



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADEMIE DE NANCY-METZ  
UNIVERSITE DE LORRAINE  
FACULTE D'ODONTOLOGIE

Année 2016

N° 9141

**THESE**

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

**Aurélie Mailloux**

Née le 26 décembre 1983 à Neuilly-sur-Seine (Hauts-de-Seine, 92)

**La récolte du motif de consultation du patient mineur en  
consultation d'Orthopédie Dento-Faciale : intérêts et méthodes.**

Présentée et soutenue publiquement le

29 juin 2016

Examineurs de la thèse :

<u>Pr. FILLEUL M.P.</u>	<u>Professeur des Universités</u>	<u>Président</u>
Dr. CLEMENT C.	Maître de Conférences et Vice-doyenne	Juge
Dr. BLAISE C.	Assistant Hospitalier Universitaire	Juge
Dr. CAMELOT F.	Assistant Hospitalier Universitaire	Juge
Dr. BILLAUD A.	Docteur en Chirurgie Dentaire	Invité

*« Par délibération en date du 11 décembre 1972, la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation »*

Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen : Professeur Jean-Marc MARTRETTE

Vice-Doyens : Pr Pascal AMBROSINI — Dr Céline CLEMENT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENOWEIG - Pr M. VIVIER – Pr ARTIS -

Doyen Honoraire : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Professeur Emérite : Pr J.P. LOUIS

Maître de conférences CUM MERITO : Dr C. ARCHIEN

<b>Sous-section 56-01</b> Odontologie pédiatrique	Mme Mme M. Mlle Mlle M.	<u><b>DROZ Dominique (Desprez)</b></u> JAGER Stéphanie PREVOST Jacques HERNANDEZ Magali LAUVRAY Alice MERCIER Thomas	Maître de Conférences * Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistante * Assistante Assistant *
<b>Sous-section 56-02</b> Orthopédie Dento-Faciale	Mme M. Mlle Mlle	<u><b>FILLEUL Marie Pierrvte</b></u> EGL.OFF Benoît BLAISE Claire LACHAUX Marion	Professeur des Universités * Maître de Conférences * Assistante Assistante
<b>Sous-section 56-03</b> Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie légale	Mme M. Mme	<u><b>CLEMENT Céline</b></u> CAMELOT Frédéric LACZNY Emily	Maître de Conférences * Assistant * Assistante
<b>Sous-section 57-01</b> Parodontologie	M. Mme M. M. Mlle Mlle	<u><b>AMBROSINI Pascal</b></u> BISSON Catherine JOSEPH David PENAUD Jacques BÔLONI Eszter PAOLI Nathalie	Professeur des Universités * Maître de Conférences * Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistante Assistante *
<b>Sous-section 57-02</b> Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique  Anesthésiologie et Réanimation	Mme M. Mlle  M. Mlle M.	<u><b>GUILLET-THIBAUT Julie</b></u> BRAVETTI Pierre PHULPIN Bérengère  DELAITRE Bruno KICHENBRAND Charlene MASCHINO François	Maître de Conférences * Maître de Conférences Maître de Conférences * Assistant Assistant Assistante * Assistant
<b>Sous-section 57-03</b> Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M.	<u><b>YASUKAWA Kazutoyo</b></u> MARTRETTE Jean-Marc	Maître de Conférences * Professeur des Universités *
<b>Sous-section 58-01</b> Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M. Mlle M.	<u><b>MORTIER Éric</b></u> AMORY Christophe BALHAZARD Rémy ENGELS-DEUTSCH Marc BON Gautier MUNARO Perrine VINCENT Marin	Maître de Conférences * Maître de Conférences Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistant Assistante Assistant *
<b>Sous-section 58-02</b> Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. Mme Mme M. M. M. Mlle	<u><b>DE MARCH Pascal</b></u> SCHOUVER Jacques VAILLANT Anne-Sophie CORNE Pascale GILLET Marc HIRTZ Pierre KANNENGISSER François SIMON Doriane	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences * Assistante * Assistant Assistant * Assistant Assistante
<b>Sous-section 58-03</b> Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mme Mme M. M.	<u><b>STRAZIELLE Catherine</b></u> MOBY Vanessa (Stutzmann) SALOMON Jean-Pierre HARLE Guillaume	Professeur des Universités * Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistant Associé

Souligné : responsable de la sous-section \* temps plein

Mis à jour le 01.03.2016

A NOTRE PRESIDENTE ET DIRECTRICE

Madame le Professeur Marie-Pierryle Filleul

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur d'Etat en Odontologie

Professeur des Universités

Responsable de la Sous-Section : Orthopédie Dento-Faciale

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse. Nous vous sommes reconnaissante pour votre soutien et pour vos remarques tout au long de ce travail. Nous vous prions de trouver ici le témoignage de nos remerciements.*

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Clément Céline

Docteur en Chirurgie Dentaire

Vice-doyenne de la Faculté d'Odontologie de l'Université de Lorraine

Assesseur en charge de la pédagogie

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Responsable de la Sous-Section : Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie  
Légale

*Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir juger ce travail.  
Nous vous sommes reconnaissante de votre précieux soutien et  
de votre disponibilité tout au long de notre formation, et vous  
remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Trouvez  
ici le témoignage de notre profonde estime et de notre infinie  
gratitude.*

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Blaise Claire

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistante Hospitalo Universitaire dans la Sous-Section : Orthopédie Dento-Faciale

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Nous vous sommes profondément reconnaissante pour vos encouragements, votre soutien bienveillant tout au long de notre parcours. Trouvez ici le témoignage de notre sincère estime et indéfectible amitié.*

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Camelot Frédéric

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant Hospitalier Universitaire dans la Sous-Section : Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Nous vous sommes profondément reconnaissante pour votre présence et votre gentillesse. Trouvez ici le témoignage de notre reconnaissance.*



A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Billaud Adelin

Docteur en Chirurgie Dentaire

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Nous vous sommes profondément reconnaissante pour votre présence à nos côtés, vos encouragements ainsi que vos remarques toujours pertinentes. Trouvez ici le témoignage de notre inaltérable amitié.*

Je tiens à remercier les professeurs de l'hôpital Louis Mourier et particulièrement le Docteur Vital qui m'ont particulièrement soutenue tout au long de mon parcours universitaire. Ils m'ont donné envie de passer l'internat et encouragée à faire de la recherche.

A mes parents qui m'apportent un précieux soutien, merci pour vos idées pertinentes sur mon travail et votre regard plein d'humour sur la vie,

A mes frères, mes amis de la première heure : je ne risque rien à essayer tant que vous êtes à mes côtés pour me rattraper. Avec vous, tout est possible !

A Sarah, sublime rayon de soleil, pleine d'amour, nous partageons nos joies et nos peines depuis tant d'années, que cela continue ;)

A Lydie, avec qui j'aime tant discuter. Je me sens si bien quand nous sommes ensemble. Bonne chance pour ta nouvelle vie et si quelqu'un te propose encore de rentrer dans une robe trop étroite, éclate les coutures ou fuis !

A ma rose de Vancouver qui a trouvé son petit prince... j'espère que nos planètes se croiseront prochainement.

A mon frère de pensée dont le nom est dans mon travail pour la postérité.

A mes colocs de couronnes, pimp's et mon raton, quelle belle année j'ai passée avec vous.

A ma binômette que j'aime. Je te souhaite d'être follement heureuse dans ta nouvelle vie.

A mes co-internes bien sûr, Dodo la première. Notre rencontre a bouleversé nos existences, tant la tienne que la mienne. Je suis tellement heureuse que nos destins soient ainsi mêlés !

A Matoche, ne doute ni de toi, ni de mon amitié, tu es merveilleuse ! Merci pour tout, je te dois tant.

A Yoyo, Inès, Matthieu, Olive, Vanessa, Aurore, qui rayonnez d'une bonne humeur communicative, c'est un plaisir de travailler avec vous. Merci ☺

A Claire, j'évite d'imaginer ce que je serais devenue si tu n'avais pas été là. J'adore travailler avec toi, merci pour ton humour et ton soutien.

Et enfin, à mon ange des lumières déchu que j'aime et que j'admire tant et plus encore...

# Sommaire

## Introduction

### 1. Le consentement et l'information du patient en question

1.1. L'information du patient dans les textes

1.2. Droit de l'enfant dans le cadre des soins médicaux

1.3. Consentement et autonomie du patient

### 2. Le patient mineur

2.1. L'enfant, et l'adolescent : un être pluriel

2.2. La psychologie de l'enfant : image du corps selon les âges

2.3. Image du corps et malocclusion

### 3. Le motif de consultation

3.1. Définition

3.2. Le motif de consultation dans la pratique médicale

3.3. Observance, relation patient praticien et motif de consultation

### 4. La communication

4.1. Théories de la communication

4.2. Spécificités de la communication dans la relation de soin

4.3. La communication et l'influence de l'environnement de soin

### 5. Motif de consultation chez le mineur en Orthopédie Dento-Faciale

5.1. Parents et enfant face à la malocclusion : l'enfant, un être sous influence ?

5.2. Motif de consultation en Orthopédie Dento-Faciale : l'enfant est-il prêt ?

5.3. La responsabilité du praticien

## Conclusion

## Liste des figures

Figure 1 : Description du contenu et de la nature de l'information que le médecin doit donner au patient pour obtenir son consentement éclairé (Source : Heorni, 1998)..	19
Figure 2 : Schématisation de n'importe quelle situation de communication entre deux individus par analogie avec un message télégraphié (Source : Shannon, 1948) .....	35
Figure 3 : Adaptation du schéma de Shannon à toute situation de communication interpersonnelle (Source : Jakobson, 1963) .....	36
Figure 4 : Schéma d'interaction verbale entre deux personnes (un émetteur et un récepteur) (Source : Kerbrat-Orecchioni, 1992).....	37
Figure 5 : Représentation du processus de construction de la relation entre deux individus par un schéma hélicoïdal (Source : Dance, 1967).....	41
Figure 6 : Distance physique acceptable entre deux individus selon leur degré d'intimité (Source : Hall, 1971).....	55
Figure 7 : Illustration reprenant le concept de distance physique entre deux individus (Source : Martin, 1999).....	55
Figure 8 : Schéma explorant les rapports spatiaux en tenant compte également des regards échangés, et de l'influence de l'environnement (Source : Argyle et Dean, 1965). .....	57
Figure 9 : Illustration de l'importance du paraverbal dans la communication (Source : Bathelot, 2015). .....	59

## Introduction

### Problématique

Comment récolter au mieux le motif de consultation et quelle place accorder au motif d'un patient mineur dans la prise en charge orthodontique ?

### Historique de la relation de soin

Le rôle du médecin dans la société, la vision de ce qu'est une « bonne pratique » médicale et la place de l'enfant dans le soin ont beaucoup changé ces cinquante dernières années. Il y a schématiquement quatre périodes distinctes dans l'histoire de la philosophie du soin (Lefèvre, 2006).

Pendant toute la période de la Grèce Antique, le soin du patient est au cœur des problématiques médicales et donne naissance au serment d'Hippocrate duquel découle ce grand principe toujours d'actualité : « *avoir, dans les maladies, deux choses en vue : être utile ou du moins ne pas nuire* ». Si la notion de soin à cette époque est déjà présente, l'aspect social de celui-ci est encore inexistant. Tout dépendra du rôle social du patient : un esclave et un citoyen n'auront pas accès aux mêmes soins.

Au Moyen-Age, cette relation de soin est remise en question. En effet, c'est le pauvre, et non le malade, qui fait l'objet de soins : l'hôpital n'est pas un lieu de médicalisation, il est alors lieu de charité. « *L'hôpital ne revêt pas de fonction médicale ou thérapeutique* ». (Foucault, 1963)

A partir du XIX siècle, la médecine scientifique prend son essor, réduisant le patient à un objet d'étude. Considérés comme de simples « phénomènes physiologiques » les malades voient leur expérience sensorielle niée (Bernard, 1865). La prise en charge de la douleur n'est pas jugée fondamentale et la pathologie seule semble digne d'intérêt. C'est une période d'indifférence pour le corps souffrant (Rey, 1993).

Le début du XXème siècle s'inscrit dans cette continuité : « *la compétence scientifique, le prestige social du médecin et la forte hiérarchisation des relations à l'hôpital entre le médecin médical et le reste du corps soignant [...] délèguent*

*l'écoute de l'expérience du malade à la compassion des infirmières.* » (Rey, 1993). En 1955, lors de son discours d'introduction au congrès médical et moral, le président de l'Ordre des médecins définit le lien qui unissait le malade et le médecin comme « *une confiance qui rencontre une conscience* » (Vidal et Carlotti, 1955). Cette formule est plutôt révélatrice de l'esprit paternaliste qui régnait alors. Le patient était considéré comme incapable de juger pour lui-même et par lui-même. Parallèlement à cette conception, dès la moitié du XXème siècle, une nouvelle philosophie de soin se développe en France. L'arrêt Mercier émis par la Cour de Cassation le 20 mai 1936 marque un véritable tournant dans la responsabilité médicale en définissant l'obligation de soins comme une obligation de moyens et non de résultats : « *le médecin ne pouvant s'engager à guérir, il s'engage seulement à donner des soins non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science* ».

Dans sa thèse de médecine soutenue en 1943, *l'Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Canguilhem assure que : « *le souci de l'individualité souffrante, qui en constitue la raison d'être et la source, doit en rester le cœur.* »<sup>1</sup> Il distingue le fait d'être malade, (un sujet en souffrance) et le fait d'avoir une maladie, et donc de devenir un objet de science et d'investigation. « *Le patient est une personne, toujours singulière, qui souffre d'une maladie mais ne s'y réduit pas* » (Canguilhem, 2013). Dans cette thèse, Canguilhem met en exergue l'importance de l'évolution des termes employés pour définir la relation de soin. En effet, la terminologie change au cours du XXème siècle et le mot malade laisse progressivement place à celui de patient. Cela illustre l'intérêt grandissant du corps médical pour le soin de l'individu dans sa globalité.

Pendant la seconde guerre mondiale, avec le procès de Nuremberg, l'éthique médicale devient une problématique publique. En effet, ce procès porte sur la responsabilité des médecins impliqués dans les expériences criminelles commises sur des individus non consentants.

La notion de consentement du sujet humain est alors questionnée puis définie. Ainsi, la personne consentante doit jouir d'une capacité légale totale pour consentir à quoi

que ce soit. Elle doit être libre de décider, sans intervention de quelque élément de force, de supercherie, de duperie ou d'autres formes de contraintes. Avant que le sujet expérimental puisse accepter de participer à une étude, il faut donc l'informer exactement sur la nature, la durée, et le but de l'expérience, ainsi que sur les méthodes et moyens employés, les dangers et les risques encourus. Un intérêt particulier doit être accordé aux conséquences éventuelles pour sa santé qui peuvent résulter de sa participation à cette expérience.

Aujourd'hui, la relation de soin et la communication médecin-patient font partie de l'enseignement dispensé aux futurs médecins. Les enseignements soulignent l'importance d'un équilibre relationnel entre patient et praticien, de la mise en place d'une juste distance entre soignant et soigné, d'une « neutralité bienveillante », ou « attention flottante », équilibre fragile sans cesse à réévaluer (Beraud, 2000).

### **Intérêt du sujet**

Le motif de consultation et son expression par le patient mineur sont influencés par tout un faisceau d'éléments divers, attendant tout autant au domaine de la psychologie (son rapport au corps à un instant T, son estime de soi, sa maturité, son degré de compréhension de la situation et de la thérapeutique...) qu'aux théories de la communication (contexte et moment de la demande, nature de la relation patient-praticien, présence ou absence des parents...).

Chez l'enfant comme chez l'adulte, des échecs surviennent dans la pratique orthodontique. Ceux-ci peuvent créer des conflits entre praticiens et patients, qui se terminent parfois devant les tribunaux. Les échecs de traitement se matérialisent par : appareils cassés régulièrement, perdus ou non portés, hygiène déplorable, patient et parents non satisfaits du résultat du traitement. Cela oblige parfois l'orthodontiste à arrêter prématurément la thérapeutique entreprise.

Il est possible d'éviter certaines situations d'échec en instaurant une relation patient-praticien de qualité, et cela commence dès la première consultation.

Ce sujet s'inscrit dans un contexte sociétal et philosophique propice à la discussion. En effet, un mouvement général de reconnaissance de l'individu en tant qu'entité à

part entière se manifeste dans l'ensemble de la société. Dans le domaine médical, cela se manifeste par une volonté d'autonomisation du patient : il peut désormais décider pour lui-même. Cette évolution s'accompagne de réflexions d'ordre juridique, déontologique, éthique, psychologique et moral, concernant tant le patient majeur que mineur. Aujourd'hui, la philosophie du soin « idéal » de l'enfant se définit comme « une relation de soins centrée sur l'enfant ». Si juridiquement, l'enfant soigné a désormais un réel statut, il n'est pas rare d'entendre des orthodontistes énoncer « *si vous attendez que l'enfant soit d'accord pour commencer le traitement, vous pouvez attendre longtemps...* ». Peut-on, légalement et éthiquement, outrepasser l'autonomie de l'enfant en le traitant malgré sa volonté ? Quid de notre devoir de praticien ?

Au CHU de Nancy, le motif de consultation des parents et de l'enfant sont systématiquement recueillis et écrits dans le dossier lors de leur première consultation en orthodontie. Cela ne signifie pas pour autant que le traitement sera forcément conduit en rapport avec ce motif. Il existe en effet plusieurs situations cliniques où la nécessité de traitement entre en contradiction avec ce motif de consultation déclaré.

Par exemple, il y a une patiente de 12 ans qui est actuellement suivie dans le service et qui présente un syndrome de l'incisive centrale unique. Elle refuse le traitement d'orthodontie et affirme que son incisive unique fait partie de sa personnalité. Elle se dit épanouie comme cela. Ses parents respectent sa décision et il a été décidé de ne pas la traiter contre sa volonté. Le traitement pourra être commencé plus tard si elle change d'avis, jusqu'à ses 16 ans. Il n'y a pas de perte de chance à différer le traitement dans son cas.

Il arrive également à l'orthodontiste de réaliser des traitements dits « de compromis » en créant des compensations dentaires à des malocclusions d'origine squelettique. Cela arrive quand le motif de consultation exprimé par le patient en première consultation n'est pas lié à son esthétique faciale. Mais aucun retour en arrière n'est possible car une fois les extractions réalisées, la chirurgie sera rendue beaucoup plus compliquée. L'influence du motif de consultation déclaré en première consultation sur les choix thérapeutiques est alors essentiel.



Enfin, certains patients arrivent spontanément avec un motif de consultation qui sera estimé infondé par le service d'orthodontie et aucun traitement ne sera alors entrepris.

A l'aune de ces situations cliniques témoignant du lien compliqué entre traitement et motif de consultation et après avoir défini les termes du sujet, plusieurs thématiques de recherche seront abordées :

Tout d'abord, le point de vue juridique sur la place que doit accorder le praticien au motif de consultation exprimé par le patient mineur dans la conduite d'un traitement d'orthodontie.

Puis, l'abord psychologique de la problématique sera abordé. En effet, l'expression « patient mineur » englobe à la fois des patients « adolescents » et « enfants ». Les enfants et les adolescents reçus en consultation ne sont pas des êtres stéréotypés. Il est nécessaire de discerner pour chaque patient enfant ou adolescent, le rapport qu'il entretient avec son corps, son estime personnelle, son degré de maturité et de compréhension de la thérapeutique.

Enfin, il faut explorer le domaine des sciences de la Communication. La relation de soin est avant tout une situation d'interaction, de dialogue entre différents individus.

Tous ces facteurs peuvent influencer l'expression d'un ou de plusieurs motifs de consultation par le patient.

Cette thèse aura donc pour vocation de :

- Faire le point sur la législation en matière de consentement et d'information du patient majeur et mineur. Elle définit le cadre d'une « bonne » pratique médicale.
- Répertorier les éléments qui influencent l'expression d'un motif de consultation de la part du patient majeur et mineur.
- Estimer l'importance du motif de consultation dans la prise en charge ODF.
- Énoncer les conditions d'une écoute favorable pour aider les orthodontistes à évaluer au plus près la présence ou non d'un motif de consultation de la part du patient.

## Thèmes de recherche

- Le cadre légal, déontologique, éthique du soin médical du mineur.
- L'image du corps chez l'enfant et l'adolescent.
- Le triptyque parent-enfant-praticien dans la relation de soin.
- La communication dans la relation patient-praticien.
- Spécificité du soin de l'enfant dans la thérapeutique en ODF.

## Définitions des termes du sujet

**Traitement** : Ensemble des méthodes employées pour lutter contre une maladie et tenter de la guérir (Larousse).

### **Orthopédie Dento-Faciale (SFODF, 2012) :**

Locution. Angl.: *dentofacial orthopaedics, dentofacial orthopedics* (USA). Locution proposée pour définir la partie de la médecine qui étudie la forme, la position et le fonctionnement des éléments constitutifs de la face et qui les modifie pour assurer leur santé, embellir leur apparence tout en améliorant leurs fonctions.

**Mineur** : Le mineur est juridiquement considéré comme incapable de contracter et d'évaluer les conséquences de ses actes. Ce terme englobe le patient enfant ou adolescent.

**Enfant**<sup>2</sup> : Garçon ou fille avant l'adolescence.

**Adolescent**<sup>3</sup> : L'Organisation Mondiale de la Santé considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements.

**Motif**<sup>4</sup> : Élément d'ordre intellectuel, affectif, qui est à l'origine d'un comportement ; mobile, raison : Se fâcher sans motif (Larousse).

---

<sup>2</sup> LAROUSSE. Enfant. [En ligne]

<sup>3</sup> OMS. Adolescence. [En ligne]

<sup>4</sup> LAROUSSE. Motif. [En ligne]

# 1- Le consentement et l'information du patient en question

« *Que faut-il dire au malade ? Il faut le lui demander.* » (Katz, 2002)

La question du consentement s'inscrit dans un contexte de changement de relation au savoir. Longtemps considérée comme réservé à une élite, l'idéal mondial tend vers un partage accru de la connaissance. La diversification des canaux de communication et la démocratisation d'internet ont été les piliers de cette évolution culturelle.

## 1.1. L'information du patient dans les textes

L'arrêt du 14 octobre 1997 précise que le médecin à la charge de prouver qu'il a bien donné à son patient une information loyale, claire et appropriée.

En France, la loi du 4 mars 2002<sup>5</sup> « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », garantit à la personne le droit d'être informée et le droit de faire respecter sa volonté par le recueil systématique du consentement aux soins. L'article L. 1111-4 du code de santé publique précise qu' : « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* » La loi promeut un modèle de soin fondé sur la concertation : « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.* »

Du point de vue de la déontologie, dans le serment médical qui a succédé au serment d'Hippocrate<sup>6</sup> en 1995, que les futurs docteurs en médecine doivent déclarer respecter sur l'honneur, il est précisé que : « *j'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.* » Pendant longtemps, la posture paternaliste du corps

---

<sup>5</sup> LEGIFRANCE. 2002.

<sup>6</sup> Serment d'Hippocrate. [En ligne]

médical à l'égard du patient était la norme. Ce n'est qu'au cours du XXème siècle que le patient a progressivement pris de l'importance dans la relation de soin. Aujourd'hui, l'idéal de soin est centré sur le patient et ce dernier a le droit de décider pour et par lui-même sur la base des informations qui lui ont été délivrées par le corps médical.

L'arrêt de principe du 21 février 1961 précise les qualités nécessaires à l'information médicale « *simple, approximative, intelligible et loyale* ». Concernant le contenu de l'information qui doit être donnée idéalement au patient adulte avant d'entreprendre toute thérapeutique, Hoerni la décompose comme suit :

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Le patient doit être averti et conscient qu'il a droit à autant d'information qu'il le désire</li><li>2. Présentation de sa situation et des justifications d'un examen ou traitement proposé (procédure, soin)</li><li>3. Nature et caractère de la procédure envisagée</li><li>4. Avantages qui en sont attendus</li><li>5. Ses inconvénients immédiats et ses risques (nature, ampleur, probabilité, délai)</li><li>6. Ses conséquences pour la suite</li><li>7. Existence d'alternatives</li></ol> |
|---|

*Figure 1 : Description du contenu et de la nature de l'information que le médecin doit donner au patient pour obtenir son consentement éclairé. (Source : Hoerni, 1998).*

Au sujet de l'information destinée aux enfants en cours de soins, l'HAS (*Haute Autorité de Santé*), dans son rapport intitulé « Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé » publié en 2011, donne quelques recommandations : « *L'information de l'enfant doit se faire en tenant compte de sa maturité, des questions qu'il pose ou qu'il suggère, en lien avec les parents [...] les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant [...] L'information est un processus continu, répété, quotidien, qui porte à la fois sur le diagnostic, le traitement et le suivi.* »

Le rapport s'intéresse également aux supports permettant de délivrer l'information. Les rapporteurs distinguent l'information orale de l'information écrite. « L'information

orale, essentielle, est adaptée à l'âge de l'enfant (importance du jeu comme vecteur de l'information et mise à disposition de petits livrets avec dessins), aux capacités de compréhension des parents comme des enfants et des adolescents (intérêt des médiateurs interculturels si besoin), et tient compte des sentiments exprimés ou manifestés par les parents comme par les enfants et les adolescents.

Elle accompagne l'information écrite (remise de documents, sites Internet, informations sur tableau d'affichage), la renforce et favorise les questions. Elle nécessite du temps et un endroit dédié à l'information du patient. L'information destinée aux enfants doit être donnée chaque fois que possible en présence des parents et en sollicitant la participation des enfants, pour adapter au mieux l'information donnée.

En résumé, l'HAS conseille de :

- Multiplier les canaux (les supports) de communication,
- Adapter le message à la compréhension de l'enfant et des parents,
- Répéter l'information dans le temps,
- Avoir un lieu dédié à l'information du patient.

Si le rapport de l'HAS ne concerne pas spécifiquement les soins dentaires mais les soins médicaux en général, ce rapport est tout de même intéressant car il décrit les grands principes d'une information médicale de qualité. De plus, il évoque l'importance d'un endroit idéalement dédié à la parole, séparé de l'espace consacré aux soins où se délivre l'information aux parents et aux enfants. Très souvent, dans les centres dentaires universitaires, l'information est donnée au patient sur le fauteuil dentaire, dans le même espace que les soins.

En revanche, dans ce rapport, les moyens qui pourraient permettre aux praticiens d'atteindre cet objectif participatif du patient ne sont pas abordés et ce sera le thème de ce travail.

## **1.2. Droit de l'enfant dans le cadre des soins médicaux**

Le mineur est juridiquement considéré comme incapable de contracter et d'évaluer les conséquences de ses actes. Ce sont donc les titulaires de l'autorité parentale qui sont garants de la santé de l'enfant.

En revanche, en ce qui concerne le soin, le droit précise que le consentement de l'enfant doit être systématiquement recherché. S'il est apte à exprimer sa volonté, il doit participer à la décision.

La majorité médicale n'est donc pas fixée formellement et permet aux mineurs de se manifester dans les décisions les concernant.

C'est ce que la loi du 4 mars 2002 affirme : *« mineurs, ou majeurs sous tutelle, ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité, s'agissant des mineurs, soit à leur faculté de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. »* (Art.L.III-2 du CSP)

*« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision »* (Art.L.III-4 du CSP). Le praticien doit écouter l'enfant et évaluer son aptitude à comprendre afin de l'informer et de rechercher son consentement (Seguret, 2004).

## **1.3. Consentement et autonomie du patient**

*Si le médecin doit tout faire pour convaincre son patient d'accepter les traitements et soins que son expertise scientifique lui dicte, il ne doit jamais lui imposer, par le canal de l'agir médical, ses propres priorités, ses propres valeurs et la croisade de son propre combat* (Baudouin et Blondeau, 1993).

Tout d'abord, le défaut d'information est légalement considéré comme une perte de chance pour le patient. Car ne pas le prévenir des risques liés à la thérapeutique l'empêche d'échapper au risque qui s'est finalement réalisé.

Concernant l'expression des besoins d'information de la part du patient, l'idée selon laquelle une information précise et détaillée sur les risques rende le patient plus anxieux est fautive. L'étude de Mc Caughey conclut que les patients préfèrent que les informations des risques, mêmes graves, soient exhaustives (Mac Caughey, 2004).

Mazur et Hickam ont, quant à eux, étudié la terminologie employée pour annoncer les risques. Il ressort de leur étude que les patients sont davantage satisfaits quand les informations sur la fréquence des risques leur sont données à l'aide d'adverbes et non de pourcentages (risques très rares, rares, courants etc...) (Mazur et Hickam, 1997).

L'ignorance et le manque d'information sont souvent plus anxiogènes pour le patient qu'une information adéquate. Chaque patient est unique et aura un besoin d'information différent. Très souvent les praticiens sous-estiment le désir d'information de leur patient (Richard et Lussier, 2005).

Hoerni justifie en quelques points la récolte du consentement éclairé du patient (Hoerni, 1998). En résumé, le consentement éclairé est un moyen de :

- Obtenir la permission ou l'autorité pour intervenir sur la personne,
- Respecter les divers aspects de la dignité individuelle,
- Reconnaître que les individus sont en général les meilleurs juges de leurs intérêts,
- Laisser au patient la satisfaction de contribuer au choix les concernant,
- Contribuer à la relation de confiance entre patient et praticien,
- Respecter la liberté des individus.

Le dernier point, celui du respect de la liberté nécessite quelques précisions. En effet, le patient majeur et capable de décider par et pour lui-même a également la liberté de pouvoir refuser d'être informé sur sa pathologie. C'est un des thèmes abordés dans la déclaration de l'OMS sur la promotion du droit des patients de Novembre 1994 : « *le patient a droit de ne pas être informé sur sa demande expresse. Tant qu'il n'y a pas de risque de transmission à un tiers, la liberté du patient doit pouvoir également s'exprimer dans une volonté de ne pas décider pour lui-même.* » Gressin reprend cet aspect de la liberté individuelle et dénonce les

excès d'un soin centré exclusivement sur le consentement éclairé, et ce pour deux raisons.

La première raison concerne la liberté individuelle. Il pose la question suivante : le patient peut-il aujourd'hui avoir le droit de ne pas décider pour lui-même ? Il dénonce ainsi le fait que le patient ne peut désormais plus s'en remettre au praticien s'il souhaite ne pas connaître les risques d'un traitement. De plus, le lien entre consentement du patient et liberté de choix est plus trouble qu'il n'y paraît car le processus psychologique qui est en jeu dans la décision est extrêmement complexe. Le consentement signé n'est pas forcément synonyme de maîtrise de soi, de compréhension de la situation. Il naît également des peurs de l'individu.

La seconde raison qui pousse Gressin à critiquer le soin centré sur le consentement éclairé porte sur la relation patient-praticien. En effet, il considère qu'on ne peut globaliser ce qui ne peut l'être : la relation de soin est avant tout une rencontre entre des acteurs différents, une situation vivante et non formelle. Faisant à chaque fois intervenir des individus différents, elle est unique. L'obtention du consentement est toujours influencée par la nature de la relation entre soigné et soignant. Sous couvert d'autonomie, la décision du patient dépend du professionnel de santé (Gressin, 2004). Ainsi, le droit médical ne doit pas éclipser l'aspect psychologique, communicationnel, sociologique de la relation soignant-patient. Car c'est avant tout une rencontre humaine à un instant T. « *Dire la vérité, ici comme ailleurs, ce n'est pas transmettre sauvagement une information exacte ou probable dont on serait quitte une fois pour toutes, dire la vérité c'est aussi évaluer les effets que son dire produit dans une situation donnée pour des sujets nécessairement singuliers. Faute de quoi le praticien se destituerait de sa fonction thérapeutique et de la dimension éthique de son acte.* » (Gori et Del Volgo, 2002). Les informations données pour obtenir le consentement éclairé du patient doivent tenir compte de sa situation. Cela nécessite donc un véritable échange pour adapter le contenu aux besoins spécifique du patient concerné (Lussier et Richard, 2005).

Si la psychologie et la philosophie démontrent aisément les limites de l'autonomie du patient dans la décision, l'obligation d'obtenir le consentement reste l'unique garantie pour le patient d'obtenir toutes les informations sur son état. C'est ainsi l'obligation d'information qui prime sur cette idée d'autonomie, car sans information pas de



consentement « vrai ». Une sorte de consensus dans ces notions serait d'affirmer que le praticien doit aider le patient à atteindre un niveau de compréhension avec lequel il est à l'aise (Lussier et Richard, 2005).

## 2. Le patient mineur

### 2.1. L'enfant, et l'adolescent : un être pluriel

Il existe une pluralité de définitions du mineur. Les définitions biologiques et juridiques de celui-ci sont particulièrement pertinentes pour aborder ce sujet.

Le mineur peut être considéré dans la société comme un enfant ou un adolescent selon son stade de développement physiologique. Etymologiquement, « enfant » vient du latin *infans*, signifiant « qui ne parle pas ». Aujourd'hui, le terme d'enfant est plus largement entendu et rejoint la définition biologique de celui-ci. De ce point de vue, l'enfance est le stade de développement pendant lequel une personne n'est pas en âge d'avoir elle-même des enfants.

L'adolescence se définit comme une période d'évolution, conduisant de l'enfance à l'âge adulte. Elle débute à la puberté (vers 11-15 ans) et s'accompagne de transformations biologiques, psychologiques et sociales (Larousse médical).

Le développement d'un individu est un processus qui passe par plusieurs stades :

- Avant 2 ans, le nourrisson,
- 2 à 6 ans, la petite enfance,
- 6 à 13 ans, l'enfance proprement dite, bien qu'on utilise fréquemment le terme préadolescent,
- 13 ans et plus, la puberté qui marque une période de transition entre l'enfant et l'adulte, caractérisée par un pic de croissance et des modifications hormonales.

Les différences culturelles entre les pays ont mis en lumière la nécessité de trouver une définition commune, une référence globale valable et acceptable par tous. Elle permet à l'enfant, où qu'il se trouve dans le monde, d'être considéré de la même manière. Les Nations Unies ont donc élaboré une définition de l'enfant pour que tous les pays ayant ratifié la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) aient la même référence. C'est l'article n° 1 de la Convention :

*« Un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable ».* D'un

point de vue légal, le mineur est considéré comme un incapable. Sa capacité de décider pour lui-même lui est donnée à sa majorité officielle, soit à 18 ans en France. Mais ce seuil n'a rien d'absolu : à certains égards, on peut cesser d'être un mineur plus tôt, en cas d'émancipation, ou l'être plus tard, via des mesures d'assistance éducative. Jusque-là, les parents sont garants du respect des droits et devoirs de leur enfant.

Néanmoins, à 7 ans, l'enfant atteint, aux yeux de la société, l'âge de raison. A 10 ans, il obtient le droit juridique de décider de certains choix de vie, et notamment dans les cas des gardes parentales. A 15 ans, il obtient sa majorité pénale et sexuelle. A 13 ans, il peut être sanctionné en cas d'actes de délinquance ; et à partir de 16 ans, il a la possibilité d'ouvrir un compte bancaire. Il y a donc une pluralité de majorités légales. La justice tient donc compte autant que possible du degré de discernement de l'enfant aux différents âges de la vie. L'existence de différents paliers ne doit donc pas laisser penser qu'ils sont suivis stricto sensu, car ce sont surtout la maturité et la capacité de discernement de l'enfant qui seront prises en compte.

## **2.2. La psychologie de l'enfant : image du corps selon les âges**

Durant le traitement orthodontique, la participation active de l'enfant est souvent nécessaire. Elle dépend entre autres de paramètres liés à la maturation psychologique de l'enfant. Il est donc nécessaire pour l'orthodontiste d'avoir des notions de psychophysiologie.

Classiquement cette maturation comprend plusieurs stades (Mauhourat et Raberin, 2001) :

- les stades prégénitaux de 0 à 3 ans qui ne concernent pas la période orthodontique;

C'est durant cette période que l'image du corps commence à se construire. C'est le stade du Miroir. Durant les premiers mois de vie, l'image du corps de l'enfant est morcelée. Il conçoit son corps comme un ensemble disparate de morceaux

anatomiques. Si cette phase ne se déroule pas correctement, l'enfant, puis l'adolescent, et enfin l'adulte auront des troubles de reconnaissance de leur corps. De là peuvent découler des demandes esthétiques démesurées, une attente impossible à satisfaire. En avoir conscience peut permettre à l'orthodontiste d'identifier les demandes qui dépassent les compétences de l'orthodontie.

- les stades génitaux de 3 ans à la puberté qui comprennent deux périodes :

- la période du complexe d'Œdipe, qui a « un rôle fondamental d'organisateur central de la personnalité » (Pelosse, 2001) de 3 à 6 ans.

- la période de latence ; ce stade est un stade de consolidation où la résolution des conflits oedipiens permet sa socialisation et favorise l'appropriation des processus cognitifs entre 6 à 10 ans pour les psychanalystes. Cette période, se situant dans un contexte favorable, concerne directement l'orthodontiste et les traitements précoces.

- la puberté ; à ce moment l'enfant doit s'adapter à ses modifications physiques dans un processus de recherche identitaire au cours de l'adolescence qui ne va pas sans une opposition à l'autorité des parents (la plus fortement exprimée) ou à celle du thérapeute.

Mais ces périodes de développement classiquement définies sont à relativiser. La chronologie de la maturation psychique et de la croissance de l'enfant suit un schéma qui s'apparente à une série d'échelles. On en connaît à peu près le nombre et la nature sans qu'un lien précis puisse être établi entre elles. On parle désormais de périodes « sensibles » dans la vie de l'enfant, c'est-à-dire que la psychologie définit des âges plus propices que d'autres à l'acquisition de certaines compétences, mais cela est moins figé : il est reconnu que chaque enfant a son propre rythme de développement physiologique et cognitif.

L'orthodontiste doit donc évaluer au cas par cas la capacité de discernement et la maturité de l'enfant. Cela afin d'évaluer au mieux son aptitude à comprendre et à adhérer au traitement.

### **2.3. Image du corps et malocclusion**

S'il est globalement admis que l'impact de la malocclusion de l'enfant sur sa propre estime peut être considérable et avoir une influence négative sur son futur développement, les résultats des études sur ce thème ne sont pas unanimes.

Jusqu'à maintenant, il n'y a encore aucune preuve de l'amélioration de l'estime de soi par le biais du traitement orthodontique (Birkeland et al. 2000 ; Shaw et al. 2007 ; Bernabe et al, 2008 ; Kiyak, 2006). Le besoin de traitement orthodontique et l'estime de soi ne sont pas corrélés. L'estime de soi semble être une caractéristique stable et propre à l'individu. Si l'image que l'enfant a de son visage, de ses dents, de sa bouche est modifiée par la malocclusion, elle n'affecte pas l'image globale qu'il a de son corps.

### **3. Le motif de consultation**

#### **3.1. Définition**

Prenons le temps d'analyser le mot « motif » avant toute autre chose. Le courant philosophique en tête duquel se trouve Heidegger invite le lecteur à accéder à la signification du mot, à son sens véritable, « vrai » en somme, en revenant à sa source étymologique. Et cela est particulièrement intéressant dans le cas de ce mot : motif (Heidegger, 1967).

Motif vient du latin « *motum* », forme nominale du verbe *movere*. Motif est un adjectif qui, dans les autres langues romanes, signifiait : « qui a la propriété de mouvoir ». Aujourd'hui transformé en substantif, il a pris le sens de « cause d'action ».

Un autre mot qui reviendra souvent dans cette thèse découle de *movere* : motivation. Cela signifie que la motivation tout comme le motif sont le début et la source de tout mouvement ou activité.

Cette motivation est essentielle car elle est le moteur de toutes activités, et est indispensable pour dépasser les difficultés qui pourraient apparaître au décours de celles-ci.

Sans motivation, pas d'apprentissage.

Les liens étymologiques entre les mots ne tiennent pas compte de l'évolution de leurs usages. Ainsi, les liens premiers entre motivation et motif se sont distendus, mais cette parenté étymologique originelle trouve un réel écho dans nos thérapeutiques. En effet, le motif de consultation exprimé par le patient est une source de motivation dont il puise sa force tout au long du traitement. Répondre à ce premier motif exprimé semble donc indispensable à sa satisfaction de fin de traitement.

En revanche, ce qui rend la relation entre motif, motivation et satisfaction plus complexe, est que le premier motif de consultation exprimé par le patient n'est pas toujours son réel sujet de préoccupation. C'est ce qu'on appelle une demande écran. Ainsi, il peut y avoir un décalage entre le motif de consultation réel et exprimé en

fonction du contexte, des éléments qui peuvent brouiller le message, du ressenti du patient à un instant T, de la relation patient-praticien. De même, le patient peut avoir plusieurs motifs de consultation. Il revient donc au praticien de chercher la/les réelles demandes du patient. Pour discerner le motif de consultation réel du patient, le praticien doit d'abord avoir une vision d'ensemble de ce qui est en jeu dans la relation de soin.

### **3.2. Motif de consultation dans la pratique médicale**

Dans les faits, dans plus de 50% des cas, médecins et patients ne s'entendent pas sur les motifs de consultation et 45% des préoccupations des patients ne seraient pas élucidées par les praticiens en fin de traitement (Starfield, 1981). Dans certaines études, médecins et patients sont d'accord dans moins d'un quart des cas, à la fois sur la nature, le nombre et la hiérarchisation des motifs de consultation (Darets, 2011).

Les médecins évaluent mal les raisons réelles qui amènent les patients à consulter. Et ce d'autant plus que les patients ne livrent pas toujours leurs principales inquiétudes au praticien (Taylor et al, 1980).

Même lorsque le praticien arrive à mettre en place les conditions d'écoute nécessaires afin que le patient lui fasse part de son motif de consultation, Beckman et Frankel incitent le praticien à ne pas prendre ce dernier comme vérité. D'une part, parce que la première plainte n'est pas toujours la seule que le patient souhaite aborder. D'autre part, car l'ordre dans lequel les problèmes sont présentés par les patients ne correspond pas à leur importance clinique (Beckman et Frankel, 1984).

Il en résulte qu'au cours des rendez-vous ultérieurs, les praticiens croient souvent que la consultation est la suite directe du dernier entretien et négligent de reposer les premières questions. Ces derniers avancent dans la prise en charge en considérant que le motif de consultation a déjà été exprimé, ne laissant ainsi pas la possibilité au patient d'en exprimer d'autres. Le praticien doit en permanence réévaluer les décisions prises et vérifier leur pertinence pour le patient (Darets, 2011).

Si ces conseils s'appliquent particulièrement bien à la médecine générale, il est plus difficile de les respecter en consultation d'orthodontie. En effet, une fois que le traitement est commencé, il n'est pas toujours possible de modifier le plan de traitement du fait du caractère irréversible de certains actes, en cas d'extractions par exemple. Cela doit inciter l'orthodontiste à bien expliquer le plan de traitement le jour du diagnostic en rappelant le lien avec le/les motifs de consultation énoncés par le patient en première consultation, et de signifier les difficultés liées à toutes modifications de traitement une fois celui commencé.

### **3.3. Observance, relation patient-praticien et motif de consultation**

Il coexiste dans la littérature scientifique une pluralité de termes proches de la même notion : observance, compliance, alliance thérapeutique et éducation thérapeutique.

Les définitions et les distinctions entre ces différents termes divergent selon les auteurs. Lamouroux, Magnan et Vervloet analysent les termes d'observance et de compliance. Ces deux termes diffèrent sur la nécessité ou non d'une réelle adhésion du patient au traitement. *« L'observance est décrite par la dimension comportementale, mesurable d'une pratique de soin qui consiste à suivre la thérapeutique prescrite. »* (Lamouroux, Magnan et Vervloet, 2005). L'observance renvoie ainsi à une réalité médicale de suivi de traitement nécessitant l'adhésion du patient. Tandis que le terme de compliance fait référence à une notion de respect de la prescription par le patient sans tenir compte de son degré d'adhésion. *« Ce terme a été vivement critiqué ces dernières années car il porte en lui une dimension péjorative, les patients non-compliants étant vite jugés comme déviants »* (Lamouroux, Magnan et Vervloet, 2005).

L'alliance thérapeutique, terme issu de la psychanalyse et qui est maintenant utilisé dans toute relation mettant en jeu un patient et un soignant, est corrélée à l'observance. C'est une condition préalable à la bonne observance d'un traitement (Grimaldi, 2003).



Quant à l'expression « éducation thérapeutique », elle est beaucoup plus récente. Le terme éducation thérapeutique a pour volonté de prendre en compte le point de vue du patient. L'éducation thérapeutique consiste à former les individus pour qu'ils adhèrent et suivent davantage les recommandations données par les praticiens. Un intérêt particulier est porté à sa coopération active.

Dès les années 1960, des auteurs rapportent que la qualité de la relation entre le praticien et le patient et la qualité de la communication entre eux sont déterminantes pour l'observance (Davis, 1968 ; Caldwell, 1970).

*Ainsi, « un comportement « non-observant » d'un patient est associé à une relation de soin où le patient et le praticien cherchent le pouvoir et où la communication, de fait, devient progressivement pénible » (Davis, 1968).*

Des études récentes affirment que la dimension relationnelle praticien-patient et la qualité de la communication entre eux sont des facteurs bien plus déterminants de l'observance que des caractéristiques propres aux patients (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, ethnie, culture) (Lutfey, 2005 ; Grimaldi, 2008).

*« Seule la dimension relationnelle est pertinente pour expliquer la variation importante du comportement des patients vis-à-vis des conseils médicaux et des prescriptions thérapeutiques. » (Cognet et Adam-Vezina, 2010).*

De même, si le patient pense que le praticien qui le soigne est insensible à ses besoins pour traiter sa pathologie, il se souviendra moins aisément de ses recommandations (Applebaum, 1980).

En général, les praticiens ont peu d'aptitude à estimer l'observance réelle de leurs patients. Les praticiens ont une plus juste estimation de l'observance de patients plus proches d'eux sur le plan sociodémographique (sexe, âge, habitat, profession...) (Roth et Caron, 1978). C'est une des rares études qui a étudié l'observance en fonction des caractéristiques du praticien, et non de celles du patient.

Il reste très difficile d'objectiver l'impact de la relation de soin sur l'observance et de l'analyser en données mesurables. Mais ce fait consensus est que la relation

thérapeutique est « *indissociable de la problématique de l'observance* » et que l'observance conditionne la réussite du traitement. (Di Matteo, Di Nicolas, 1982)

Le praticien devra ainsi adapter la relation en fonction de la situation, du patient et du moment, en gardant en mémoire que « *le choix du modèle de relation thérapeutique peut évoluer chez un patient donné.* » (Reach, 2006).

Le lien entre récolte du motif de consultation et observance du patient est difficilement mesurable. Le fait que le patient et le praticien se mettent d'accord sur le motif de consultation n'a pas de lien direct avec l'intention que les patients ont de suivre le traitement. Mais cela influencera en revanche la satisfaction du patient (Taylor et al, 1980).

C'est la qualité du lien entretenu entre le patient et le médecin qui est, pour plusieurs auteurs, un paramètre important pour le succès thérapeutique. C'est d'ailleurs un critère mis en avant par la WHO (OMS) dans son rapport de 2003 : « *The literature has identified the quality of the treatment relationship as being an important determinant of adherence. (La littérature a identifié la qualité de la relation comme un déterminant important de l'adhérence)* (WHO, 2003).

L'approche centrée sur le patient permettrait à ce dernier de mieux comprendre et retenir l'information donnée. La prise en compte par le médecin des inquiétudes et des attentes du patient pendant la consultation influencerait favorablement le degré de satisfaction de ce dernier et son observance des recommandations (Levenstein, 1984).

S'intéresser au motif de consultation est donc le point de départ d'une discussion pour départager ce qu'il peut espérer du traitement de ce qui dépasse le cadre orthodontique.

## 4. La communication

### 4.1. Théories de la communication

*La communication est primordiale pour l'Homme : « on ne peut pas ne pas communiquer » (Dupont, 2004).*

#### 4.1.1. Définition

Les termes communiquer et communication sont apparus dans la langue française durant la seconde moitié du XIV<sup>e</sup> siècle. Le sens premier de « participer à » est alors proche du latin *communicare* (mettre en commun, être en relation).

Au fil du temps, le terme se rapproche de plus en plus de « partager une nouvelle », puis de « transmettre ». Aujourd'hui le sens de transmission prédomine dans toutes les acceptions françaises.

Pour qu'il y ait communication, il faut un dialogue. « *Dia* » (qui signifie à travers en latin) et « *logue* » (qui signifie la parole en latin). Il faut donc une parole qui circule entre différents interlocuteurs, ceux-ci s'exprimant à tour de rôle.

#### 4.2.2. Différentes situations de communication

Une situation de communication se caractérise en fonction du contexte, de la relation et du contenu. Le contexte est défini par : le nombre de participants, la nature du site (du lieu) de l'échange, le contrat, formel ou informel, qui lie les différents participants. La relation découle de l'interaction qui anime les protagonistes : gestion des tours de paroles, types d'actes de langage. Le contenu concerne le message transmis, les informations véhiculées. La production verbale et son interprétation dépendront de la relation (histoire, type, durée, degré de confiance) qui existe entre les deux interlocuteurs (Lussier et Richard, 2005).

Une situation de transaction commerciale, de débat, d'échange didactique, une séance au tribunal ou de consultation médicale sont autant d'échanges communicatifs différents avec des codes qui leur sont propres.

Par exemple, la conversation est un échange entre deux intervenants qui ont des rapports entre eux symétriques et égalitaires. Son but est d'entretenir le lien social et est pratiquée par simple plaisir de converser. C'est la forme prototypique la plus commune du fonctionnement de toute interaction verbale. Au cours d'une consultation médicale, il peut y avoir des glissements vers le style conversationnel de temps à autre.

#### 4.1.3. Histoire des théories de la communication.

Shannon est le premier à avoir théorisé la communication. En 1948, il schématise la communication comme une analogie du message télégraphié. Il influencera par sa théorie tant l'ingénierie que la psychologie des systèmes de communication (Shannon, 1948).

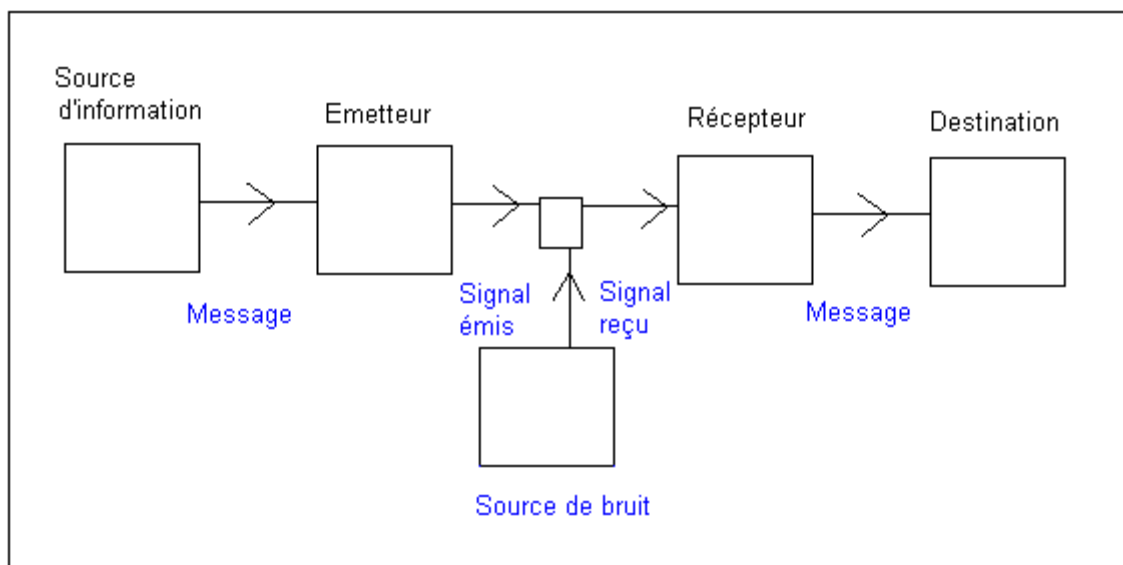
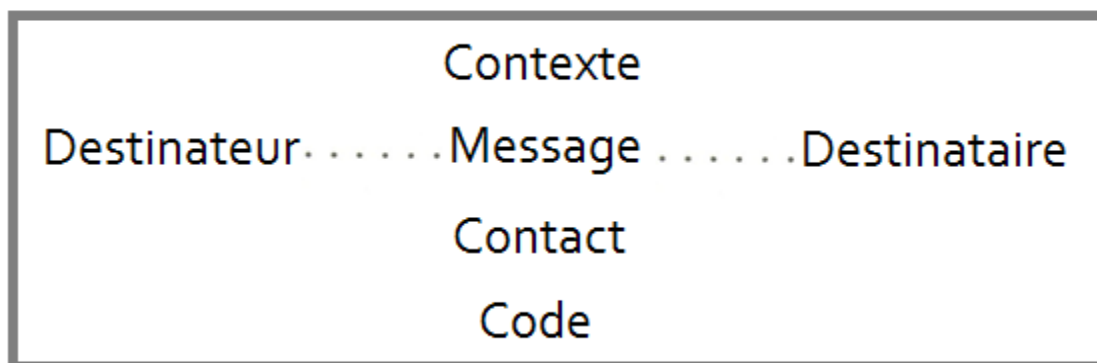


Figure 2 : Premier schéma de Shannon en 1948 qui théorise n'importe quelle situation de communication entre deux individus par analogie avec un message télégraphié. Il explique ainsi la difficulté de transmettre fidèlement un message jusqu'au destinataire à cause de ce qu'il appelle la source de bruit (Shannon, 1948)

Il explique ainsi comment le message émis par l'émetteur peut différer du message reçu par le récepteur au cours d'une conversation. La source du bruit schématisée, qui représente concrètement le grésillement de la ligne télégraphique, peut être élargie au contexte d'émission du message : le bruit ambiant, du klaxon des voitures ou de la sonnerie du téléphone, par exemple, peuvent brouiller le sens du message émis.

La théorie de Jakobson est une adaptation de celle de Shannon au schéma de communication verbale :

*« Le destinataire envoie un message au destinataire. Pour être opérant, le message requiert d'abord un contexte auquel il renvoie ; ensuite le message requiert un code commun (la même langue), en tout ou du moins en partie, au destinataire et au destinataire (en d'autres termes à l'encodeur et au décodeur du message) ; enfin le message requiert un contact, un canal physique (téléphone, face à face...) et une connexion psychologique entre le destinataire et le destinataire, contact qui leur permet d'établir et de maintenir la communication » (Jakobson, 1963)*



*Figure 3 : Interprétation du schéma de Shannon par Jakobson en 1963. Il adapte le schéma à toute situation de communication interpersonnelle. La transmission d'un message entre un destinataire (émetteur, celui qui parle) et le destinataire (celui qui reçoit le message) est influencé par le contexte (lieu, relation entre eux...) le contact et le code de chacun d'eux (langue et langage) (Source : Jakobson, 1963).*

Il est rapidement devenu LE modèle de communication en sciences sociales. Il reprend le couple émetteur-récepteur issu du télégraphe de Jakobson à partir duquel de nombreux chercheurs ont réfléchi.

De nombreuses réserves sont tout de même à prendre concernant ce schéma jakobsonien. Il est inexact de croire qu'il suffit que le code soit commun pour que l'information donnée (le message) soit bien reçue du destinataire (Kerbrat-Orecchioni, 1971). Le schéma de Kerbrat-Orecchioni est plus détaillé que celui de Jakobson. Si les partenaires appartiennent à la même communauté linguistique, ils ne parlent pas forcément la même « langue ». Et l'interprétation du message par le récepteur ne sera pas le message initial que l'émetteur a voulu transmettre. La situation idéale de communication entre deux protagonistes n'existe pas.

#### 4.1.4. Le schéma de Kerbrat Orecchioni

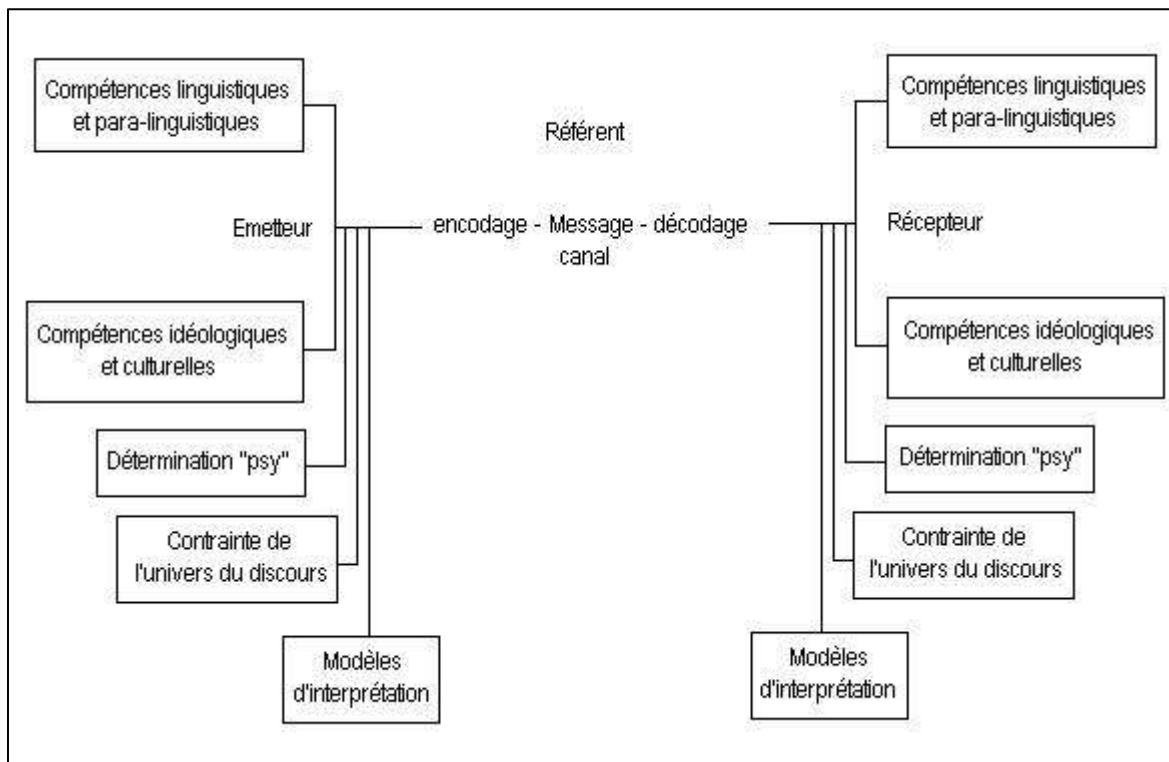


Figure 4 : Schéma d'interaction verbale entre deux personnes (un émetteur et un récepteur). Il met l'accent sur la multitude d'aspects propres à chaque individu qui influencent l'interprétation du message (Compétences linguistiques, paralinguistiques, idéologiques, culturelles, contraintes du discours, modèles d'interprétation) Ainsi, l'auteur met l'accent sur la difficulté de transmettre un message à un individu lorsque l'individu émetteur ignore ces aspects chez lui-même et chez l'autre (Source : Kerbrat-Orecchioni, 1992)

Dans tout acte de communication, il y a un certain nombre de compétences qui mobilisent le locuteur et l'auditeur et déterminent la transmission du message :

- **Compétence linguistique** : connaître les phonèmes, le lexique, la syntaxe, compétence textuelle.
- **Compétence para linguistique discursive** : renvoie à la nature du discours, la bonne manière d'écouter le message (ou d'être lecteur) en fonction des attentes.
- **Compétence idéologique et culturelle** : savoir s'adapter au savoir de l'autre, le savoir est supposé partagé.

Un message est toujours construit pour quelqu'un : *«il n'y a pas de parole première »*, on répond toujours à quelque chose (Kerbrat-Orecchioni, 1992).

Ce schéma explique parfaitement que, dans une interaction aussi dissymétrique et complexe que celle du patient avec le praticien, de nombreux obstacles et erreurs de jugement puissent se dresser sur le chemin qui mène de la pensée du patient à ce que le praticien comprend. Ce schéma met également l'accent sur le fait que communiquer c'est également parler avec soi-même, c'est-à-dire parler avec sa culture, ses propres compétences et croyances qui influenceront l'interaction entre les deux protagonistes.

#### **4.1.5. L'approche interactionniste**

Le collège invisible aussi appelé école de Palo Alto, désigne un groupe d'hommes qui ont travaillé ensemble sur la théorie de la communication et de la relation qui s'établit entre plusieurs individus. Elle a apporté une autre vision de la communication, en ne la limitant pas à l'étude des mots et de la langue. Les chercheurs qui la composent étudient à la fois la kinésique (l'observation de la gestualité) et la proxémique (la gestion de l'espace interpersonnel au cours d'une conversation). Leurs observations font consensus. La communication interpersonnelle est ainsi définie comme un échange entre deux personnes, chacune étant à tour de rôle l'émetteur et/ou le récepteur dans une relation de face à face. La communication doit être abordée de manière « holistique ». Les gestes, la posture, les mimiques, la façon d'être, la façon de dire ou de ne pas dire : tout parle. La

communication, pour ces auteurs, est un processus social permanent, intégrant de multiples modes de comportements. Il n'y a pas d'opposition entre communication verbale et non verbale. La communication est un tout intégré. La complexité de la moindre situation d'interaction est telle qu'il faut concevoir la communication en termes de niveaux de complexité, de variabilités, de contextes et de systèmes circulaires. Ainsi l'approche interactionniste peut être définie comme : « parler, c'est échanger, et c'est changer en échangeant ». Contrairement au schéma de Jakobson, il y a rétroaction du comportement du récepteur sur l'émetteur : la conversation devient un système circulaire d'interaction entre deux individus et non un système linéaire de transmission d'un message à l'aide d'un code. Il y a donc cogestion du dialogue.

Exemple de situation clinique extrait du livre « *La communication des professionnels de santé* » (Lussier et Richard, 2005) :

- Le médecin (*appelle son patient dans la salle d'attente*) : Monsieur Tassé ?
- Le patient : Bonjour Doc, hé, belle journée aujourd'hui !
- Le médecin : Bonjour Monsieur, je suis le Dr Lussier.

Le médecin indique ainsi par sa réponse qu'il refuse la familiarité proposée par le patient. Il réaffirme la relation en se présentant comme Docteur. Il modifie ainsi le comportement du patient. Il y a donc rétroaction, le sens de la conversation est cogéré par les deux interlocuteurs. Le dialogue est un acte éminemment collectif.

Au fur et à mesure de son intervention, l'émetteur du message émet des signaux phatiques au destinataire qui signalent qu'il s'adresse bien à lui. Ces signaux sont soit verbaux, paraverbaux, ou non verbaux. Les signaux phatiques permettent d'établir ou de prolonger la communication entre le locuteur et le destinataire sans avoir la fonction de transmettre le message.

Les signes phatiques verbaux de l'émetteur, du type « tu vois, tu vois ce que je veux dire », « tu comprends », permettent entre autres de réparer les défaillances de compréhension du discours et d'éviter d'augmenter le volume de la voix ou les reformulations intempestives.



Les signaux para verbaux sont également essentiels, tels que la posture et le regard. Par exemple, il est important que l'émetteur dirige son regard vers son interlocuteur.

Les signaux phatiques non verbaux consistent en mimiques, hochement de tête...

De même, le destinataire émet des signaux régulateurs de type verbal (du type « je vois », « oui », « d'accord »), de type para-verbal (le ton, le timbre, l'intonation de la voix), et non verbal (hochement de tête en signe d'acquiescement, sourires, etc), qui confirment qu'il est bien investi dans la conversation. Des études ont ainsi montré qu'en cas d'absence de ces régulateurs, l'émetteur est perturbé. Ainsi, il ne suffit pas de parler pour communiquer.

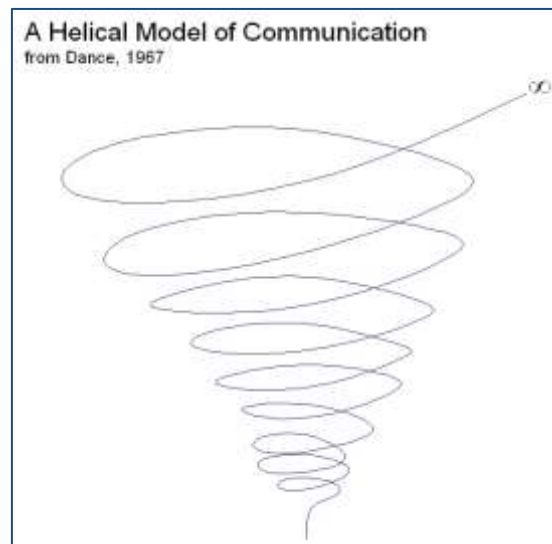
Communiquer, c'est interagir, d'où la notion d'influence mutuelle qui définit la conversation comme un moyen d'agir sur l'autre. Celle-ci se bâtit autour d'un pôle émetteur qui prend en compte l'existence de son interlocuteur : « *Parler, c'est anticiper le calcul interprétatif de l'autre* » (Kerbrat-Orecchioni, 1992). Barthes, quant à lui, énonçait : « *l'homme parlant /.../ parle l'écoute qu'il imagine à sa propre parole* » C'est-à-dire que la communication d'un individu sera toujours influencée par la perception qu'il a de l'autre et par ce qu'il imagine des perceptions de l'autre à son égard (Barthes, 1978). C'est donc un jeu de miroirs particulièrement complexe.

Ainsi, pour se comprendre, il faut que les deux protagonistes partagent un certain nombre de croyances sur la nature de leur rencontre. Mais la culture, le contexte psychologique et socioculturel peuvent faire varier ces croyances. La notion de croyance peut être illustrée comme suit. Il existe des croyances à propos de soi : « je crois que ... » ; des croyances vis-à-vis de l'autre : « je crois que tu crois que... » ; des croyances que l'on prête à l'autre à propos de soi : « je crois que tu crois que je crois que... ». Ce système de croyances imbriquées permet de se situer par rapport à l'interlocuteur. Par exemple, si le patient pense que le praticien est l'aide-soignant, le déroulement de l'entrevue sera totalement différent.

## 4.2. Spécificités de la communication dans la relation de soin

*« Le patient et le médecin continuent à ne pas parler la même langue ; ils se cherchent, se côtoient, se rapprochent souvent, mais ne peuvent se rencontrer » (Portes, 2005).*

Chaque séquence de communication est une interaction qui définit par la suite la relation entre les deux protagonistes. Toute communication est un acte irréversible et aucun subterfuge ne peut effacer ce qui a été dit. Les phrases telles qu' « oubliez ce que je viens de dire » ne sont que des leurres. Chaque parole prononcée influence le comportement ultérieur du destinataire dans la relation. Une communication ne se borne pas à transmettre une information mais induit en même temps un comportement et la relation évoluera en fonction des interactions entre ces protagonistes. Dans une relation comme dans une conversation, on ne sait pas comment les choses vont évoluer. Elle évolue au fur et à mesure des réactions des participants et la parole constitue simplement un lien entre eux. Le schéma relationnel qui illustre le mieux l'ensemble de ces principes est le modèle hélicoïdal. (Dance, 1967).



*Figure 5 : Représentation du processus de construction de la relation entre deux individus par un schéma hélicoïdal. Chaque rencontre, parole, interaction construit la relation. Cette schématisation hélicoïdale souligne l'impossibilité de retour en arrière. La relation se construit toujours en rapport avec ce qui a été vécu (Source : Dance, 1967).*

« *En permanence, les individus réévaluent leurs décisions, ils délibèrent avec eux-mêmes, avec l'autre, et soupèsent les tenants et les aboutissants de chacune de leur décision. Ce processus ne s'arrête jamais. C'est pourquoi une entente entre le praticien et le patient n'est jamais définitive.* » (Richard et Lussier, 2005).

Comme dans toute situation de communication, les contextes psychologiques et socioculturels du praticien et du patient diffèrent la majorité du temps. Cela compliquera la communication entre eux car ils ne peuvent se comprendre qu'à partir de ce qu'ils sont : leurs rôles, leurs valeurs, leurs besoins, leurs connaissances. La connaissance de soi et de ces aspects chez l'autre module la façon dont chacun interprète ce qui est dit. (Richard et Lussier, 2005).

L'entretien praticien-patient se caractérise par la volonté de parvenir à une compréhension commune de la maladie et la mise en œuvre d'un projet commun qui est de résoudre le problème du patient. L'importance de la communication dans la relation de soin n'est pas des moindres puisqu'on estime que 70% à 80% des plaintes et poursuites judiciaires médicales sont liées à des problèmes de relation ou de communication. (Beckman et Franckel, 1984)

Les médecins généralistes, dans une étude réalisée en 1994, reconnaissent que la communication avec les patients est une de leurs principales difficultés (Doumenc, Jean-Girard et Souhami, 1994). Pas étonnant que de nombreux articles mettent en exergue l'importance de la communication dans la relation de soin. Des consultants en ont d'ailleurs fait leur spécialité. En témoigne un article parmi tant d'autres, paru sur le site [dentaleconomic.com](http://dentaleconomic.com) en 2008 et qui titre : « *Why does some practice succeed or struggled ?* » (*Pourquoi certaines pratiques réussissent et d'autres ratent ?*) dont l'introduction était particulièrement éloquent : « *The three basics of a successful practice, one that has minimal struggles, are : excellent clinical skills, effective business systems, and communication. The most important of these three is communication.* » (*Les trois fondamentaux d'une pratique fructueuse, avec peu d'échecs : les compétences cliniques, un système commercial efficace et la communication. Le plus important des trois est la communication*).

Il existe différentes situations de communication. On distingue classiquement la conversation, au caractère débridé et familier dont les participants se comportent en égaux, de la discussion, plus argumentative, et du débat, qui implique une gestion ferme de la part du modérateur. Deux types d'interaction sont souvent étudiés : l'entretien et l'interview, dont les rôles des protagonistes sont fortement dissymétriques et offrent un degré de ritualisation élevé. Lors de l'anamnèse, l'orthodontiste et le patient se trouvent dans une situation d'entretien clinique, qui est un schéma de communication fortement dissymétrique, qui influence grandement le sens même du message émis ou reçu par le patient. La consultation médicale est un échange communicatif mixte, verbal (l'entretien) et non verbal (l'examen physique). Le message est issu de cet échange mixte et de cette interaction dissymétrique. De plus, il sera co-construit par le praticien, le parent et l'enfant, tous trois présents lors de la première consultation.

Toute relation interpersonnelle s'inscrit dans une continuité. « *Il est habituel dans ce cadre de se dévoiler de plus en plus au fil du temps. Il est même perçu comme anormal de ne pas le faire* » (Richard et Lussier, 2005). En revanche, dans le contexte de la relation praticien-patient, le patient doit dévoiler des faits et des pensées intimes dès le départ. Cette situation est artificielle, et ne peut fonctionner que grâce à une codification juridique solide qui garantit le secret médical.

Dans l'idéal, cet entretien clinique doit être semi-directif. C'est-à-dire que le praticien suit une trame de questions (la fiche de première consultation) dont l'ordre n'est pas forcément prédéfini, avec la possibilité d'aborder de manière spontanée des axes non prévus. En effet, la première consultation est une « conversation clinique » (Zoppi et Mc Kegney, 1997). Cela est essentiel pour poser les bases de la relation patient-praticien. Trop souvent, le praticien se cantonne stricto sensu à la feuille de consultation sans laisser de place à l'écoute, fondamentale en communication.

### **4.2.1. Expression de l'émotion**

Le praticien a souvent l'impression que le patient s'exprime librement et prend de ce fait ses réponses comme vérité. Mais, lors de l'anamnèse, le patient ne va pas forcément exprimer ses émotions ni évoquer la façon dont il voit son sourire au praticien. Cela touche à l'intimité.

Les linguistes insistent sur l'extrême variété et sur l'extrême abondance des modes d'inscription de l'affectivité dans le discours. Kerbrat-Orecchioni évoque ainsi : « *la fantastique diversité des moyens que peut investir le langage émotionnel, puisque tout mot, toute construction, peuvent venir en contexte se charger d'une connotation affective* » (Kerbrat-Orecchioni, 1971).

Pour certains auteurs, il n'existe aucune correspondance entre l'émotion qu'éprouve le locuteur et celle qu'il exprime (Charaudeau et Maingueneau 2002).

Il y a donc découplage total entre, d'une part, les émotions effectivement éprouvées par les partenaires de la communication et, d'autre part, celles qui sont visiblement exprimées dans le discours. Le réel ressenti du patient, ainsi que son image corporelle, sont donc tous deux extrêmement difficiles à cerner par le praticien.

### **4.2.2. Relation patient praticien, un cadre dissymétrique**

La situation clinique est marquée par une dissymétrie intrinsèque et irréductible, non désirée par les acteurs, mais imposée de fait par le cadre et la fonction de chacun des protagonistes. Il y a d'un côté le praticien qui représente le service public dans une institution et se porte garant d'un savoir-faire. Et de l'autre, le patient, qui est dans l'expectative d'une réponse.

De plus, si la relation patient-médecin est par essence dissymétrique, la relation dentiste-patient présente des aspects qui lui sont propres. Une consultation chez un chirurgien-dentiste diffère de celle chez un généraliste. En effet, le patient, à un moment ou un autre de la consultation, va devoir s'allonger, accepter que les

instruments pénètrent dans sa bouche en toute conscience. « Cette “pénétration” est loin d’être neutre. » (Amzalag et Cochet, 2011)

Ainsi le contexte de la rencontre praticien-patient et notamment le poids du cadre dissymétrique peut mettre le patient mal à l’aise et l’empêcher de se confier au praticien. « La relation praticien-patient induit des rapports dominant-dominé que l’on croit effacés par la dimension technique de l’acte de soin. Ce modèle paternaliste, transmis par notre culture hospitalo-universitaire, perpétue des modèles de comportement obsolètes en dehors du cabinet. Cette condescendance involontaire empêche le patient de livrer les clés de sa personnalité » (Amzalag et Cochet, 2011).

De plus, une consultation dentaire peut révéler de nombreuses peurs chez le patient. Amzalag et Cochet en répertorient six :

1. « Les peurs transgénérationnelles sont les idées reçues transmises par les parents.
2. Les peurs acquises sont les expériences vécues qui restent tapies au fond de l’inconscient.
3. La peur de laisser un inconnu entrer dans la sphère intime et de se retrouver soumis à la volonté d’un inconnu.
4. Toute approche thérapeutique brutale peut être interprétée par le patient comme un viol de son espace intime.
5. La peur de la communication et des infections : tout lieu de soins peut engendrer des infections nosocomiales.
6. La peur de l’arnaque : les soins dentaires sont les seuls à donner lieu à un important “reste à charge” qui varie d’un praticien à l’autre... »

Quand une ou plusieurs de ces peurs s’expriment en consultation chez un patient, elles peuvent également être un facteur de stress pour le praticien. Il réagira parfois avec ses propres angoisses.

Ainsi, dans le cadre spécifique de la relation patient-praticien, de nombreux obstacles peuvent empêcher le patient de dire ce qu’il pense, et de nombreux biais peuvent influencer l’interprétation du praticien. Ce que le praticien pense être le motif de consultation réel n’est parfois qu’une interprétation plus ou moins éloignée de ce que le patient cherche à dire. Et pourtant, c’est bien sur le socle du motif de consultation, qui fait se rencontrer un patient et un soignant, que commence à se construire la

relation. Avoir conscience du caractère dissymétrique inhérent à la relation soigné-soignant et connaître l'ampleur des éléments qui peuvent biaiser la transmission d'un message permet d'appréhender toute la difficulté de récolter le « vrai » motif de consultation du patient.

### **4.2.3. Comportement du praticien lors d'une consultation**

*« Tandis que le praticien voit des patients toute la journée et presque tous les jours, et que pour lui la consultation va de soi, pour le malade, c'est un intrus certes bienveillant et dont il a besoin, mais en quelque sorte importun dont il aurait préféré se dispenser. »* (Hoerni et Benezech, 2010)

Les praticiens ont des schémas préparés pour mener les consultations : ils suivent les étapes de leur feuille de consultation. Si ces schémas sont fixes dans le temps, il n'en va pas de même pour les patients qui vont davantage réagir à la personnalité du praticien, et cela de différentes manières. La personnalité du praticien entrera en ligne de compte dans l'établissement de la relation (Hoerni et Benezech, 2010).

Une bonne pratique médicale nécessite bien évidemment des connaissances solides dans sa discipline mais également une aptitude à rencontrer l'autre, à dialoguer, à explorer le but poursuivi par le patient, qui il est, et comment il perçoit la relation avec un professionnel. *« La réussite de la première rencontre dépendra de nombreux paramètres et, entre autres, de la compétence communicationnelle du praticien »* (Richard et Lussier, 2005). La compétence communicationnelle se définit comme : *« l'ensemble des aptitudes du sujet parlant à communiquer efficacement dans des situations socio-culturelles spécifiques. »* (Kerbrat-Orecchioni, 1992).

Cette définition interactionniste, c'est-à-dire mettant au cœur la rencontre qui a lieu entre deux personnes, souligne la capacité d'adaptation du communicant à la situation. *« La compétence communicative apparaît comme un dispositif complexe d'aptitudes, où les savoirs linguistiques et socio-culturels sont inextricablement mêlés »* (Kerbrat-Orecchioni, 1992).

L'habileté du praticien à gérer la consultation dépend de sa capacité à observer les marqueurs présents dans les propos du patient puis à agir en conséquence. C'est donc une sorte de décodage des propos du patient qui a lieu. La confiance du patient en son praticien repose sur l'habileté de ce dernier à établir une relation de confiance mutuelle (Richard et Lussier, 2005).

Amzalag répertorie quelques comportements du dentiste néfastes à la relation en première consultation :

- « - Passer directement aux soins en oubliant le sas de transition du bureau.*
- Faire preuve d'une autorité mal placée.*
- Infantiliser un interlocuteur. L'humiliation est contre-productive.*
- Utiliser des termes médicaux, tels que « dévitaliser », « dépulper », « extraction », « contention » auront un effet délétère sur la relation, surtout avec des patients dont l'imagination est déformée par la crainte. »*

Le guide de l'université de Calgary (1998) apporte un éclairage sur les comportements du praticien qui favorisent la satisfaction du patient. Afin d'établir une relation harmonieuse dès la première consultation, le praticien devra (traduit de l'anglais) :

### I - DÉBUTER LA CONSULTATION

*A – Préparer en amont la consultation*

*B - Établir le premier contact*

*Saluer le patient, se présenter et préciser son rôle et la nature de l'entrevue*

*Veiller au confort physique du patient (tout au long de la consultation)*

*C - Identifier le motif de consultation*

*Identifier, par une question d'ouverture, les préoccupations que le patient souhaite aborder*

*Écouter activement*

*Confirmer la liste initiale des motifs de consultation*

*Vérifier s'il y a d'autres problèmes*

### II - RECUEILLIR L'INFORMATION

*A - Exploration des problèmes du patient*

*Encourager le patient à confier son (ses) problème(s) avec ses propres mots*



*Utiliser des questions ouvertes et fermées*

*Écouter activement*

*Faciliter les réponses du patient (encouragements, silence, répétition, paraphrase, interprétation)*

*Relever les indices verbaux et non verbaux et offrir son interprétation au patient pour vérifier si le patient est d'accord*

*Clarifier les énoncés du patient (par ex. : « Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par... ? »)*

*Faire des résumés réguliers de ce que le patient dit et valider sa compréhension (éviter le jargon médical)*

*B- Encourager le patient à exprimer ses émotions*

### III - STRUCTURER L'ENTREVUE

*A- Rendre explicite l'organisation de l'entrevue*

*B- Annoncer verbalement les transitions de l'entrevue et les raisons (nous allons passer à l'examen des dents afin de...)*

### IV - CONSTRUIRE LA RELATION

*A - Utiliser un comportement non-verbal approprié*

*Si lecture du dossier, le faire d'une façon qui n'interfère pas avec le dialogue*

*B - Développer une relation chaleureuse et harmonieuse*

*Accueillir les points de vue et émotions du patient sans jugement*

*Utiliser l'empathie : communiquer sa compréhension de la situation du patient*

*Fournir un soutien : travailler en partenariat avec le patient*

*Agir avec délicatesse durant l'examen physique*

*C - Associer le patient à la démarche clinique (durant l'examen physique, expliquer le déroulement, demander la permission...)*

### V - EXPLIQUER ET PLANIFIER

*A - Fournir la quantité et le type adéquats d'information*

*Vérifier la compréhension du patient*

*Évaluer les connaissances du patient*

*Demander au patient quelles autres informations seraient utiles (par ex. : l'étiologie, le pronostic)*

*B - Aider le patient à retenir et comprendre les informations*

*Organiser les explications en parties logiquement organisées*

*Utiliser la répétition, les résumés, des supports visuels*

*Vérifier la compréhension du patient au sujet de l'information donnée, en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu*

*C - Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient*

*Faire le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient*

*D - Planifier : une prise de décision partagée*

*S'assurer du niveau d'implication souhaité par le patient dans les décisions à prendre*

*Discuter d'un plan mutuellement acceptable (signaler sa position au sujet des options disponibles et déterminer les préférences du patient)*

*Vérifier avec le patient s'il est d'accord avec le plan et si l'on a répondu à ses préoccupations*

## VI - TERMINER L'ENTREVUE

*A - Planifier les prochaines étapes*

*S'entendre avec le patient au sujet des prochaines étapes*

*Résumer la session brièvement et clarifier le déroulement des soins*

Ce qui apparaît clairement dans le guide de Calgary est la nécessité d'évaluer la compréhension du patient à chaque étape. Le praticien pense souvent avoir été clair et surestime le degré de compréhension du patient. Il est très rare que le praticien vérifie la compréhension des informations transmises. Demander au patient de reformuler ce qu'il a compris avec ses propres mots est la méthode la plus efficace pour assurer la mémorisation des informations sur le long terme (Richard et Lussier, 2005). De même, le praticien peut paraphraser les remarques du patient avec ses propres mots. Cela permet au patient de clarifier sa pensée.

Dans tous les cas, l'écoute du praticien doit être un processus actif. « *L'art d'écouter n'est pas un comportement passif, mais une réaffirmation constante de la compréhension* » (Baker, 1984). Quand il est à l'écoute, l'orthodontiste peut renforcer la position d'émetteur du patient en utilisant des signaux établis, soit des mots encourageant la parole, soit des onomatopées qui renforcent l'orthodontiste dans la position d'écoute, du type « mmmh, oui, bien sûr » etc. En l'encourageant ainsi à

s'exprimer, le praticien favorise la participation active du patient à la conversation. (Hill, Charles et Reed, 1981).

L'orthodontiste peut favoriser cette interaction lors de l'entretien clinique en encourageant la participation du patient tout en guidant la conversation. En effet, écouter le patient activement ne veut pas dire ne jamais l'interrompre et écouter des propos qui n'ont aucun rapport avec le soin. Il est important d'instaurer un climat davantage conversationnel et d'échange avec le patient à certains moments. Mais quand la conversation prend une direction non souhaitée, le praticien peut alors jouer le rôle de modérateur et recentrer le sujet tout en stimulant l'attention du patient (n'est-ce pas ? qu'en pensez-vous ?). En s'adressant ainsi directement au patient, il garde le contact.

L'orthodontiste devra, à certains moments, orienter la consultation pour obtenir les informations nécessaires. Pour ce faire, une des méthodes est bien évidemment de poser des questions, soit dichotomiques (réponses oui/non) soit ouvertes (quand, comment ?).

Certains comportements permettent de faciliter le déroulement de cette première consultation qui est la pierre angulaire de la relation patient-praticien (Hoerni et Benezech, 2010). Les enquêtes menées sur le comportement du praticien propice à une bonne relation avec le patient se rejoignent sur les points élémentaires suivants : *se présenter, sourire, serrer la main, prendre le temps d'écouter, établir un lien empathique, s'abstenir de juger, abaisser les barrières d'un quelconque pouvoir médical, fonder un réel partenariat, partager la décision, s'engager et être disponible, maintenir une relation durable*. (Froment, 2001 ; Churchill, 2008 ; Hsu et al 2008).

La qualité de la communication du praticien s'évalue comme « *clarté, empathie, absence de jugement, et réflexion* » (Laidlaw, Kaufman, Sargeant, 2007).

Dans la pratique, en termes d'attention, le patient doit compter plus que ceux qui l'accompagnent aux yeux du praticien. En termes de temps consacré à chaque activité de la consultation, l'entretien oral prend plus de temps que l'examen clinique et la parole gagne à être partagée entre le patient et le praticien. Pendant l'examen clinique, le praticien doit éviter les remarques dépréciatives et les soignants ne

doivent pas parler d'autre chose entre eux. L'idéal est que le praticien, lors de l'entretien clinique qui précède l'examen physique, se tienne à hauteur égale du patient, à 90°, qu'il le regarde dans les yeux et réalise un examen physique rapide et commenté, en ayant au préalable obtenu l'agrément du patient (Richard et Lussier, 2005).

Selon l'âge du patient, la gestion du triptyque relationnel « parent-enfant-praticien » sera différente.

Le comportement du médecin doit s'adapter au degré de maturité de l'enfant. La participation de l'enfant à la décision doit passer par l'évaluation de sa participation orale (Hoerni et Benezech, 2010). Un enfant coopérant s'exprime dans la relation de soin, il donne des informations, initie des conversations et répond aux questions. Il prend donc une part active à la communication. Discuter à certains moments d'autres thèmes que le motif de consultation, le plan de traitement, etc..., permet également d'entretenir de bons rapports relationnels nécessaires à la coopération (Bain, 1976). Chez l'enfant cela peut passer par une discussion informelle sur ses centres d'intérêt.

Chez le jeune adolescent patient, de 12 à 14 ans, la consultation doit être menée en présence des parents. Les parents commencent par présenter le motif de consultation puis le praticien doit apporter son soutien au jeune adolescent. *« Cela en l'aidant à clarifier la situation tout en respectant le rythme et les limites de l'adolescent. L'adolescent découvre souvent pour la première fois la démarche clinique. »* (Richard et Lussier, 2005). Le praticien doit le considérer comme important et écouter ses propos, tout en s'ajustant à son niveau de langage sans employer des phrases toutes faites telles que *« je ne comprends rien... »*. *« Il faut éviter de le rabaisser et l'aider à se sentir compétent. C'est en montrant à l'adolescent qu'il est l'interlocuteur privilégié, que le praticien peut créer une véritable alliance thérapeutique. La demande de l'adolescent est l'élément clé de la communication et il doit être pris en compte par le praticien. »* (Richard et Lussier, 2005).

Avec un patient un peu plus âgé, entre 14 et 17 ans, il vaut mieux commencer la consultation avec lui exclusivement. Cela montre au jeune patient que le praticien respecte son intimité. Afin de rassurer les parents qui souhaitent être présents, il est

préférable de leur préciser qu'ils rejoindront l'adolescent juste après pour discuter tous ensemble. Ce moment privilégié avec l'adolescent est important car « *lui seul peut expliquer ce qu'il ressent sur un plan affectif.* » (Richard et Lussier, 2005). De plus, cela permet de faire entendre son point de vue aux parents si nécessaire et d'évaluer le degré de maturité et de compréhension de la situation de l'adolescent.

Si, en revanche, le patient adolescent demande explicitement la présence de ses parents à ses côtés, il faut l'accepter. L'objectif est qu'il se sente à l'aise et qu'il perçoive que son avis compte. Le déroulement de la consultation doit être souple, le mieux étant de commencer en laissant l'adolescent présenter son motif de consultation. Puis, avant d'inviter les parents à le rejoindre, il est préférable de voir avec l'adolescent s'il souhaite garder des choses confidentielles. Ecouter les parents est essentiel et permet au praticien d'éclaircir certains points. « *Après avoir réalisé le résumé de la consultation et la démarche clinique à venir, il peut y avoir des craintes et des inquiétudes qui surgissent* » (Richard et Lussier, 2005). Le praticien devra discerner les motivations de chacun qui sous-tendent ces angoisses (protection de l'enfant par les parents ou autre) pour commencer une relation thérapeutique fondée sur la confiance.

#### **4.2.4. Discerner le motif de consultation**

La philosophie de soin centrée sur le patient, qui prime aujourd'hui dans toutes les spécialités médicales, reste un concept abstrait qu'il est difficile de traduire en actes quotidiens. Mettre le patient au centre de la rencontre est essentiel afin d'obtenir un motif de consultation au plus proche du motif de consultation réel. Pour y parvenir, le praticien peut notamment appliquer la méthode dite du « *screening* » qui permet d'aider le patient à exprimer ses motifs de consultation (Richard et Lussier, 2005). Cette méthode nécessite plusieurs étapes :

Tout d'abord, le praticien invite le patient à s'exprimer librement et à énoncer son /ses motifs de consultation en posant une simple question ouverte « que puis-je faire pour vous, qu'est-ce qui vous amène » etc...

Puis, le praticien recherche d'autres motifs éventuels en répétant « hormis..., y-a-t-il autre chose ? » jusqu'à épuisement des motifs énoncés par le patient.

Ensuite, le praticien dresse la liste de tous les motifs de consultation. « Vous êtes gêné par l'alignement de vos incisives. Est-ce bien cela ? » Cela afin de se mettre d'accord sur une compréhension commune avec le patient. Cela s'appelle un énoncé de vérification/synthèse.

Et enfin, le praticien doit établir l'ordre de priorités avec le patient. Cela se fait en deux temps. D'une part, il doit discerner la hiérarchie que le patient a en fonction de ce qui le dérange le plus. Puis, il doit arriver à établir avec lui une hiérarchie selon l'importance clinique des demandes.

Afin de limiter les problèmes liés à une mauvaise évaluation du motif de consultation du patient, il est prouvé que le fait de « *hiérarchiser les problèmes selon les priorités à la fois du patient et du praticien permet de mieux percevoir les attentes et les préoccupations des patients et d'améliorer la prise en charge* » (Richard et Lussier, 2005).

Certains auteurs conseillent ensuite d'explorer chaque motif de consultation en quatre dimensions (causes, craintes, répercussions, souhaits), ceci afin de discerner les croyances du patient vis-à-vis de son problème (Stewart, 2010) :

- Le point de vue du patient : Quelle est l'origine, selon lui, de son problème initial ? (causes)
- Ses sentiments par rapport à ce problème : a-t-il des inquiétudes ou des préoccupations particulières ? (craintes)
- L'influence de ce problème sur son fonctionnement : comment ce problème modifie-t-il son quotidien ? (répercussions)
- Ses attentes à l'égard du praticien : a-t-il des attentes précises quant à l'investigation et au traitement ? (souhaits)

Ce dernier point est absolument nécessaire afin d'évaluer l'existence d'éventuelles attentes démesurées (changement de vie, meilleure acceptation sociale...) que le traitement ne pourra satisfaire.

## **4.3. La communication et l'influence de l'environnement de soin**

### **4.3.1. Communication, espace et espace personnel**

On peut distinguer deux conceptions majeures de l'espace personnel. Soit strictement descriptive : « *c'est la distance qu'un organisme place habituellement entre lui et les autres organismes* », soit interprétative : « *les processus par lesquels les gens marquent et personnalisent les espaces qu'ils occupent* » (Sommer, 1969). Dans cette dernière conception, l'espace personnel est un système de protection, une aire aux contours flous qui entoure le corps d'une personne à l'intérieur de laquelle les intrus ne peuvent entrer. Cette espace prend différentes formes selon les auteurs : Edward Hall (1971) le compare à une bulle qui entoure l'individu. Sommer, quant à lui, le décrit de manières diverses : coquille d'escargot, bulle de savon, aura ou chambre de respiration. Ces images mettent l'accent sur le rôle de protection de cet espace personnel (Sommer, 1969).

Cette notion de protection vient d'une analogie avec le monde animal. En effet, lorsqu'un animal se place en deçà d'une distance spécifique, il provoque l'agression du congénère. Cette distance spécifique, appelée distance critique, est celle au-delà de laquelle un individu se sent agressé (Hediger, 1955). En effet, un animal territorial occupe un espace qu'il s'approprie par divers moyen (marquage olfactif...) et qu'il défend contre les autres. L'espace personnel de l'Homme serait alors comparable à un « territoire portable » (Sommer, 1959). L'espace qui sépare deux personnes en train de converser peut être considéré comme un « territoire d'interaction » (Knowles, 1973).

Edward Hall a développé une approche nouvelle de cet espace d'interaction. Il étudie la proxémie dans une perspective culturelle. La proxémie peut être décrite comme la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction. Il démontre que cet « instinct » est soumis à des variations culturelles. Il décrit notamment avec une grande minutie le comportement spatial des Américains de la classe moyenne. Il distingue ainsi quatre types de distance sur ses observations,

propres à cette population, chaque type ayant deux modalités : proche et lointaine. Ces distances sont : l'intimité proche, où la distance est nulle, la distance publique lointaine, au-delà de 7,50 m, et entre les deux se trouvent les distances personnelle et sociale. (Hall, 1971)

<b>Distance</b>	
<b>Intime</b>	Corps à corps
<b>Personnelle</b>	45-74 cm
<b>Sociale</b>	1,25 m-2,10 m
<b>Publique</b>	3,60 m-7,50 m

*Figure 6 : Distance physique acceptable entre deux individus selon leur degré d'intimité. Plus les individus se connaissent et sont intimes et plus la distance physique quand ils se parlent peut être réduite. Cette distance est sujette à des variations culturelles. (Hall, 1971)*

Voici une autre illustration du jeu des distances, qui permet de comprendre la distance appropriée ou acceptée en fonction de l'intimité des deux protagonistes dans différentes situations.



*Figure 7 : Illustration reprenant le concept de distance physique entre deux individus. Ceux-ci communiquent de manière plus ou moins rapprochés selon leur degré d'intimité. (Source : Martin, 1999)*

Si cette classification peut paraître arbitraire, Hall (1971) a été le premier à s'intéresser aux différences interculturelles de la gestion des distances.



De nombreux facteurs influencent le jeu des distances. Celui-ci n'aura pas la même signification selon le contexte. En effet, quand la densité est forte, s'asseoir à côté de quelqu'un n'a pas le même sens qu'il y ait peu ou beaucoup d'autres places autour. Ainsi, la forte densité permet de lever le tabou de la proximité, c'est la raison pour laquelle, au lieu d'être fuie, la proximité est parfois recherchée.

### **4.3.2. Espace personnel et enfant**

A quel âge ces distances sont-elles intégrées par l'enfant ? Les résultats montrent que le score d'apprentissage des distances interpersonnelles des enfants augmente avec l'âge et que la distance publique et la distance intime sont apprises avant celles dites « sociales » et « personnelles ». L'apprentissage des distances par les enfants se fait énormément par imitation des comportements de leurs pairs.

Il existe une plus grande proximité physique entre enfants qu'entre adolescents, et une plus grande proximité entre adolescents qu'entre adultes. L'acquisition des jeux de distances se fait au fur et à mesure de l'âge (Baxter, 1970).

Un enfant osera plus s'approcher du visage d'un adulte, qu'un autre adulte. L'apprentissage « physiologique » du jeu des distances est donc évolutif dans le temps (Argyle et Dean, 1965).

Bien évidemment, il existe une variabilité individuelle de la gestion des distances en fonction du vécu de chacun.

### **4.3.3. Implication de l'espace personnel dans la relation de soin**

Si l'espace personnel est conçu comme une protection, la proximité imposée devrait être vécue comme une agression. En cas de proximité supposée gênante, les regards des protagonistes deviennent fuyant et évitent de se croiser, c'est une réaction de défense (Argyle et Dean, 1965). Dans cette logique, la relation soignant-

soigné est une situation de proximité imposée et devrait ainsi déclencher une réponse agressive ou de fuite de la part du patient.

Notre profession comme d'autres (coiffure, esthéticienne, kinésithérapie), lèvent le tabou du toucher et de la proximité. La relation médicale implique le toucher et le regard, alors qu'il existe un tabou sociétal du regard entre étrangers, un tabou du toucher entre hommes et femmes étrangers, tout autant qu'entre deux hommes étrangers (Argyle et Dean, 1965).

Alors comment ce toucher entre le soigné et le soignant est-il rendu possible ? Il y a un premier niveau de régulation spatiale de l'intimité auquel se sont intéressés Argyle et Dean en 1965, c'est celui du degré spatial d'intimité au centre du schéma qui suit :

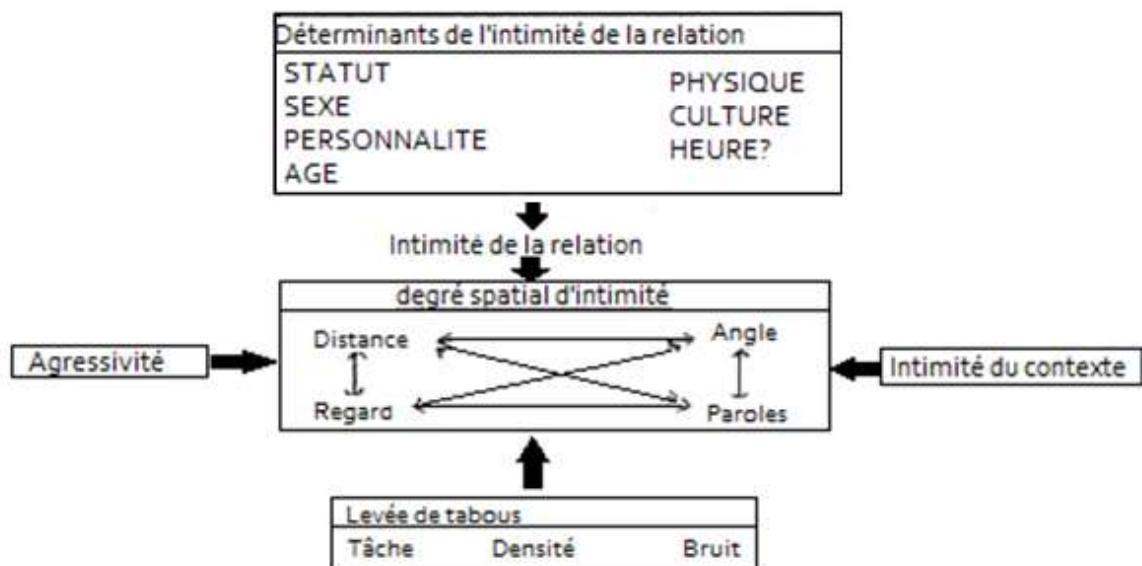


Figure 8 : Schéma explorant les rapports spatiaux en tenant compte également des regards échangés, et de l'influence de l'environnement (bruits, densité de personnes) qui peuvent modifier les distances entre individus (Argyle et Dean, 1965).

Ce schéma intitulé « le degré spatial d'intimité et les variables qui le déterminent » est une représentation ouverte des nombreuses variables qui influencent la distance interpersonnelle et montre que seule une théorie de l'équilibre peut rendre compte des mécanismes en jeu.

Tous ces facteurs influencent la gestion des distances dans une relation interpersonnelle, mais ils n'ont pas le même rôle. Il y a un premier niveau de régulation centré sur la communication : c'est le degré spatial d'intimité et tout autour, des variables extérieures qui détermineront le jeu de distances entre les protagonistes.

Dans une relation de soin, la rencontre entre le soignant et le soigné est provoquée par une nécessité, s'inscrit dans un contexte particulier et se pratique dans un lieu qui influence la gestion de la distance entre les deux protagonistes. La distance est maximale dans le cas de relation dissymétrique telle que celle du soin. Le statut des partenaires modifie fortement la gestion des distances. Tout dépend ici de qui approche qui. En effet, la distance jugée acceptable entre deux protagonistes sera plus courte entre des partenaires égaux ou lorsque c'est le supérieur hiérarchique qui prend l'initiative de s'approcher de son subordonné. « *Le contraire ne sera pas possible : c'est le supérieur qui peut se placer où il veut* » (White, 1975).

Le jeu des distances dépend également de la situation de communication : la distance spontanément prise par une personne par rapport à une autre dépend de la quantité de stimulations communicationnelles que celle-ci émet. « *Plus la relation créée entre les partenaires est intime, plus la distance pourra être courte* » (Nesbitt et Steven, 1974).

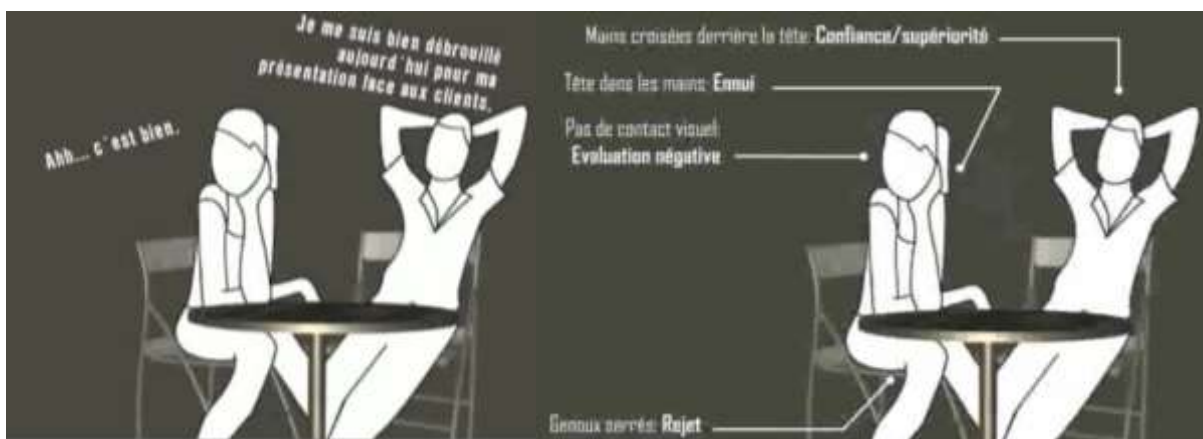
La taille du lieu influence également la gestion des distances, étonnement les sujets se placeraient à une distance plus courte dans une grande salle que dans une petite (Sommer, 1959).

#### **4.3.4. Le corps dans la communication**

On considère souvent l'expression corporelle comme un langage naturel qui ne trompe pas le destinataire mais qui trahit notre pensée profonde. « *On ment bien de la bouche, mais avec la gueule qu'on fait en même temps on dit la vérité quand même* » (Nietzsche, 1886).

Selon Mehrabian, c'est le langage du corps qui joue le plus grand rôle (55%) dans une situation de communication, suivi de près par les caractéristiques de la voix, et les indices para linguistiques (38%), et seulement en dernier lieu viennent les mots (7%). Les résultats montrent que dans l'attribution d'une émotion, les sujets se fondent plus sur les tonalités (neutre, positive et négative) que sur la signification du mot en lui-même (Mehrabian, 1967). Ces résultats ne peuvent cependant pas être extrapolés à toutes les situations de communication. En effet, ces chiffres ont été obtenus dans un contexte particulier, les expériences ont été réalisées uniquement auprès de femmes et trop d'aspects de la communication non verbale ont été ignorés. Néanmoins, le non verbal tient bien une place prédominante et primordiale dans notre appréciation des situations de communication.

Au-delà du fantasme du mensonge décelable par simple observation des attitudes de l'autre, il est vrai que quand les trois formes de communication (verbale, paraverbale et non verbale) correspondent entre elles, le message a plus de chance d'être clair. En effet, le destinataire peut être troublé par des messages venant de manières différentes (verbal, non verbal, paraverbal), et qui se contredisent.



*Figure 9 : Illustration de l'importance du paraverbal dans la communication. Un contenu verbal qui est contredit par l'attitude para verbale de l'émetteur sera difficilement perçu par le destinataire (Bathelet, 2015).*

Ce dessin est une illustration de l'incongruence pouvant exister entre la communication verbale et non verbale.

Au niveau verbal, la jeune fille énonce : « C'est bien. »

Au niveau paraverbal, le ton est probablement monocorde et sans enthousiasme.

Au niveau non-verbal : la personne évite le regard de l'autre, a un comportement fermé, etc.

Certaines revues médicales récentes destinées aux médecins suggèrent d'améliorer leurs capacités communicationnelles en « *vérifiant la signification des indices verbaux et non verbaux relevés chez le patient.* » (Silverman, Kurtz et Draper, 2010). Cela permettrait, par exemple, de détecter les signes non verbaux du patient qui veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions ; détecter chez lui d'éventuels signes de surcharge d'informations ou de jargon médical et être attentif aux indices d'inconfort du patient. L'université de Calgary, dans son guide de communication médicale (Calgary, 1998), conseille au praticien d'utiliser un comportement non-verbal approprié (contact visuel, expression faciale, posture, position et mouvement, indices vocaux, le débit, le volume, la tonalité de la parole). Il recommande également de faire attention à ce que la lecture, écriture de notes ou utilisation de l'ordinateur, se fasse d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation.

Nombreux sont ceux qui imaginent qu'il est facile de départager le mensonge de la réalité simplement en observant le comportement d'une personne. Dans l'imaginaire général, les éléments susceptibles de démasquer un menteur seraient une gesticulation nerveuse de sa part et un regard évitant tout contact visuel. Une série télévisée appelée « Lie to me » reprend d'ailleurs cette pensée commune selon laquelle le geste prime sur la parole. Dans celle-ci, un expert résout des crimes simplement en interprétant le comportement de l'accusé. Or, les travaux de psychologie démontrent que si les personnes ont majoritairement confiance dans leur capacité à détecter le mensonge chez l'autre, le menteur est rarement démasqué.

### 4.3.5. L'environnement et la communication

Les facteurs liés à l'organisation des structures de soins ont été très peu analysés en lien pour l'observance. L'étude de Misczynski a montré que l'accès facilité à des centres de santé et les horaires d'ouverture élargies, contribue à augmenter l'observance (Misczynski et Stern, 1979). Lors de l'anamnèse, dans la salle de soin, le patient est sur le fauteuil et le parent est assis sur une chaise ajoutée pour l'occasion ; l'hôpital est-il un lieu qui favorise (lieu sociopète) ou qui inhibe la rencontre et la communication (sociofuge) ? L'Homme et l'environnement interagissent et, comme abordé précédemment, plusieurs facteurs influencent ces interactions. L'hôpital participe par ses différents cloisonnements, signes et codes reconnaissables, à entretenir la relation dissymétrique praticien-patient. Il faudrait réaliser une étude de psychologie environnementale. Celle-ci, corrélée à la conception architecturale de l'espace, permettrait d'anticiper et de prévoir les attitudes, les émotions et les comportements dans un lieu donné. Cela permettrait de déterminer la nécessité de discuter avec les patients mineurs et leurs parents dans un autre cadre que sur le fauteuil pour évaluer au plus près leur motif de consultation et éviter au maximum le « brouillage du cadre ». La définition des différents espaces dans un hôpital (la salle d'attente, lieu de transit, la salle de soin, le bureau des entrées) permet de gérer le travail mais aussi la nature des communications qui peut avoir lieu dans chaque secteur. Certains types de propos appropriés dans un espace sont à proscrire dans un autre. On ne peut pas poser un diagnostic ou aborder des problèmes liés au traitement d'un patient dans un couloir.

Si la gestion des distances entre deux personnes qui communiquent est culturelle, elle présente également des variabilités individuelles, liées à l'expérience de chacun. La relation qui se crée entre les deux protagonistes permet de réduire progressivement la distance jugée acceptable entre eux. La relation dissymétrique et l'autorité dont fait preuve le praticien lui permettent de réduire la distance physique qu'il entretient avec le patient par rapport à une rencontre « symétrique ». Mais le praticien doit rester à l'écoute du langage verbal et corporel de son patient, afin que celui-ci ne vive pas l'examen clinique comme une forme d'intrusion. Il faut toujours veiller à obtenir l'adhésion de l'enfant avant de passer à l'examen clinique.

## **5. Motif de consultation chez le mineur en Orthopédie Dento-Faciale**

### **5.1. Récolter le motif de consultation : une obligation légale**

Dans les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) communes à tout traitement médical, il est signifié en toutes lettres que le praticien devra toujours rechercher le consentement éclairé de l'enfant. Car, si le consentement de l'enfant n'a pas d'un point de vue légal la même importance que celui des tuteurs légaux, il est devenu essentiel à ce qu'on appelle « une bonne pratique ».

Bien sûr, tout le domaine médical est concerné par ces recommandations, mais elles s'appliquent encore davantage à l'ODF. Dans le rapport de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé- ancienne HAS) codifiant les recommandations pour une bonne pratique ODF, l'anamnèse doit forcément faire ressortir :

- **le motif de la consultation,**
- l'âge, les doléances et l'historique médical et dentaire du patient,
- l'état général du patient et sa croissance,
- son contexte psychosocial,
- l'existence d'une pathologie intégrée dans un grand syndrome malformatif déjà dépisté.

Le premier item cité par l'ANAES dans son rapport est donc le motif de consultation, ce qui témoigne de son importance clinique.

A l'issue de cet entretien, le praticien doit savoir :

- **pourquoi le patient recherche un traitement ODF maintenant,**
- **ce qu'il attend du traitement. (Profitt et Tulloch, 2002)**

Plus généraliste, le guide de Calgary énumère ce sur quoi les patients et le praticien doivent être d'accord en rapport avec le motif de consultation à l'issue de la première entrevue médicale (Calgary, 1998) :

- La nature des motifs de consultation du patient,
- Le nombre des motifs de consultation,
- La hiérarchisation des motifs de consultation du patient,
- L'existence ou non, d'un motif évoqué uniquement à la fin de la consultation par le patient,
- L'existence ou non, d'un problème que le patient n'a pas pu évoquer pendant la consultation.

## **5.2. Parents et enfant face à la malocclusion : l'enfant, un être sous influence ?**

Lors d'une consultation médicale impliquant un enfant et nécessitant la présence d'un ou des parents, il s'avère que ce sont les enfants qui interviennent le moins dans la conversation (2 à 14% des interventions) (Tates et Meeuwesen, 2001). Plus les enfants grandissent et plus ils participent. Ces vingt dernières années, le taux de participation de l'enfant en consultation médicale a augmenté. S'il est complexe d'analyser le processus de communication qui entre en jeu en consultation parent-enfant-soignant, les interactions parents-enfant et parents-soignant ont été beaucoup étudiées. Ainsi, les conversations parents-médecin sont d'ordre cognitif, il y a volonté d'obtenir ou de délivrer des informations. Les contacts entre médecin et enfant sont d'ordre affectif (blagues, comportements social) (Richard et Lussier, 2005). Le parent répond à la place de l'enfant plus d'une fois sur deux quand la question est adressée directement à l'enfant (Meeuwesen et Kaptein, 1996).

La relation orthodontiste-enfant est très souvent un triptyque patient, praticien et parent(s) avec des attentes parfois différentes.

Une interview réalisée auprès de 227 enfants de 10-16 ans et du parent accompagnant, identifiant leurs motifs de traitement via 32 items, montre une différence de motivation entre l'enfant, qui est l'objet du traitement, et le parent. La motivation première est esthétique chez l'adolescent. En effet, pour 93,4% d'entre eux, l'esthétique est la raison la plus importante pour entreprendre un traitement. Les motifs de traitement le plus souvent invoqués sont : améliorer l'alignement et



l'apparence des dents. Tandis que les parents ont comme motivation pour leurs enfants la prévention des futurs problèmes (Prabakaran et coll, 2012).

Chez l'adolescent, les facteurs extérieurs sont très importants pour la motivation. L'avis des pairs, de la famille (surtout des parents), et des dentistes compte beaucoup. Néanmoins, ils ont l'impression d'être indépendants dans leurs choix (Trulsson, 2002).

Les souhaits des parents pour leurs enfants de 11 à 14 ans sont un des facteurs déterminant la motivation des enfants pour un traitement orthodontique, à l'exclusion des cas chirurgicaux (Lewitt et Virolainen, 1968).

Selon un questionnaire en aveugle mère-enfant, le point de vue de l'adolescent (11-14 ans) qui présente une malocclusion, diverge de celui de sa mère concernant l'impact de sa malocclusion sur son bien-être émotionnel. Les mères surestiment l'effet émotionnel de la malocclusion des enfants. Mais les résultats sont plutôt corrélés concernant les conséquences de la malocclusion sur la vie sociale (Benson, O'Brien et Marshman, 2010)

Concernant la satisfaction globale des dents, les résultats sont peu concordants (seulement 19% des couples parents-enfants ont le même score). En général, les mères sont moins satisfaites que les adolescents de la malocclusion de ces derniers. Elles sont plus insatisfaites de l'apparence des dents de leur enfant, qu'eux-mêmes. (Benson, O'Brien et Marshman, 2010).

Zhang, dans une étude similaire de double questionnaire parents-adolescents, conclut que les mères surestiment les dents, joues, lèvres ou mâchoires comme causes d'anxiété ou de peur chez leur enfant (Zhang, 2006).

Ces études montrent bien que les attentes et les motifs de consultation diffèrent entre l'adolescent et le parent. Mais si à l'adolescence (11-14 ans), l'avis des proches et des parents influence grandement l'adolescent, la situation est différente chez l'enfant qui se concentre souvent sur d'autres choses que l'esthétique physique.

En effet, les enfants de 6 à 10 ans se focalisent davantage sur leurs compétences scolaires et sociales (Erikson, 1995). Ces compétences englobent « *le domaine des comportements sociaux, et en particulier celui de l'affirmation de soi, la gestion des*

*états émotionnels induits par des situations interpersonnelles et la résolution des problèmes relationnels* » (Postel, 2011). Contrairement aux adolescents qui peuvent se dévaloriser en se comparant à leurs pairs, les enfants n'éprouvent en général pas ce sentiment d'infériorité. Il n'y a d'ailleurs le plus souvent pas de corrélation entre une éventuelle attente de traitement et la sévérité de la malocclusion chez l'enfant. Il y a des enfants qui vont se plaindre d'un désordre orthodontique mineur et d'autres qui présentent une malocclusion sévère qui ne s'en plaignent pas (De Baets, 2011).

En résumé, les adolescents sont influencés par l'avis de leurs proches et de l'orthodontiste. Ils se comparent à leurs pairs et peuvent éprouver un sentiment d'infériorité à cause de leur malocclusion. Les mères surestiment souvent l'impact émotionnel de la malocclusion chez l'adolescent et l'orthodontiste peut la rassurer si elle exprime son anxiété. L'orthodontiste doit donner son avis sur la nécessité de traitement et faire entendre le motif de consultation de l'adolescent à ses parents quand leur demande diffère. Contrairement aux adolescents, dans la majorité des cas, les jeunes enfants n'auront pas de demandes particulières. Dans la pratique quotidienne, il faut donc que l'orthodontiste prête attention à l'enfant, lui demande comment il trouve ses dents et ce qu'il attend du traitement. La communication à destination de l'enfant est essentielle pour y parvenir. Ce n'est pas parce que l'enfant n'a pas de demande en première consultation qu'il ne faut pas entreprendre de traitement si celui-ci s'avère nécessaire. En revanche, il sera indispensable d'une part d'évaluer sa maturité avant d'entreprendre un traitement et d'autre part de rechercher son consentement.

### **5.3. Motif de consultation en Orthopédie Dento Faciale : l'enfant est-il prêt ?**

L'enfance est une époque de remaniement dentaire. L'enfant se retrouve avec un sourire partiellement édenté entre la chute des dents temporaires et l'éruption des dents définitives. Il accepte cette situation le plus souvent car les enfants de son âge sont dans la même situation. Mais dans de rares cas, cela peut parfois être un motif d'anxiété. Dans ce cas, le rôle de l'orthodontiste sera de le rassurer sur l'aspect physiologique et temporaire de son sourire édenté.

Il existe différentes situations. Soit l'enfant est demandeur d'un traitement et le parent l'accompagne dans sa requête ; son motif de consultation est alors souvent fort et reflète la souffrance de l'enfant. Voici un motif de consultation d'un cas de ce genre : « *Les autres enfants se moquent de moi, ils me jettent des troussees à la figure* ». <sup>7</sup> Il y a alors un risque psychologique majeur pour l'enfant d'être ainsi ostracisé par ses camarades. La demande est souvent urgente. L'écoute de l'enfant est la première étape de la prise en charge de ses souffrances. La prise en charge précoce de la malocclusion peut améliorer l'image que l'enfant a de son corps et éviter que son problème ne s'ancre à l'âge adulte.

Dans d'autres cas, c'est le parent qui est demandeur de traitement pour son enfant. L'image que les parents et les enfants ont de la malocclusion de ces derniers, diffère. Les mères peuvent surestimer le stress que provoque la malocclusion chez leur enfant. Dans ce cas-là, les parents ont tendance à répondre aux questions à la place des enfants et expriment une inquiétude importante vis-à-vis du « défaut » dentaire de ceux-ci. Les attentes seraient alors plus importantes de la part des parents que de l'enfant, et surtout de la part de ceux qui sont issus de la classe moyenne ou défavorisée. Il arrive que les parents attendent que le traitement améliore, en plus de l'apparence de leur enfant, leur acceptation sociale. L'orthodontiste doit les ramener à la réalité (Kiyak, 2006).

Selon Erikson, les enfants qui ne veulent pas être changés de peur de se différencier des autres ne sont pas prêts pour un traitement (Erikson, 1995).

---

<sup>7</sup> Motif de consultation exprimé d'une patiente de 10 ans au service de Nancy en 2013.

Un enfant est prêt à débiter un traitement quand il :

- a conscience de sa malocclusion,
- comprend comment il va être traité,
- est capable d'appréhender son rôle dans le traitement. (Kiyak, 2006)

Dans son rapport « *Recommandations pour la pratique clinique : indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxillo-faciale chez l'enfant et l'adolescent* » de juin 2002, l'ANAES signale que le traitement ODF devra être entrepris en tenant compte « *des conditions psychiques et sociales, de l'âge dentaire, du stade de croissance et de maturation et des anomalies associées* ». Cela allant dans le sens d'une prise en charge holistique du patient. L'ANAES insiste même sur le fait qu'il faut savoir « *surseoir temporairement à un traitement lorsque les facteurs psychologiques, psychomoteurs, psychosociaux ou l'absence d'une hygiène bucco-dentaire correcte conduisent à un échec dont les conséquences seront pires que l'absence de traitement.* »

Si les parents plaignent leur enfant d'un défaut dentaire alors que les enfants eux-mêmes ne s'en plaignent pas, il incombe à l'orthodontiste de faire entendre le point de vue de l'enfant aux parents, et de différer le traitement. « *Il ne faut pas transformer l'enfant en objet de soins mais faire valoir sa parole et son point de vue auprès de ses parents* » (Benkimoun, 2013). C'est bien évidemment une situation difficile où l'orthodontiste relaie le message de l'enfant aux parents. Les praticiens peuvent alors, en fonction de la malocclusion, surveiller la croissance de l'enfant et réévaluer son motif de consultation à intervalles réguliers. Il est toutefois possible de l'accompagner dans l'arrêt d'éventuelles dysfonctions (déglutition atypique) parafonctions (suction digitale). La correction des parafonctions faisant appel à un processus cognitif volontaire se fait préférentiellement lors de la période de latence (entre 6 et 10 ans), mais elle doit aussi tenir compte de la maturation psychomotrice de l'enfant. La réalisation d'une rééducation doit s'adapter aux possibilités de l'enfant en termes de (ANAES, 2002) :

- acquisition de la coordination des mouvements,
- caractéristiques (force, rapidité, précision) et durée des exercices musculaires demandés,
- possibilités de compréhension, de reproduction et de différenciation des exercices.

Concernant les adolescents, l'apparition des caractères sexuels secondaires, les changements corporels et la confrontation à l'autre sexe influencent l'image qu'ils ont de leur corps. C'est la période du paradoxe, d'une part leur motif de consultation semble découler de l'envie de plaire à leurs pairs, et d'autre part ils peuvent être réfractaires à un traitement visible pour les mêmes raisons...

Cela s'explique sans doute par le fait que la pression sociale, l'envie de faire partie du groupe, exercent à cet âge une très forte influence. Le rôle de l'orthodontiste est donc alors de clarifier avec l'adolescent son envie de traitement.

Benkimoun constate dans le cadre de son exercice auprès d'adolescents qu'à la question « comment trouves-tu tes dents ? » ses patients répondent souvent : « normales » ou « je les trouve bien ». Mais quand il tempère sa question comme suit : « *en dehors de toute éventualité de traitement, comment les trouves-tu ?* », ils *décrivent alors une variété de détails sur l'alignement, la position de leurs dents et de leurs mâchoires* » (Benkimoun, 2013).

Il est essentiel de prendre le temps d'écouter le motif de consultation pour évaluer la conscience qu'a l'enfant de la malocclusion et engager une conversation sur le traitement. Cela permet dans un deuxième temps d'obtenir son adhésion. Si les parents plaignent leur enfant d'un défaut dentaire alors que les enfants eux-mêmes ne s'en plaignent pas, il faut rechercher les attentes réelles des parents et leur faire entendre le point de vue de l'enfant sans jugement. Il est parfois préférable de différer le traitement, de surveiller l'évolution de la malocclusion, et de réévaluer le motif de consultation de l'enfant dans le temps.

## **5.4. La responsabilité du praticien**

Les textes qui répertorient les responsabilités des praticiens sont multiples : déontologiques, légaux (code civil, code de la santé publique) ou internationaux. Cette pléthore de textes semble parfois cacophonique pour les praticiens. La multitude de textes parfois contradictoires ne permet pas nécessairement la lisibilité du droit français et reste source d'insécurité juridique pour le corps médical. La question de la priorité entre l'obligation du médecin de sauvegarder la vie humaine et celle d'obtenir un consentement aux soins, se retrouve régulièrement au cœur des débats de société. Les tribunaux français ont opéré une évolution constante en matière de responsabilité du médecin.

Le patient doit donner son assentiment à l'acte médical, et le médecin ne peut intervenir sans avoir au préalable recueilli ce consentement, sauf cas d'urgence. La justification de cette liberté découle du principe d'intangibilité et d'inviolabilité du corps humain.

La liberté du malade de refuser de se soigner est un principe fondamental du droit médical. « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Le respect de la volonté du malade suppose que le refus soit certain et persistant au moment où le médecin est appelé à donner ses soins.

Si tel est le cas, à cet effet, l'article L 1111-4 du Code de la santé publique prévoit que : « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. »

Le droit au refus de soins est à distinguer selon deux hypothèses :

-La première est que le patient est en état d'exprimer sa volonté :

En principe, si la personne est en état d'exprimer sa volonté, on ne peut passer outre sa volonté. Ainsi, le médecin ne commet aucune faute en s'inclinant devant la volonté du patient. Il n'encourt aucune sanction civile, pénale ou disciplinaire. Le médecin ne

peut être poursuivi pour non-assistance à personne en péril. Le médecin ne commet pas l'infraction de non-assistance dès lors que la thérapeutique préconisée n'avait pu être appliquée en raison du refus obstiné et même agressif du malade (Cass Crim, 3 janv. 1973 et 30 oct. 1974), ni a fortiori pour homicide involontaire. Il n'encourt également aucune sanction disciplinaire. Le Conseil d'État s'est clairement prononcé en ce sens.

Face au refus de soins du malade, le praticien doit informer ce dernier des conséquences de son refus, éclairer sa décision, inscrire cette information dans le temps, et, le cas échéant, se pré-constituer une preuve écrite et s'entourer de témoins face au refus persistant du malade. Le refus de soins, pour être entériné, doit tenir compte de plusieurs conditions. Le praticien doit s'assurer que le patient est conscient, capable de discernement ou sain d'esprit. En cas de refus de soin, le praticien doit :

- avoir essayé de convaincre le patient en lui donnant des informations avec simplicité, tact, respect, et en inscrivant cette démarche dans le temps,
- l'informer sur les risques encourus du fait de ce refus sans mensonge, dramatisation, ni menace ;
- préciser que le patient peut revenir à tout moment sur sa décision de refus de soins,
- essayer de faire intervenir un ou des proches de confiance,
- faire rédiger à titre exceptionnel un certificat de refus de soins.

Le médecin qui passe outre un refus de soins clairement exprimé commet une faute et encourt de ce fait des sanctions pénales, civiles et disciplinaires. Le médecin s'expose, en outre, à des poursuites pénales pour atteinte à l'intégrité physique du patient sauf s'ils accomplissent, dans le but de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état (Tribunal administratif de Lille, 25 août 2002 et Conseil d'Etat 16 août 2002).

-La deuxième est que le patient est un incapable mineur ou majeur.

Le consentement à l'acte médical doit être donné, suivant le cas, par le ou les titulaires de l'autorité parentale, le représentant légal ou le tuteur (Article R4127-42 CSP).

En cas de conflit entre la volonté de l'incapable et celle de la personne habilitée, la volonté de l'incapable, et donc éventuellement son refus, doit en principe prévaloir et être respectée dans les mêmes conditions que celle du majeur capable. Conformément au code civil en vigueur, on ne peut porter atteinte à l'intégrité physique d'une personne sauf motif médical et consentement de l'intéressé. Pourtant, les parents peuvent dans certains cas très particuliers mettant en jeu le pronostic de l'enfant, s'exonérer du consentement du mineur en mettant en avant le principe d'autorité parentale.

Cependant pour tous les autres cas, la CIDE (Convention Internationale des Droits de l'Enfant) met en avant qu'un enfant ayant une capacité de discernement a le droit d'exposer son avis sur toutes les questions l'intéressant. Son opinion doit être prise en considération « *eu égard à sa maturité et à son âge* ».

Quand le responsable légal se refuse à consentir aux soins de son enfant, par exemple pour des motifs religieux, le refus doit, là encore, être en principe respecté.

Cependant, si ce refus est susceptible d'avoir des conséquences graves pour la santé de l'incapable, lorsqu'il s'agit d'un mineur, l'article 375 du code civil donne la possibilité de provoquer des mesures éducatives. De plus, le représentant légal qui fait obstacle à des soins urgents et indispensables pour l'incapable est susceptible d'être poursuivi pour non-assistance à personne en péril (CA Grenoble, 9 avr. 1954).



Dans le cas d'un patient mineur, la volonté de l'incapable doit prévaloir sur celle de son représentant légal. Celle-ci doit être respectée dans les mêmes conditions que celle du majeur capable, sauf si son pronostic vital est en jeu. En appliquant ces textes au domaine spécifique de l'Orthopédie-Dento-Faciale, il apparaît totalement illégal de passer outre le refus de soin exprimé par le patient, même mineur, puisque l'orthodontiste ne pratique pas d'actes indispensables à la survie de ses patients. Les consentements du mineur et de son ou ses représentants légaux doivent obligatoirement être obtenus avant tout traitement. De surcroît, en plus de la recherche systématique du consentement, le praticien est soumis à une obligation stricte d'information de ses patients, quel que soit leur âge.

## Conclusion

Discerner le motif de consultation du patient quel que soit son âge est absolument nécessaire, et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord, d'un point de vue légal, récolter le motif du patient enfant ou adulte en orthodontie fait partie des recommandations de l'HAS et doit donc être respecté. De plus, récolter le/les motifs de consultation des patients avant d'entreprendre toute thérapeutique permet d'éviter certaines désillusions de fin de traitement.

Mais il ne suffit pas de demander au patient son motif de consultation pour l'obtenir. Son expression dépend de la psychologie du patient, du praticien (*image de la malocclusion, personnalité...*) et de la communication entre eux (*contexte, qualité de la relation patient-praticien...*). Cela fait donc partie intégrante du rôle de l'orthodontiste d'aider le patient à faire émerger son/ses motifs de consultation, L'orthodontiste peut s'appuyer sur quelques techniques issues des sciences de l'information et de la communication et de la psychologie pour s'approcher au plus près du motif de consultation « réel » du patient.

Selon l'âge du patient, la gestion par l'orthodontiste du triptyque relationnel « parent-patient-praticien » sera différente. Plus le patient mineur sera âgé et plus l'orthodontiste doit veiller à respecter son intimité, notamment vis-à-vis de ses parents.

Demander systématiquement le motif de consultation de l'enfant permet à l'orthodontiste d'évaluer son degré de compréhension de la situation ainsi que sa maturité. Cela s'inscrit dans une démarche plus globale de soins centrés sur l'enfant. S'adresser à l'enfant directement, c'est le considérer comme le destinataire final du traitement et cela est d'autant plus important que sans coopération de sa part, le traitement est le plus souvent voué à l'échec. S'il reste très difficile d'analyser en données mesurables l'influence de la relation de soins sur l'observance, il est en revanche reconnu que la qualité relationnelle patient-praticien favorise la satisfaction du patient ainsi que sa compréhension du traitement. Récolter le(s) motif(s) de consultation est donc essentiel car il est à l'origine même de la rencontre entre un patient et un soignant. C'est en quelques sortes la clé de voûte d'une relation patient-praticien de qualité.

## Lexique médical

---

### **Corps médical** (<http://www.linternaute.com>)

Le corps médical désigne la globalité des professionnels de la santé. Le terme "corps" est à prendre dans le sens de « communauté » et "médical" signifie « relatif aux médecins ».

### **Médecine** (LAROUSSE)

Ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tous ordres mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités

### **HAS/ANAES** ([www.has-sante.fr/portail](http://www.has-sante.fr/portail))

L'HAS ou Haute Autorité de Santé existe depuis 2005 en remplacement de l'ANAES et est définie comme une « autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale ». Elle a pour rôle d'accréditer les établissements de santé et certains praticiens médicaux, de définir des recommandations sur les bonnes pratiques cliniques, de vérifier la légitimité des remboursements de médicaments ou soins médicaux et de maîtriser les dépenses de santé en France.

### **Interceptif** (Dictionnaire de la SFODF, 2012)

Adj.Étym. : du latin *interceptor*, celui qui soustrait, qui dérobe. Angl. : *Interceptive*.

Se dit d'un traitement intervenant pendant l'évolution d'une maladie ou d'une anomalie, pour empêcher son expression clinique la plus complète. S'oppose à préventif ou prophylactique puisque, par définition, la maladie existe.

### **Précoce** (Dictionnaire de la SFODF, 2012)

Adj. Étym. : du latin *praecox*, qui vient avant le temps, qui survient de bonne heure. Angl. : *early*.

Se dit du traitement curatif d'une anomalie ou d'une malocclusion cliniquement établie, intervenant avant la fin de la croissance osseuse ou dento-alvéolaire. En ODF, presque tous les traitements interceptifs, préventifs ou prophylactiques sont précoces.

## Lexique de communication

---

### **Conatif (Larousse)**

*Latin conari*, s'efforcer de, qui se rapporte à la volonté et à l'effort.

### **Proxémie (Hall, 1971)**

La **proxémie** est la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction.

### **L'espace sociopète (Hall, 1971)**

L'espace sociopète définit l'espace organisé favorisant la communication entre les sujets, comme par exemple un café. Ce terme s'oppose à sociofuge.

### **L'espace sociofuge (Hall, 1971)**

L'espace sociofuge définit au contraire l'espace favorisant l'isolement, le recueillement. Typiquement un hall de gare ne favorise pas la communication.

Ce qui est sociopète dans une culture peut être sociofuge dans une autre.

**Phatique** <http://www.cnrtl.fr/definition/phatique> *Fonction phatique*. Fonction du langage dont l'objet est d'établir ou de prolonger la communication entre le locuteur et le destinataire sans servir à communiquer un message.

**Compétences sociales** (<http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Competences-sociales>)

Concept englobant non seulement le domaine des comportements sociaux, et en particulier celui de l'affirmation de soi, mais aussi la gestion des états émotionnels induits par des situations interpersonnelles et la résolution des problèmes relationnels.

## Table des matières

<b>Sommaire .....</b>	<b>10</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>11</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>12</b>
<b>Problématique.....</b>	<b>12</b>
<b>Historique de la relation de soin .....</b>	<b>12</b>
<b>Intérêt du sujet.....</b>	<b>14</b>
<b>Thèmes de recherche.....</b>	<b>17</b>
<b>Définitions des termes du sujet .....</b>	<b>17</b>
<b>1- Le consentement et l'information du patient en question .....</b>	<b>18</b>
1.1. L'information du patient dans les textes .....	18
1.2. Droit de l'enfant dans le cadre des soins médicaux.....	21
1.3. Consentement et autonomie du patient .....	21
<b>2. Le patient mineur.....</b>	<b>25</b>
2.1. L'enfant, et l'adolescent : un être pluriel.....	25
2.2. La psychologie de l'enfant : image du corps selon les âges .....	26
2.3. Image du corps et malocclusion.....	28
<b>3. Le motif de consultation .....</b>	<b>29</b>
3.1. Définition .....	29
3.2. Motif de consultation dans la pratique médicale .....	30
3.3. Observance, relation patient-praticien et motif de consultation .....	31
<b>4.La communication.....</b>	<b>34</b>
4.1. Théories de la communication .....	34
4.2. Spécificités de la communication dans la relation de soin .....	41
4.2.1. Expression de l'émotion .....	44
4.2.2. Relation patient praticien, un cadre dissymétrique .....	44

4.2.3. Comportement du praticien lors d'une consultation .....	46
4.2.4. Discerner le motif de consultation .....	52
4.3. La communication et l'influence de l'environnement de soin .....	54
4.3.1. Communication, espace et espace personnel .....	54
4.3.2. Espace personnel et enfant .....	56
4.3.3. Implication de l'espace personnel dans la relation de soin.....	56
4.3.4. Le corps dans la communication .....	58
4.3.5. L'environnement et la communication .....	61
5. Motif de consultation chez le mineur en Orthopédie Dento-Faciale .....	62
5.1. Récolter le motif de consultation : une obligation légale .....	62
5.2. Parents et enfant face à la malocclusion : l'enfant, un être sous influence ?.....	63
5.3. Motif de consultation en Orthopédie Dento-Faciale : l'enfant est-il prêt ?	66
5.4. La responsabilité du praticien .....	69
Conclusion .....	73
Lexique médical.....	74
Lexique de communication .....	75

## Bibliographie

### Livres et articles

1. Amzalag A, Cochet R. Les nouveaux codes de la relation chirurgien-dentiste/patient. *ID Inf dent.* 2011;19:36-41.
2. Appelbaum PS, Gutheil, TG. Drug refusal: a study of psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*, 1980;137(3):340-346.
3. Argyle M., Dean J. Eye contact, distance and affiliation. *Sociometry.* 1965;28(3):289-304.
4. Bain DJG. Doctor-patient communication in general practice consultations. *Med Educ.* 1976; 10(2):125-131.
5. Baker E. Are you listening, doctor? *New York J Dent.* 1984;54:201-202.
6. Baudouin JP, Blondeau D. Éthique de la mort et droit à la mort. Paris : Ed. PUF. Coll. Les voies du droit; 1993 : p.55.
7. Baxter JC. Interpersonal spacing in natural settings, *Sociometry.* 1970;33(4):444-456.
8. Beckman HB, Franckel RM. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Ann Intern Med.* 1984;5(101):692.
9. Benkimoun F. Demande de soins dite esthétique à travers les trois âges orthodontiques : abords psychologiques et conséquences dans la prise en charge des patients. *Rev Orthop Dento Faciale.* 2013;47(1):51-61.
10. Benson P, O'Brien, C, Marshman, Z. Agreement between mothers and children with malocclusion in rating children's oral health related quality of life. United Kingdom. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2010;137(5):631-638.
11. Beraud C. Apprendre à soigner. Dans Keller PH, Pierret J. Qu'est-ce que soigner ? Paris : Syros; 2000 : p. 133-158.
12. Bernabe E, De Oliveira CM, Sheiham, A. Condition-specific socio dental impacts attributed to different anterior occlusal traits in Brazilian adolescents. *Eur J Oral Sci.* 2007;473(8):115.
13. Birkeland K, Bee OE, Wisth PJ. Orthodontic concern among 11-year-old children and their parents compared with orthodontic treatment need assessed by Index of Orthodontic Treatment Need. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1996;110(2):197-205.

14. Birkeland K. Relation between occlusion and satisfaction with dental appearance in orthodontically treated and untreated groups. A longitudinal study. *Eur J Orthod.* 2000;22(5):509 - 518.
15. Bougnoux D. Introduction aux sciences de la communication. Paris : Ed. La découverte; 2002. 128 p.
16. Caldwell JR, Cobb, S, Dowling, MD. The dropout problem in antihypertensive treatment. A pilot study of social and emotional factors influencing a patient's ability to follow antihypertensive treatment. *J. Chronic Dis.* 1970;22(8):579-592.
17. Canguilhem G. Le Normal et le pathologique. Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique. Paris : Ed PUF, coll Quadrige; 2013 : p. 138-139.
18. Charaudeau P, Maingueneau D. Dictionnaire d'analyse du discours. Paris : Le Seuil. 2002. 661 p.
19. Churchill LR, Schenk D. Healing skills for medical practice. *Ann intern Med.* 2008;149(10):720-4.
20. Dance FEX. Toward a theory of human communication. In : Dance FEX. (Ed.). *Human communication theory : Original essays.* New York : Holt, Rinehart and Winston; 1967. 332 p.
21. Daretz S. Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation. [Thèse d'exercice]. [Bordeaux] : Université Victor Segalen. Faculté de médecine de Bordeaux; 2011. 133 p.
22. Davis MS. Variations in patient's compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. *Am J Public Health.* 1968;58(2): 274-288.
23. De Baets E. Impact of self-esteem on the relationship between orthodontic treatment need and oral health-related quality of life in 11- to 16-year-old children. *Eur J Orthod.* 2011;34(3):731-737.
24. Di Nicola DD, Di Matteo MR. Communication interpersonal influence, and resistance to medical treatment. *Basic Process in Helping Relationships.* New York : Academic Press. 1982 : p 307-332.
25. Doumenc M, Jean-Girard C, Souhami B. Que perçoit le médecin de l'attente de son patient ? *La Rev du Prat Med Gen.* 1994;8(260):41-8
26. Dupont M. Le consentement en pédiatrie. Dans Seguret S. *Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie.* Paris: Ed Eres; 2004 : p. 101-119.
27. Erikson E. *Identity : youth and crisis.* New York : Norton. Coll Austen Riggs Monograph; 1995. 165 p.



28. Foucault M. Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical. Paris: PUF. Coll Quadrige; 1963 : p.1-57.
29. Froment A. Pour une rencontre soignante. Paris : Ed Archives contemporaines; 2001. 219 p.
30. Gori R, Del Volgo MJ. « L'éthique : un renouveau de la clinique dans les pratiques de la santé », 2002. Brun D. (sous la direction). Dans La guérison aujourd'hui : réalités et fantasmes, 5e colloque de pédiatrie et psychanalyse. Paris: Éd Études freudiennes. 326 p.
31. Gressin M. Le consentement : la question de l'occident. Dans Seguret S. Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie. Paris : Ed Eres; 2004 : p. 16-29.
32. Grimaldi A. Mesurer l'observance, pour quoi faire ? Rev. méd. Interne. 2003 Dec;24(12):766-767
33. Hall E. La dimension cachée. Paris : Ed du seuil. Essais points; 1971. 256 p.
34. Hediger H. Studies of the Psychology and Behaviour of Animals in Zoos and Circuses. London : Ed Butterworths Scientific Publications ; 1955 : 166 p.
35. Heidegger M. Introduction à la Métaphysique. Trad : Kahn G. Paris : Gallimard; 1967. 238 p.
36. Hill CE, Charles D, Reed KG. A longitudinal analysis of changes in counseling skills during doctoral training in counseling psychology. J Couns Psychol. 1981;28(5):428-436.
37. Hoerni B. Le consentement : information, autonomie et décision en médecine. Paris : Ed Masson; 1998. 156 p.
38. Hoerni B, Benezech M. La relation humaine en médecine. Paris : Ed Glyphe ; 2010. 349 p.
39. Hsu C, Phillips WR, Sherman KJ. Healing in primary care : a vision shared by patients, physicians, nurses and clinical staff. Ann Fam Med. 2008;6(4):307-314.
40. Jakobson R. Essais de Linguistique Générale. Paris : Ed Minuit ;1963 : p.214-215.
41. Katz J. The silent world of doctor and patient. Baltimore : Johns Hopkins Univ Press. 2nd ed; 2002. 191 p.
42. Kerbrat-Orecchioni C. Les interactions verbales, tome 1. Paris : A. Colin; 1990. 318 p.
43. Kerbrat-Orecchioni C. La conversation. Paris : Ed Seuil; 1971. 92 p.

44. Kiyak A. Patients' and parents' expectations from early treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2006;129(4):50-54.
45. Knowles ES. Boundaries around group interaction. The effect of group size and members status on boundary permeability. *J. pers. soc. psychol.* 1973;26(3):327-331.
46. Laidlaw TS, Kaufman DM, Sargeant J. What makes a physician an exemplary communicator with patients? *Patient educ. couns.* 2007;68(2):153-60.
47. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique: de quoi parlons-nous? *Rev. mal. respir.* 2005;22(1):31-34.
48. Lefève C. La philosophie du soin. *La Matière et l'esprit.* 2006;4:25-34.
49. Lecuyer R. Psychosociologie de l'espace : rapports spatiaux interpersonnels et la notion d' « espace personnel ». Dans : *Année psychol.* 1976;76(2):563-596.
50. Levenstein JH. The Patient-centered general practice consultation. *S Afr Fam Pract.* 1984;5(9):276-82.
51. Lewitt DW, Virolainen K. Conformity and independence in adolescents' motivation orthodontic treatment. *Child Develop.* 1968;38:1189-2000.
52. Lorenz K. L'agression. Une histoire naturelle du mal. Paris : Ed Flammarion; 1969. 314 p.
53. Luffey K. On practices of 'good doctoring': reconsidering the relationship between provider roles and patient adherence. *Sociol Health Illn.* 2005 May;27(4):421-447.
54. Lussier MT, Richard C. La communication professionnelle en santé. Québec : Ed ERPI; 2005 : p.117-190.
55. Mac Caughey L. Informed consent and knee arthroscopies : an evaluation of patient understanding and satisfaction. *Knee.* 2004;11(3):237-42.
56. Mauhourat S, Raberin M. Formes cliniques du déséquilibre musculaire en denture mixte. Conséquences morphogénétiques. *Orthod Fr.* 2001;72(1-2):83-99.
57. Mazur DJ, Hickam DH. 1997. Patients' preferences for risk disclosure and role in decision making for invasive medical procedures. *J Gen Intern Med.* 1997;12(2):114-117.
58. Mechanic D. Public trust and initiatives for health care partnerships. *Milbank Q.* 1998;76(2):281-302.

59. Meeuwesen L, Kaptein M. Changing interactions in doctor-parent-child communication. *Psychol Health*. 1996;11(6):787-795.
60. Mehrabian A. Decoding of inconsistent communications. *J. pers. soc. psychol.* 1967;6(1):109-114.
61. Misczynski, M, Stern, E. Detection of cervical and breast cancer : a community-based pilot study. *Medical Care*. 1979;17: 304-313.
62. Neeley W, Gonzales DA. Obesity in adolescence: Implications in orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2007;131(5):581-588.
63. Nesbitt PD, Steven G. Personal space and stimulus intensity at a southern California amusement park. *Sociometry*. 1974;37(1):105-115.
64. Nietzsche F. Par-delà le bien et le mal. Paris : Ed Poche ;1886. 414 p.
65. Pelosse JJ. Relations entre denture mixte, équilibre musculaire et âge biologique. *Orthod Fr*. 2001;72(1-2):55-60.
66. Peter JP. Silence et cris. La médecine devant la douleur ou l'histoire d'une élision. Paris : Ed Seuil ;1988. p.177-194.
67. Postel J. Dictionnaire de la psychiatrie. Paris: Ed Larousse in extensor; 2011. 544 p.
68. Prayer P. Distance professionnelle et qualité du soin. Paris : Ed Lamarre; 2003. 287 p.
69. Prabakran R, Seymour S, Moles D, Cunningham S. Motivation for orthodontic treatment investigated with Q-methodology : Patients' and parents' perspectives- United Kingdom. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2012;142(2):213-220.
70. Profitt WR, Tulloch, JFC. Preadolescent Class II problems : treat now or wait ? *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2002;121(6):560-562.
71. Rameix S. Du paternalisme à l'autonomie des patients ? L'exemple du consentement aux soins en réanimation. *Méd. et Droit*. 1995;12:1-6.
72. Reach G. La non-observance thérapeutique : une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine. *Med*. 2006;2:411-415.
73. Reichmuth M, Greene K, Orsini G. Occlusal perceptions of children seeking orthodontic treatment : Impact of ethnicity and socioeconomic status. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2005;128(5):575-582.
74. Rey R. Histoire de la douleur. Paris : La Découverte; 1993. 414 p.

75. Roth HP, Caron HS. Accuracy of doctors' estimates and patients' statements on adherence to a drug regimen. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 1978;23(3):361-370.
76. Seguret S. Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie. Paris : Ed Eres; 2004. 168 p.
77. SFODF. Dictionnaire d'Orthognathodontie. Paris : SFODF; 2012. 252p.
78. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Suisse : Ed Médecine et Hygiène; 2010. p. 88-94.
79. Shannon C. A Mathematical Theory of Communication. *The Bell System Technical Journal*. 1948;27(3):379-423 and 623-656.
80. Shaw WC, Richmond S, Kenealy PM. A 20-year cohort study of health gain from orthodontic treatment: psychological outcome. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2007;132(2):146-157.
81. Sommer R. Studies in personal space. *Sociometry*. 1959;22:247-260.
82. Sommer R., Becker FD. Territorial defense and the good neighbor. *J. Pers. Soc. Psychol*. 1969;11:85-92.
83. Starfield B. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health*. 1981;2(71):127-131.
84. Stewart MA. The impact of patient centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796-804.
85. Tates K., Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A review of the literature. *Soscimed*. 2001;52:839-851.
86. Tung AW, Kiyak A. Psychological influences on the timing of orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1998;113(1):29-39.
87. Vidal J, Carlotti JP. Congrès international de morale médicale : rapport Ordre national des médecins. Paris : Ed Masson; 1955 : p.35-40.
88. White MJ. Interpersonal distance as affected by room size, status and sex. *J. Pers. Soc. Psychol*. 1975;95(2):241-249.
89. Winkin Y. La nouvelle Communication. Paris : Ed Points Essais; 2000. 390 p.
90. Zhang M, Mac Grath C, Hagg U. The impact of malocclusion and its treatment on quality of life : a literature review. *Int J Paediatr Dent*. 2006;16(6):381-387.

91. Zoppi KA, Mac Kegney, CP. The difficult clinical conversation in Introduction to clinical skills dans Mengel MB, Fields SA. Introduction to Clinical Skills : A Patient-Centered Textbook. New York : Plenum; 1997 : p.167-184.

### Sites internet

1. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique : Indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxillo-faciale chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. 2002 [consulté le 15/03/2014]. Disponible sur : <[http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_267502](http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_267502)>
2. Article L1111-4 alinéa 2 et 3 du code de la santé publique et articles L1111-4, alinéa 1 CSP et 16-3 Cciv. LEGIFRANCE. [Internet]. 2002 [consulté le 13/05/2014]. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>>
3. Bernard C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. [Internet]. 1865 [consulté le 21/05/2014]. Disponible sur : <<http://www.gutenberg.net>>
4. CALGARY. Cambridge Guide to communication : Communication process skills. [Internet]. 1998 [consulté le 26/01/2015] Disponible sur : <[http://www.gp-training.net/training/communication\\_skills /calgary/guide.htm](http://www.gp-training.net/training/communication_skills /calgary/guide.htm) >
5. CIDE (Convention Internationale des Droits de l'Enfant) Article 12. [Internet]. 1989 [consulté le 15/03/2014]. Disponible sur : <<https://www.unicef.fr/userfiles/50154.pdf>>
6. Cagnet M, Adam-Vezina E. Projet de recherche sur l'observance, analyse critique des savoirs [Internet]. 2010 [consulté le 27/01/2016]. Disponible sur :
7. <[file:///C:/Users/user/Downloads/Cagnet\\_Rapport\\_final\\_Observance\\_27aout10.pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Cagnet_Rapport_final_Observance_27aout10.pdf)>
8. COMITE ETHIQUE ET CANCER. Bulletin 10. [Internet]. 2012. [consulté le 09/09/2014]. Disponible sur :  
<<http://www.ethiquecancer.fr/phoenixws/bulletin/topic-2,24/ article-84/a-la-une-le-mensonge-medical-peut-il-etre-une-valeur-ethique.html>>
9. COMPETENCES SOCIALES. [Consulté le 18/06/2014]. Disponible sur : <<http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Competences-sociales>>
10. CORPS MEDICAL. [Internet]. 2016 [consulté le 15/03/2014]. Disponible sur : <<http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/corps-medical/>>
11. FEDERATION FRANCAISE HOSPITALIERE. Le refus de soins par le patient. [Internet]. 2013 [consulté le 15/03/2014]. Disponible sur : <<http://www.fhf.fr/Actualites/Presse>>

12. HAS (Service développement de la certification). Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. [Internet]. 2011 [consulté le 21/03/2014]. Disponible sur : <[http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1231653](http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1231653)>
13. LAROUSSE. Conatif. [Internet]. [Consulté le 12/06/2014]. Disponible sur : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conatif/17851?q=conatif#17725>>
14. LAROUSSE. Enfant. [Internet]. [Consulté le 31/03/2014]. Disponible sur : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfant/29439>>
15. LAROUSSE. Médecine. Enfant. [Internet]. [Consulté le 31/03/2014]. Disponible sur : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9decine/50082>>
16. LAROUSSE. Mineur. [Internet]. [Consulté le 31/03/2014]. Disponible sur : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mineur/51590?q=mineur#51474>>
17. LAROUSSE. Motif. [Internet] [Consulté le 31/03/2014]. Disponible sur : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/motif/52778>>
18. LAROUSSE. Phatique. [Internet] [Consulté le 31/03/2014]. Disponible sur : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/phatique/60166?q=phatique+#59793>>
19. OMS, 2014. Adolescence. [Internet]. [Consulté le 31/03/2014]. Disponible sur : <[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/)>
20. OMS. Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'Homme et la législation. [Internet]. 1994 [Consulté le 26/01/2016]. Disponible sur : <[http://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/ouvragerereferencesmdhleg\\_13\\_10.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/ouvragerereferencesmdhleg_13_10.pdf)>
21. Serment d'Hippocrate. [Internet]. [Consulté le 15/03/2014]. Disponible sur : <[http://www.alyabbara.com/museum/medecine/pages\\_01/Serment\\_Hippocrateancien.html](http://www.alyabbara.com/museum/medecine/pages_01/Serment_Hippocrateancien.html)>
22. Serment médical. [Internet]. [Consulté le 15/03/2014]. Disponible sur : <<http://droit-medical.com/perspectives/la-forme/57-serment-hippocrate-serment-medical>>
23. WHO, 2003. The adherence. [Internet]. [Consulté le 26/01/2016]. Disponible sur : <[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_Sec](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Sec)>

Mailloux Aurélie- Récolter le motif de consultation du patient mineur en consultation ODF : intérêt et méthodes.

85 Pages, 9 Figures

Th. : Chir.-Dent. : Nancy 2016

**Mots-clefs :**

Motif de consultation, enfant, adolescent, image du corps, malocclusion, ODF, orthodontie.

**Résumé :**

Le motif de consultation doit être systématiquement recherché lors de la première consultation orthodontique que le patient soit adulte ou enfant (recommandations de l'HAS). Récolter le motif de consultation « réel » est complexe. Il dépend de la psychologie du patient, du praticien (image de la malocclusion, personnalité...) et de la communication entre eux (contexte, qualité de la relation patient-praticien...). Il existe des méthodes issues de la communication et de la psychologie, simples et facilement applicables en clinique, qui permettent à l'orthodontiste d'aider le patient à faire émerger et à clarifier sa/ses demandes.

Le déroulement de la consultation varie en fonction de l'âge du patient. La maturité de l'enfant n'étant pas forcément corrélée à son âge biologique, l'orthodontiste doit évaluer au cas par cas sa capacité à prendre part à la décision de traitement. Son consentement doit toujours être recherché. Le praticien doit également faire entendre le motif de consultation de l'enfant ou de l'adolescent à ses parents qui peuvent parfois ne pas avoir les mêmes attentes vis-à-vis du traitement.

**Membres du jury**

<u>Pr. FILLEUL M.P.</u>	<u>Professeur des Universités</u>	<u>Président</u>
Dr. CLEMENT C.	Maître de Conférences et vice-doyenne	Juge
Dr. BLAISE C.	Assistant Hospitalier Universitaire	Juge
Dr. CAMELOT F.	Assistant Hospitalier Universitaire	Juge
Dr. BILLAUD A.	Docteur en Chirurgie Dentaire	Invité

**Adresse de l'auteur :**

Aurélie Mailloux  
65, bis boulevard Lobau  
54000 Nancy

Jury : Président : M-P. FILLEUL – Professeur des Universités  
Juges : C. CLEMENT – Maître de Conférence des Universités  
C. BLAISE – Assistante Hospitalier Universitaire  
F. CAMELOT – Assistant Hospitalier Universitaire  
A. BILLAUD – Docteur en Chirurgie Dentaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: Mademoiselle MAILLOUX Aurélie, Hélène

né(e) à: NEUILLY-SUR-SEINE (Hauts-de-Seine) le 26 décembre 1983

et ayant pour titre : « La récolte du motif de consultation du patient mineur en consultation d'ODF : intérêt et méthodes ».

Le Président du jury



M-P. FILLEUL

Le Doyen,  
de la Faculté d'Odontologie



J.M. MARTRETTE

Autorise à soutenir et imprimer la thèse 9141.

NANCY, le 29 AVR. 2016

Le Président de l'Université de Lorraine



P. MUTZENHARDT



