



CLINIQUE
PAR LE DR WACYL MESNAY

Les motifs d'échec en ODF : le facteur humain

Pourquoi nos traitements réussissent-ils ? Quels sont les facteurs d'échec dans les traitements entrepris ? Nul ne pourrait les définir si les critères d'évaluation des traitements étaient basés uniquement sur une conception idéale de l'occlusion et de l'esthétique s'appuyant sur une maîtrise technique sans faille.

Dans la pratique clinique, la restitution d'une fonction et d'une esthétique satisfaisantes sont des objectifs plus réalistes. La stabilité des résultats est vraisemblablement le seul véritable juge de la qualité du traitement entrepris. La qualité technique des moyens mis en œuvre n'est pas la garantie de la réussite thérapeutique : le comportement fonctionnel et la coopération sont des éléments déterminants. La maîtrise ou la gestion de ces derniers facteurs est vraisemblablement le prochain "challenge" thérapeutique, si l'on en juge par l'abondante littérature anglo-saxonne sur ce sujet dans le milieu orthodontique et médical. Avec l'avènement des techniques d'études cliniques basées sur des méthodes d'évaluations fiables et contrôlées, une nouvelle approche dans l'évaluation des traitements a vu le jour. Elle tient compte des différents facteurs intervenant dans la variabilité des résultats : la technicité médicale, le comportement du patient, le coût social et financier.

Ainsi, pour Bernard Grenier, professeur de médecine et analyste médico-économique, aujourd'hui un traitement peut s'évaluer suivant trois critères :

L'efficacité (efficacy) : c'est l'obtention des résultats sur un groupe sélectionné. Les conditions sont idéales et peuvent être qualifiées d'expérimentales. Il s'agit par exemple de la présentations de cas cliniques isolées dans les sociétés scientifiques. Les Cecsmistes présentant des cas de fin d'études sont ainsi évalués par des critères d'efficacité sur leurs capacités à effectuer des traitements....

L'effectivité (effectiveness) : il s'agit d'une "efficacité pratique" ou une "efficacité de terrain". L'évaluation des traitements se fait dans les conditions réelles, sur une population prise au hasard. Elle met en valeur des facteurs tels que l'acceptabilité du traitement, les possibilités ou les difficultés de mise en œuvre; les interactions qui peuvent se produire sous l'effet de situations multiples et non contrôlées. Elle peut se traduire par un rapport efficacité/risque ou un rapport efficacité/ sécurité. Elle tient compte du nombre d'échecs des traitements engagés.

L'efficience (efficiency) : c'est l'estimation du rapport entre les résultats favorables obtenus par une action ou un programme de santé et les investissements financiers qui ont été affectés ou dépensés pour les obtenir. L'effectivité est une mesure de rendement de la productivité d'une politique ou d'un programme de santé. Elle est traduite par un rapport "efficacité / coût" ou encore mieux par un rapport "efficience/coût". C'est sur ces critères que les organismes de santé ou certaines études cliniques évaluent le rendement et la valeur de nos traitements. C'est par ces nouvelles techniques d'investigation que la CNAM a effectué une étude sur l'efficience des traitements orthodontiques, sur le critère de l'abandon de traitement.

Les études : l'abandon de traitement comme motif d'échec



Un critère majeur dans l'échec des traitements est l'abandon de celui-ci avant le terme.

En 2002 la CNAM publie un étude sur l'efficience relative aux abandons de traitement en ODF en France. Un traitement sur six (16,1%) est interrompu avant la fin, ce qui n'est pas négligeable. Dans la majorité des cas (91%), c'est le patient qui est à l'initiative de l'abandon. Parmi les motifs indiqués dans cette enquête, le facteur « *dispositif contraignant et douloureux* » arrive en tête, puis « *l'absence de perception de l'importance du traitement* », enfin un « *résultat apparent suffisant* ». Les solutions proposées par la CNAM sont : « une amélioration de l'information » et une « *sensibilisation des praticiens à la motivation des patients* ».

Comparons l'étude de la CNAM à d'autres effectuées sur le même thème :

En 1989, Cardonne et Coll évaluent l'effectivité de leur pratique dans leur unité d'enseignement clinique : 18,9% des patients ont abandonné leur traitement. Les raisons invoquées dans cette étude sont un manque de motivation des patients et un défaut d'information de la part des praticiens.

En 1991, Brattstom et coll. mènent une enquête sur le même sujet. L'évaluation est faite sur la base des dossiers cliniques de l'école dentaire de Huddinge en Suède, sur une période de dix ans.

Les abandons représentent seulement 4% des traitements. Les raisons invoquées sont une faible motivation et un manque d'information de la part des praticiens.

Pour ces auteurs, les orthodontistes devraient améliorer leur connaissance en psychologie et en technique de communication.

Une étude japonaise confirme les résultats des observations précédentes. En 1990, Kougushi et Coll. mènent une enquête sur l'attitude générale des patients et des parents à l'égard des traitements orthodontiques : 49% des patients et 19% des parents ont pensé vouloir arrêter prématurément leur traitement. 60% à 70% ont oublié l'étape de la contention. Alors que ces études ne sont pas comparables au plan des résultats, les critères d'évaluation et la méthodologie n'étant pas superposables, on notera toutefois que les conclusions sont convergentes.

Si le défaut de motivation du patient est un critère prévisible dans l'abandon de traitement, le praticien apparaît démuné face à ce problème. La prévention de ce problème passe par une meilleure préparation des praticiens à la psychologie médicale et aux techniques de communication.

La motivation des patients



Les motivations fonctionnelles ne sont pas claires dans l'esprit des patients.

Bos (2003), démontre dans une étude sur les attentes et les satisfactions des patients que le facteur le plus recherché est l'esthétique dento-faciale. Ce facteur de motivation est à moduler suivant

l'âge des patients. Dans une investigation sur les motifs de décision de traitement, Birkeland et coll. (1999) trouvent une différence entre les patients âgés de 11 ans et ceux de 15 ans. Les patients les plus âgés qui décident d'un traitement sont significativement plus motivés que les plus jeunes et ont une plus grande attente esthétique.

Cette étude est à rapprocher de celle de Lilja-karlander en 2003. Cet auteur étudie une population de jeunes âgés de 19 ans présentant une malocclusion visible, mais qui ont refusé un traitement : 94% sont malgré tout satisfaits de leur apparence physique. Les demandes de traitement ne sont pas liées à l'importance de la malocclusion mais à la perception qu'a le patient de celle-ci.

Pour Birkeland, les parents et les enfants sont d'accord

pour estimer qu'un traitement orthodontique améliore le bien-être psychosocial. Cependant il y a une variabilité dans la motivation individuelle. Pour certains, l'apparence dento-faciale n'est pas toujours un élément pris en compte dans l'esthétique du visage. La perception de l'image de soi n'apparaît que tardivement, avec l'âge. Cela peut constituer un frein à la décision, notamment pour les adolescents présentant une faible estime-de-soi.

Enfin pour conclure sur cet aspect du problème il y aurait deux facteurs conjoints à prendre en compte dans la motivation des patients : la perception de la malocclusion avec un désir de traitement. Mehra et coll. (1998).

Les contraintes de l'appareillage



En 1985, Olivier et Knapman évaluent l'attitude des patient et leurs parents en fin de traitement, dans deux centres hospitalo-universitaires en Grande-Bretagne. Un questionnaire est distribué. Les questions sont destinées à relever les impressions concernant l'apparence

esthétique initiale, les expériences vécues durant le traitement, les bénéfices perçus ainsi qu'une valeur globale donnée au traitement. Les résultats font apparaître une bonne satisfaction générale en fin de traitement. La douleur et la visibilité du traitement sont les facteurs les plus démotivants.

L'expérience douloureuse liée au port de l'appareillage est certainement le facteur principal de découragement. La douleur est perçue dès le premier soir, après la pose des séparateurs. Celle-ci diminue avec le temps mais est encore perceptible une semaine après l'activation pour 40% des patients (Bergius et coll. 2002).

La plainte des patients ne se limite pas aux phénomènes douloureux. Doll et coll.(2000), identifient trois niveaux d'inconforts : la sensation de tension, les restrictions fonctionnelles et la visibilité de l'appareillage. Pour ces auteurs l'intensité de la plainte est corrélée au niveau de coopération.

La longueur du traitement est un facteur supplémentaire de démotivation pour Royko (1999) et Kogushy (1990).

Les contraintes sont supportées avec une difficulté variable suivant les individus. Les traits de personnalité prédictifs d'une bonne coopération, d'après Mehra (1998) sont : la

bonne estime de soi, la confiance en soi, et l'adaptabilité, une bonne perception de la malocclusion et le désir de traitement.

Le niveau de la plainte est également un bon indicateur de motivation. Pour Sergl (2000) il existe une corrélation entre le niveau de douleur perçue, le taux de plainte et le niveau de coopération. Cela est confirmé par Doll (2000) : la disparition des plaintes au-delà de six mois est un bon indicateur de motivation.

La douleur et la visibilité du traitement sont les facteurs principaux de découragement

Le praticien et la qualité de l'information



Il est certain qu'une bonne information dans les premiers stades du traitement aide à une meilleure perception de la malocclusion et aux moyens d'y remédier. Johnson et coll. en 1998 démontrent que les patients ayant compris le but de leur traitement sont plus coopérants.

En 2000, Chatziandori-frey effectue une étude sur le niveau de compréhension des patients et leur parents. Le but étant d'améliorer la qualité de communication au cours la consultation d'information et de diagnostic. L'étude est assez importante puisqu'elle se compose de 200 patients et de 200 orthodontistes. Les résultats révèlent que 74% des enfants voudraient en savoir plus sur leur traitement. A la fin de la consultation 40% sont anxieux en regard d'un appareillage fixe ou de la prise d'empreinte. Pour 98% des orthodontistes, cette consultation est la source principale d'information pour leurs patients. L'information est dirigée surtout à l'attention des parents. Les supports iconographiques ou vidéo sont rarement utilisés.

Mortensen et Coll. (2003) évaluent la qualité de l'information retenue immédiatement après la consultation-diagnostique : peu d'informations sont retenues après la présentation du traitement. Les questions les plus fréquentes sont les raisons du traitement, les procédures, les risques, le rôle du patient.

Braid et Kiyak (2003) proposent un questionnaire évaluant la compréhension du traitement en cours de thérapeutique: les parents posent en moyenne au moins deux questions sur les raisons du traitement et les enfants en moyenne une question.

Ces études mettent clairement en valeur le déficit de la qualité de l'information délivrée par les praticiens dans les différents pays. Elles font la preuve d'une prise de conscience d'un phénomène qui a toujours existé dans le domaine médical : la qualité du traitement est tributaire de la qualité de l'information. La communication médicale est un instrument thérapeutique à part entière. Elle requiert une bonne connaissance des techniques de communication de la part du praticien.

Dans leur conclusion, la plupart des auteurs suggèrent qu'un enseignement des techniques de communication soit proposé aux thérapeutes.

L'attitude du praticien et la coopération



Certaines études évaluent les effets de certains comportements ponctuels comme celui de récompenser les patients (Richter 1999) pour leur suivi des prescriptions. Elles ne trouvent pas une amélioration globale des comportements de coopération mais des effets limités à la prescription concernée.

A priori, il n'y a pas de patient prédisposé à être particulièrement coopératif. Nanda (1992) soumet 100 adolescents en cours de traitement à des tests psychométriques. Différentes variables sont analysées : Attitude envers le traitement, désirabilité sociale, désir d'accomplissement... Seules les variables concernant l'attitude du praticien et la relation praticien-patient sont corrélées à une bonne coopération.

L'attitude du praticien est un élément fondamental dans la qualité de la relation thérapeutique.

En 1996, Sinha et Coll. entreprennent une étude sur la prédiction de la coopération et de la satisfaction des patients en fonction de l'attitude des praticiens. Un groupe de 199 patients évaluent le comportement des praticiens sur les critères suivants : politesse, convivialité, communicabilité, écoute et empathie. Dans le même temps les praticiens évaluent le niveau de coopération de leurs patients. En conclusion, une bonne relation praticien-patient est fortement corrélée à un bon niveau de coopération et de satisfaction du patient.

Singer et Sheppard (1979) notent dans un article précurseur, que tous les praticiens devraient bénéficier d'un enseignement en psychologie médicale. La gestion du stress, une bonne technique de gestion des conflits, la relation d'aide sont des notions théoriques et pratiques qui aident à une meilleure pratique orthodontique.

Ong et coll. (1995) constatent qu'une attitude médicale basée sur une bonne connaissance des techniques de communication ainsi que sur les données actuelles de la psychologie médicale a un effet sur le comportement des patients. Le comportement du praticien a une influence directe sur celui du patient. Lorsque la relation thérapeutique s'engage favorablement, le patient développe un comportement adapté et coopératif, ainsi qu'un sentiment de satisfaction vis à vis du traitement et du praticien. En outre, on observe une meilleure compréhension et une plus grande rétention de l'information délivrée par le praticien.

Conclusion

Aujourd'hui, la formation des praticiens est principalement axée sur des connaissances médicales et des techniques de réalisation de traitements parfois sophistiqués. Les méthodes d'études évoluent et tiennent compte de la faisabilité des traitements dans les différentes conditions. L'évaluation de la validité et l'efficacité des traitements médicaux est aujourd'hui soumise à des méthodes nouvelles d'investigation. Si l'efficacité des traitements orthodontiques est démontrée, les études sur l'efficacité révèle que des facteurs encore non contrôlés sont à prendre en compte pour une meilleure optimisation de nos thérapeutiques. Hors du motif esthétique, le patient ne comprend pas spontanément la nécessité d'un traitement. Il s'engage dans une thérapeutique longue et contraignante sans avoir été averti des difficultés qu'il aura à affronter. Le praticien, sans formation particulière dans le domaine de la relation thérapeutique, offre un soutien limité dans "l'accompagnement thérapeutique". En outre il se trouve assez démuné lorsque surviennent les difficultés. D'un point de vue purement clinique, les abandons de traitements sont plutôt le signe d'une difficulté relationnelle non gérée que d'une déficience de la compétence des praticiens. Ce phénomène n'est pas spécifique à l'orthodontie. Il concerne l'ensemble de la pratique médicale, lorsqu'il s'agit de traitement d'affection chronique ou de traitement de longue durée. ■

Bibliographie

1. Birkeland K., et coll. ; Factors influencing the decision about orthodontic treatment. A longitudinal study among 11 and 15 year-olds and their parents. *J. Orofacial Orthop.* 60(5) ; 1999
2. Birkeland K., et coll. Relationship between occlusion and satisfaction with dental appearance in orthodontically treated and untreated groups. ; *Eur. J. Orthod.*, Oct. 1999.
3. Bos A., et coll. ; Expectations of treatment and satisfaction with dento-faciale appearance in orthodontic patients. ; *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.*, Feb. 2003.
4. Baird JF, Kiyak HA. ;The uninformed orthodontic patient and parent : treatment outcome., *Am. J. Dentofacial Orthop.*, Aug. 2003.
5. Brattstom V. , Ingelson M. ; Treatment coopération in orthodontic patients ; *Br. J. Orthod.*, Feb. 1991.
6. Cardonne C.R. et Coll. ; Dropouts from orthodontic treatment. Factors wich cause it., *Rev. Cubana Estomatol.* Jan-Jun 1989
Chatziandroni-Frey A. et Coll. ; Briefing of orthodontic patient. *J Orofacial Orthop* ; 2000.
7. Doll G.M . et coll ; 2000Relationship between patient discomfort, appliance acceptance in orthodontic thérapy ; . *J. Orofac. Orthop.* 61(6) 2000.
8. Kougushi M. et Coll. ; Recognition of orthodontic patient and their parents about the orthodontic treatment and results- a questionnaire method. ; *Nippon Kyosei Shika Zasshi*, Oct.1990.
9. Johnson PD. et Coll. ; Attitudes and compliance of pre-adolescent children during early treatment of CL II malocclusion., *Clin. Orthod. Res.*, Aug. *Clin. Orthod. Res.* 1998
10. Lilja-karlander E. et coll. ; Attitudes and satisfaction with dental appearance in young adults with and without malocclusion. *Sweed. Dent. J.* , (27) 3 ;2003
11. Mehra T. et col ; Orthodontists' assessment and management of patient compliance., *Angle Orthod.*, Apr. 1998
12. Mortensen MG., et Coll. ; Patient and parent understanding of informed consent in orthodontics., *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.*, Nov.2003
13. Mouradian WE. ; Making decisions for children ; *Angle Orthod.*, Aug 1999.
14. Nanda RS, Kierl MJ. ; Prédiction of coopération in orthodontic treatment. ; *Am J Orthod Dentofacial Orthop.*, Jul 1992.
15. Oliver, R.G., Knapman YM. ; Attitudes to orthodontic treatment ; *Br. J. Orthod.* Oct. 1985
16. Ong LM., et coll ; Doctor-patient communication : a review of literature ; *Soc Sci Med* Apr 1995.
17. Pratelli P et coll. ; Parental perceptions and attitudes on orthodontic care. ; *Br. J. -Orthod.*, Feb 1998.
18. Richter DD., et coll ; Effect of behavior modification on patient compliance in orthodontics. ; *Angle Orthod.*, Apr. 1998.
19. Royko A. et Coll. ; The relationship between the length of orthodontic treatment and patient compliance. ; *Fogorv Sz.* Mar. 1999.
20. Serogl H.G., et coll. ; Functional and social discomfort during orthodontic treatment-effects on compliance and prediction of patient adaptation by personality variables. ; *Eur. J. Orthod.*, Jun. 2000.
21. Singer J., Sheppard GA. ; Avoiding patient relation stress in an orthodontic practice ; *Am. J. Orthod.*, Feb. 1979.
22. Sinha PK., et coll. ; Perceived orthodontist behaviors that predict patient satisfaction, orthodontist-patient relationship, and patient adherence in orthodontic treatment. ; *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* , Oct. 1996.
23. Thomson AM et Coll. ; A comparison of information retention at an initial orthodontic consultation. *Eur. J. Orthod.*, Apr. 2001