plutôt sous forme imagée : « tu seras en telle classe à la fin de ton traitement »
 - ou encore fonctionner avec un système d'étapes : « tu en es rendu à la 2^{ème} étape sur les 3 de ton traitement »

3-4-3-2) Propositions concernant l'amélioration de la communication au Centre de Soins Dentaires de Nantes

Cette enquête démontre que la communication au Centre de Soins Dentaires de Nantes semble assez satisfaisante vis-à-vis des patients et de leurs accompagnants. Cependant, il y a toujours des améliorations à apporter afin d'optimiser celle-ci. On peut, de ce fait, suggérer quelques propositions :

- 1) La **douleur**, premier motif de questions, de démotivation de la part des patients doit être absolument prise en charge. Or, on note que plus de la moitié des patients ne ressortent pas avec une prescription d'au moins un antalgique léger. Peut-être faudrait-il donc en prescrire en systématique, après la pose d'un appareil ?

- 2) Concernant les **appareils** eux-mêmes, le praticien doit peut-être rassurer le patient en lui montrant des photographies explicatives et non inquiétantes.
- 3) Pour les **parents**, il y a plusieurs cas de figure :
 - a. Ceux qui gardent un bon souvenir d'un éventuel traitement les concernant doivent être confortés. Il faut leur expliquer que les techniques ont évolué et seront encore plus efficaces et plus confortables pour leur enfant que pour eux.
 - b. Ceux qui en gardent un mauvais souvenir doivent être convaincus que les techniques ont changé, qu'elles ne sont plus les mêmes que celles qu'ils ont pu côtoyer. Ils ont besoin de savoir que leur enfant aura moins de gêne et bénéficiera d'un traitement beaucoup plus agréable.
- 4) Concernant les **visites** et leur **durée**, beaucoup de parents considèrent cela comme une contrainte importante. C'est pourquoi, il faudrait envisager une amélioration des espaces d'attentes : mise en place de télévision, actualisation des revues, changement des fauteuils actuels pour de plus confortables, modification de la décoration murale (tableaux, peintures)...
- 5) Comme dans beaucoup de cabinets libéraux, on pourrait envisager l'aménagement d'une **pièce** au sein du service, destinée à l'explication du traitement pour le patient et ses accompagnants. Ce serait un espace audio-visuel où se trouveraient des logiciels informatiques (CD-Rom, de morphing), des livrets de photographies explicatives, des modèles d'appareils que les patients pourraient observer. Ce lieu serait également plus convivial et confortable que les box de clinique où les parents n'ont même pas la possibilité d'être assis.
- 6) Enfin, l'**explication** orale du traitement par le praticien pourrait être relayée par deux plaquettes d'information illustrées :
 - Une pour les patients
 - Une pour leurs accompagnants

Celles-ci évoqueraient les principaux sujets du traitement :

- La douleur et son traitement
- La durée moyenne
- Les étapes
- Les techniques utilisées
- Les devoirs du patient concernant l'hygiène, les restrictions alimentaires, les visites régulières
- Dans la plaquette « parents », le coût moyen, les moyens de prise en charge du traitement

Ce sont des petites choses qui amélioreraient la communication et qui représenteraient beaucoup aux yeux des patients et de leurs parents.

Conclusion

La communication apparaît, suite à ce travail, être un élément déterminant dans toute relation humaine, d'autant plus dans le cadre d'un traitement orthodontique.

Cette faculté de l'être humain se révèle être aussi bien un atout qu'un obstacle indéniable en fonction des situations dans lesquelles nous nous trouvons. C'est une faculté tant verbale que non verbale, qui n'est pas totalement innée et que l'on doit apprendre à manier.

« La communication est une science difficile. Ce n'est pas une science exacte. Ca s'apprend et ça se cultive ».

Jean-Luc Lagardère

Comme le dit Jacques Corraze, « on ne peut pas ne pas communiquer ». C'est pourquoi, face à cette fatalité, il faut essayer de bien le faire afin d'être efficace auprès de nos interlocuteurs. Les hommes ont tous quelque chose en commun, c'est qu'ils sont tous différents. Ainsi, chacun doit dialoguer avec l'autre en fonction de ses origines, de son milieu social, de son éducation.

Pourquoi a-t-on ce désir d'être un orthodontiste ? Il y a non seulement la volonté d'exercer une profession médicale, la volonté de rétablir la « beauté » et la fonction, mais également la volonté de pratiquer un métier où l'on est en contact avec des personnes, où surviennent de nombreux échanges.

Par conséquent, les préceptes généraux de la communication sont applicables en orthodontie.

En effet, à tout moment du traitement, le praticien doit être capable d'expliquer, dans le but de rassurer et d'être crédible. Il doit être conscient que chaque patient qu'il reçoit est unique, qu'il doit donc s'adapter à lui, mais aussi à ses parents, éléments non négligeables dans cette relation triadique spécifique.

Un orthodontiste, en plus de ses compétences techniques, devrait donc être formé à la communication, part importante dans la réussite de ses traitements. Cet enseignement aurait besoin d'être réalisé aussi bien lors de la formation initiale en orthodontie que lors de formations continues car la communication n'est jamais acquise, surtout dans ce domaine. C'est un talent qui mérite d'être inculqué.

Références Bibliographiques

1) ACKERMAN JL.

Ask us. Is it ok to morph the photo of a child's face for treatment-planning discussion?

Am J Orthod Dentofac Orthop 2003;**123**(4):19A-20A.

2) ALMEIDA RC, VIANNA DG, KOO D et coll.

Le brossage en Orthopédie Dento-Faciale : de la technique et du temps ?

Rev Odontostomatol 2005;**34**(1):59-68.

3) AMORIC M et CHOUKROUN MG.

Traiter avec ou sans coopération.

Orthod Fr 2002;**73**(4):429-437.

4) ARFI-BERREBI V.

La communication en ODF : Impact du message verbal et non verbal sur le résultat thérapeutique.

Thèse : Doctorat en chirurgie-dentaire, Paris VII, 2003.

5) ARRETO C D, BRUNET-CANONNE A et FIORETTI F.

Consulter en odontologie, la relation praticien-patient.

Paris : CdP, 2006.

6) BAIRD JF et ASUMAN KIYAK H.

The uninformed orthodontic patient and parent: Treatment outcomes.

Am J Orthod Dentofac Orthop 2003;**124**(2)212-215.

7) BASSIGNY F.

Les échecs en Orthopédie Dento-Faciale, en relation avec une motivation insuffisante.

Rev Odontostomatol 1978;(4):270-271.

8) BASSIGNY F et CANAL P.

Manuel d'orthopédie dento-faciale.

Paris : Masson, 1991.

9) BECKWITH FR, ACKERMAN RJ, COBB CM et coll.

An evaluation of factors affecting duration of orthodontic treatment.

Am J Orthod Dentofac Orthop 1999;**115**(4):439-447.

10) BRATTSTROM V, INGELSSON M et ABERG E.

Treatment cooperation in orthodontic patient.

Br J Orthod 1991;**18**(1):37-42.

11) BOS A, HOOGSTRATEN J et PRAHL-ANDERSEN B.

Attitudes towards orthodontic treatment: a comparison of treated and untreated subjects.

Eur J Orthod 2005;**27**(2):148-154.

12) BOSWELL S.

Le pouvoir d'une vraie communication-Convergence spécial Communication.

Inf Dent 2001;**83**(18):1-17.

13) BOUBLI C.

Enquête sur la douleur au cours du traitement orthodontique chez le patient adulte.

Rev Orthop Dentofac 1999;**33**(1):97-120.

14) BOURASSA M.

Dentisterie comportementale ; manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire.

Montréal : Méridien Frison Roche, 1998.

15) BOURDILLAT C.

Qualité de vie pendant le traitement orthodontique : prendre en compte l'inconfort ou la douleur.

Rev Orthop Dentofac 1999;**33**(1):73-92.

16) CEIB P, HILL BJ et CANNAC C.

The influence of video imaging on patient's perceptions and expectations.

Angle Orthod 1995;**65**(4):263-270.

17) CHARRON C.

Incidence pronostic de la coopération de l'enfant et traitement orthodontique en pratique courante.

Actual Odontostomatol (Paris) 1974;107:479-488.

18) CHOUKROUN MG.

Les échecs relationnels en orthodontie.

Rev Orthop Dentofac 2000;34(2):313-323.

19) CHOUKROUN MG.

Les risques psychologiques en Orthopédie Dento-Faciale.

Rev Orthop Dentofac 2004;38(3):311-331.

20) CORRAZE J.

Les communications non verbales.

Paris : Presses Universitaires de France, 2001.

21) DELCLOS M.

Les couleurs, sources d'énergie au quotidien.

Paris : Trajectoires, 2003.

22) DENIAUD J.

Extraction des dents permanentes saines.

Inf Dent 2001;83(9):59.

23) DOUAL A.

Le praticien et l'enfant.

Rev Odontostomatol 1981;10(3):253-256.

24) FISCHER GN et VISCHER J.

L'évaluation des environnements de travail.

Bruxelles : La Découverte, 1997.

25) GARCIA-GODOY FM.

Parents, dentist and child classification for behavior management in the dentist environment.

J Pedod 1986;**10**:273-282.

26) GASS V, ROTHEA-GOILLARD C et BACON W.

La douleur en Orthopédie Dento-Faciale.

Orthod Fr 2004;**75**(3):265.

27) GAUBERT R, MOSSE A et MERY J.

L'âge du traitement orthodontique.

Orthod Fr 1988;**59**(1):209-218.

28) GUILLARD MA.

La communication verbale au cabinet dentaire.

Rev Odontostomatol 1981;**10**(3):223-231.

29) GUSTIN A, BUSSON A, TREGUIER M et coll.

Abandons de traitement en Orthopédie Dento-Faciale : les appréhender, les éviter.

Rev Med Assur Mal 2003;**34**(4):249-257.

30) HALL E.

La dimension cachée.

Paris : Le Seuil, 1978.

31) HOSS K, SAMESHIMA GT et GRUBB JE.

The accuracy of video imaging for mixed dentition and adolescent treatment.

Angle Orthod 1997;**67**(5):355-364.

32) IANDOLO C.

Guide pratique de la communication avec le patient- Techniques, arts et erreurs de la communication.

Paris : Masson, 2007.

33) IRION M.

Intérêt d'un nouveau moyen de communication pour l'explication du plan de traitement en ODF.

Ormonews 1998;**20**:9-11.

34) JUNG-NAFZIGER Y.

Un enfant, une mère, l'orthodontiste : Une triade relationnelle.

Rev Orthop Dentofac 1983;**3**:327-420.

35) KAY EJ et TINSLEY SR.

Communication and the Dental Team.

Londres: Stephen Hancocks, 2004.

36) LACROIX L.

L'abord psychologique de l'adulte en orthodontie influence-t-il la décision et le résultat thérapeutique ?

Thèse : Doctorat en chirurgie-dentaire, Montpellier I, 2000.

37) LANGLADE M.

Les structures de la motivation.

Rev Orthop Dentofac 1982;**16**(3):243-251.

38) LEBOVICI S et SOULE M.

La connaissance de l'enfant par la psychanalyse.

Paris : Presses Universitaires de France, 1977.

39) LE TN, SAMESHIMA GT, GRUBB JE et coll.

The role of computerized video imaging in predicting adult extraction treatment outcomes.

Angle Orthod 1998;**68**(5):391-400.

40) LIPKIN GB et COHEN RG.

Effective approaches to patient's behavior.

New York: Springer, 1986.

41) LLORCA G.

Communication médicale.

Paris: Ellipses, 1994.

42) MANARA F et SAPELLI P.

Aspects médico-psychologiques et psychiatriques en pédodontie.

In : PASINI W, HAYNAL A, ed. Manuel de psychologie odontologique.

Paris : Masson, 1992:79-89.

43) MANNE J.

Psychologie et odontostomatologie.

Paris : Librairie Maloine, 1967.

44) MC DONALD RE et AVERY DR.

Dentistry for the child and adolescent.

St Louis: Mosby, 1987.

45) MEHRA T, NANDA RS et SINHA PK.

Orthodontist's assessment and management of patient compliance.

Angle Orthod 1998;**68**(2):115-122.

46) MESNAY W et BOURASSA M.

L'Orthopédie Dento-Faciale: une relation thérapeutique adaptée.

Réal Clin 1997;**8**(3):255-265.

47) MESNAY W.

Les motifs d'échec en ODF : le facteur humain. 2008.

<http://www.orthodontie-fr.com>

48) MIGAULT O et MOLLARD P.

Deux ans d'utilisation d'un CD-Rom de communication au cabinet dentaire.

Am J Orthod Dentofac Orthop 1999;**5**:178-180.

49) MILBERG DJ.

Communicating with young patient: look, listen, learn and lead.

J Clin Orthod 2007;**41**(12):751-755.

50) MILLER L, MORRIS D et BERRY E.

Visualizing three-dimensional facial soft tissue changes following orthognatic surgery.

Eur J Orthod 2007;**29**:14-20.

51) MONTESSORI M.

De l'enfant à l'adolescent.

Paris: Desclée de Brouwer, 1996.

52) MORTENSEN MG, ASUMAN KIYAK H et OMNELL L.

Patient and parent understanding of informed consent in orthodontics.

Am J Orthod Dentofac Orthop 2003;**124**(5):541-550.

53) MOULIS E, CHABADEL O, GOLDSMITH MC et coll.

Prévention des caries dentaires et orthodontie.

Paris : Elsevier, 2008.

54) MOURADIAN WE.

Making decisions for children.

Angle Orthod 1999;**69**(4):300-305.

55) MYERS G et MYERS M.

Les bases de la communication interpersonnelle.

Québec : Mc Graw-Hill, 1984.

56) NANDA RS et KIERL MJ.

Prediction of cooperation in orthodontic treatment.

Am J Orthod Dentofac Orthop 1992;**102**(1):15-21.

57) OLIVIER G.

Pratiques anthropologiques.

Paris: Vigot, 1960.

58) ORTHOFREE (Laboratoire)

Appareils orthodontiques.

<http://www.orthofree.com/fr/default.asp.MenuID=282>

59) OSBORNE MH et UNTERSCHUETZ J.

Working with children: from compliance to collaboration.

J Clin Orthod 2002;**36**(12):681-684.

60) PASINI W et HAYNAL A.

La bouche, les dents, le chirurgien-dentiste et leur symbolisme.

In : PASINI W, HAYNAL A, ed. Manuel de psychologie odontologique.

Paris : Masson 1992:309-316.

61) PERREN-KLINGLER G.

La P.N.L., une approche nouvelle dans la communication médecin-malade.

Rev Med Suisse Romande 1998;**108**(1):67-69.

62) PHILIPPE J.

Des principes et une technique.

Paris : Prelat, 1977.

63) PIVETEAU J et NOYE D.

Comment communiquer de façon efficace ?

Paris : Insep, 1985.

64) RICHTER DD, NANDA RS et SINHA PK.

Effect of behavior modification on patient compliance in orthodontics.

Angle Orthod 1998;**68**(2):123-132.

65) ROIG R et ROUSSEAU P.

Le rôle de l'assistante dentaire, principes fondamentaux.

Paris : CdP, 2003.

66) ROZENWEIG S.

Encourager la coopération des adolescents pour leur traitement orthodontique ou la pratique d'une communication efficace.

Rev Orthop Dentofac 1991;**25**(2):169-181.

67) RUBIN RM.

Modification du comportement par la coopération en orthodontie.

Rev Orthop Dentofac 1983;**17**:363-367.

68) SAMESHIMA GT, KAWAKAMI RK, KAMINISHI RM et coll.

Predicting soft tissue changes in maxillary impaction surgery: A comparison of two video imaging systems.

Angle Orthod 1997;**67**(5):347-354.

69) SANS AUTEUR.

Conseils aux patients.

<http://dr-ahr-catherine.chirurgiens-dentistes.fr/>

70) SERGL HG, KLAGES U et PEMPERA J.

On the prediction of dentist-evaluated patient compliance in orthodontics.

Eur J Orthod 1992;**14**:463-468.

71) SERGL HG, KLAGES U et ZENTNER A.

Pain and discomfort during orthodontic treatment: Causative factors and effects on compliance.

Am J Orthod Dentofac Orthop 1998;**114**(6):684-691.

72) SHANNON C et WEAVER W.

Théorie mathématique de la communication.

Paris : Retz, 1975.

73) SINHA PK, NANDA RS et McNEIL DW.

Perceived orthodontist behaviors that predict patient satisfaction, orthodontist-patient relationship and patient adherence in orthodontic treatment.

Am J Orthod Dentofac Orthop 1996;**110**(4):370-377.

74) STARNBACH HK et KAPLAN A.

Profile of an excellent orthodontic patient.

Angle Orthod 1975;**45**(2):141-145.

75) SUEUR S.

L'orthodontiste et son patient.

Inf Dent 1981;**63**(35):3259-3270.

76) SYLIANGCO S T, SAMESHIMA GT, KAMINISHI RM et coll.

Predicting soft tissue changes in mandibular advancement surgery: A comparison of two video imaging systems.

Angle Orthod 1997;**67**(5):337-346.

77) THERY-HUGLY MC.

La communication affirmée, confortable et rentable au cabinet d'orthopédie dento-faciale.

Ormonews Oct1996;**16**:1-14.

78) THOMSON AM, CUNNINGHAM SJ et HUNT NP.

A comparison of information retention at an initial orthodontic consultation.

Eur J Orthod 2001;**23**:169-178.

79) TURPIN DL.

The need of video imaging.

Angle Orthod 1995;**65**(4):243.

80) TURPIN DL.

Predicting treatment results with video imaging systems.

Angle Orthod 1997;**67**(5):53-70.

81) TURPIN DL.

A child's need, a parent's wish, an orthodontist's responsibility.

Angle Orthod 1999;**69**(4):291.

82) VELIN J.

L'adolescence est-elle le meilleur moment pour entreprendre un traitement d'orthodontie ? Le point de vue du psychiatre.

Rev Orthop Dentofac 1989;**23**:471-475.

83) VEREECK E.

Orthodontie, halte au massacre.

Aix-en-Provence : Luigi Castelli, 2005.

84) VOIZOT B.

L'inquiétude de l'adolescent en situation de soins.

Rev Orthop Dentofac 1983;**17**(3):293-300.

85) WITT E et BARTSCH A.

Wirkung von information und kommunikation im kieferorthopädischen beratungsgespräch.

Fortschr Kieferorthop 1993;**54**(5):187-195.

86) WOLIKOW M et ADAM C.

Soigner l'enfant: une approche psychologique.

Réal Clin 2001;**12**(1):21-33.

JIQUEL (Angéline).- L'Orthopédie Dento-Faciale : comment communiquer avec le patient ?- 217p. ; 11 ill. ; 6 tabl. ; 86 ref. ; 30 cm. (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2010)

RESUME

La communication auprès du patient lors d'un traitement d'Orthopédie-Dento-Faciale est essentielle à la réussite de celui-ci.

Cette faculté de communiquer n'est pas totalement innée et doit être apprise. En effet, il n'existe pas uniquement une communication verbale mais également d'autres formes, para et non verbales. Leur bon emploi est nécessaire. C'est pourquoi les préceptes fondamentaux de la communication seront décrits dans un premier temps.

Puis, ces règles seront ensuite appliquées au cabinet d'orthodontie où l'on rencontre différents acteurs de la relation thérapeutique : le patient, les parents et le praticien, ainsi que l'ensemble de l'équipe de soins. D'autre part, les abandons et les démotivations sont très fréquentes lors d'un traitement d'orthopédie dento-faciale, en particulier du fait de sa durée. Le praticien doit savoir comment remotiver ses patients et ce qu'il ne faut pas omettre de leur dire avant même le commencement de la thérapeutique. C'est, de ce fait, l'objet de la deuxième partie de cette thèse.

Enfin, nous nous appuierons sur les résultats d'une enquête réalisée au Centre de Soins Dentaires de Nantes, au niveau du service d'orthodontie, afin d'évaluer si la communication auprès des patients et de leurs accompagnants y est efficace. D'éventuelles améliorations seront également proposées.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

MOTS CLES FRANCAIS : Communication – Orthodontie – Relation dentiste / patient –
Comportements

MOTS CLES ANGLAIS : Communication – Orthodontics – Dentist / patient relation –
Behavior

JURY

Président : Madame le Professeur Brigitte LICHT

Directrice : Madame le Docteur Madline CUNY-HOUCHMAND

Assesseur : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Assesseur : Monsieur le Docteur Joël DENIAUD

ADRESSE DE L'AUTEUR

1 Rue de Miséricorde

44000 NANTES

jangeline5@yahoo.fr