

UNIVERSITE René DESCARTES
(Paris V)
Président Pr P. DAUMARD

DEA D'ETHIQUE MEDICALE ET BIOLOGIQUE

Directeur Pr C. HERVE
Promotion 1999 – 2000

TITRE DU MEMOIRE :
**LES EXTRACTIONS DE DENTS SAINES
PERMANENTES EN
ORTHOPEDIE DENTO FACIALE :
REFLEXION ETHIQUE.**

Présenté par
JOEL DENIAUD

Directeur du mémoire : **Alain BERY**

Les extractions de dents saines permanentes en orthopédie dento faciale : Réflexion éthique

Joël DENIAUD

Mots clefs :

Ethique, Orthopédie dento-faciale, Orthodontie, Extractions, Dents saines.

Key-words :

Ethic, Dentofacial Orthopedics, Orthodontics, Extractions, Healthy teeth.

RESUME

Les indications d'extractions de dents saines permanentes en orthopédie dento-faciale, font l'objet de controverses entre extractionnistes et non extractionnistes depuis le début du siècle. Le but de ce travail est d'évaluer dans quelle mesure la réflexion éthique peut apporter de nouveaux éléments de réponse à cette problématique.

Un travail de recherche bibliographique nous a permis d'isoler trois évènements qui, dans les origines historiques de cette décision médicale, posent un problème d'éthique :

- Le postulat selon lequel les extractions dentaires devaient permettre d'éviter les récives post thérapeutiques, s'est avéré inexact a posteriori.
- Une approche trop parcellaire de l'extrémité céphalique lors de la recherche de l'étiologie des dysmorphoses n'a pas permis aux orthodontistes d'appréhender à leur juste valeur les thérapeutiques alternatives aux extractions, en particulier l'expansion orthopédique précoce maxillo-nasale et les bénéfiques respiratoires qui y sont associés.
- Le développement des appareillages fixés, facilitant les déplacements dentaires de grande amplitude, en particulier dans les traitements avec extractions, a modifié les données de cette décision médicale.

L'enquête que nous avons menée auprès de 58 adultes a révélé que pour 93% d'entre eux la réduction du capital dentaire liée à ces extractions, constituait la première de leurs préoccupations, face à cette proposition thérapeutique.

Pourtant, sur les onze praticiens avec lesquels nous avons eu un entretien, huit indiquent que le consentement aux extractions de dents saines ne pose plus les problèmes du passé. Dans un contexte médiatique, où les extractions tendent à être banalisées, cette préoccupation non formulée au cours de la consultation, pose le problème de la relation patient praticien.

SUMMARY

The healthy teeth extractions for Dentofacial Orthopedics treatment, are controversial by extractionists and nonextractionists since from the outset century. The purpose of this investigation is estimate what information of the ethic reflection can contributing to clarify this problematic.

Bibliographical research indicate this medical decision has its origins in three events, who pose ethics problems

- the postulate, that extractions will keep the relapse after treatment, proved to be wrong at a later.
- the hypothesis of respiratory improvement, assigning to extractions alternatives therapeutics, besides early orthopedics maxillary nasal expansion, pose the problem of care principles, and even of improvement loss, if they are confirmed.
- the fixed appliances product, easing the bigger movements of teeth, particulary for treatments with extractions, changed it medical choices.

The survey, that we have conducted at 58 adults, proved that for 93% to them , teeth potential reduction due extractions, was the first of their worries, front of that therapeutic proposition.

Yet, for eleven of practitioners which we had a conversation, eight indicate that the patients' consent for healthy teeth extractions don't posed the problems of the past.

Because the media coverage, extractions tend to be trivialized, that worry that is not lodged during the consultation , pose the problem of patient practitioner relation.

Les extractions de dents saines permanentes en orthopédie dento faciale : Réflexion éthique

Joël DENIAUD

INTRODUCTION

PROBLEMATIQUE

LA RECHERCHE

1 Recherche bibliographique

- 1.1 Les extractions comme réponse aux récurrences
- 1.2 L'insuffisance d'une approche globale de l'étiologie des dysmorphoses
- 1.3 Le développement de nouveaux moyens thérapeutiques

2 Enquête auprès d'adultes sur la perception des extractions orthodontiques

- 2.1 Objectifs
- 2.2 Méthode
- 2.3 Questionnaire
- 2.4 Résultats
 - 2.4.1 Echantillon
 - 2.4.2 Réponses

Vous et les extractions dentaires en général

Traitement destiné à l'adulte

Traitement destiné à l'enfant

- 2.5 Discussion

3 Entretiens avec des praticiens

- 3.1 Objectifs
- 3.2 Méthodologie
 - 3.2.1 Description de l'échantillon
 - 3.2.2 Déroulement des entretiens
- 3.3 Résultats
- 3.4 Discussion

CONCLUSION

INTRODUCTION

L'orthopédie dento-faciale a pour objet le traitement des troubles du développement et des fonctions du complexe dento-maxillo-facial. Le recours aux soins orthodontiques est aujourd'hui très répandu. Une étude française, réalisée en 1979 sur 80 adolescents de 13 à 18 ans, révèle que 54% ont porté un appareil orthodontique.

Dans le cadre des traitements d'orthopédie dento-faciale, des extractions de dents saines sont très couramment pratiquées. Ces extractions consistent le plus souvent chez l'enfant, à supprimer des prémolaires permanentes, pour permettre l'agencement esthétique et fonctionnel des autres dents, lorsque la place manque sur les arcades dentaires.

Depuis plus d'un siècle, le débat sur les indications de ces extractions réapparaît de façon périodique à la faveur des congrès. Tous les grands noms de la spécialité ont disserté mainte fois sur ce thème.

Ce travail est le point de départ d'une approche de cette problématique sous l'angle de la réflexion éthique.

Les critères décisionnels sur lesquels se fonde aujourd'hui, la décision d'extraire ou de ne pas extraire, créent des situations de tension autour de cette pratique.

Notre travail consistera dans un premier temps, à déterminer par une recherche bibliographique, quelles sont les origines historiques de ces extractions et quelles réflexions peuvent être formulées à cet égard.

Dans un deuxième temps, nous tenterons par une enquête auprès d'adultes, d'appréhender la perception que cette proposition thérapeutique suscite au sein de la population.

Enfin, au cours d'entretiens avec des praticiens, nous essaierons de mieux connaître l'évolution du consentement des patients à cet acte chirurgical au cours des deux dernières décennies.

A partir des résultats de cette recherche, nous proposerons quelques conclusions susceptibles d'éclairer cette problématique.

PROBLEMATIQUE

Bien que sur le plan métaphysique, l'exérèse d'un organe sain constitue généralement une antinomie médicale, les extractions de dents saines en orthodontie trouvent leur légitimité dans le rétablissement d'une denture fonctionnelle et esthétique qu'elles autorisent.

La valeur épistémologique de certains critères décisionnels de ces extractions dites thérapeutiques est incertaine et controversée. C'est le cas

- des modèles ontologiques et morphogénétiques de l'extrémité céphalique,
- des différentes hypothèses physiopathologiques des dysmorphoses,
- de l'approximation des prévisions statistiques de croissance,
- du choix et de l'application de normes céphalométriques, tant au niveau du diagnostic que de la thérapeutique,
- de la subjectivité de l'esthétique du sourire et du profil,
- de la stabilité des expansions orthopédiques transversales des maxillaires.

Les situations de tension qu'ils déclinent, conduisent à des antagonismes entre les incertitudes avouées de certains praticiens, et les attitudes dogmatiques des autres.

Dès l'aube de l'orthodontie, l'opposition entre extractionnistes et non extractionnistes a porté principalement sur la possibilité ou non d'intervenir sur le déterminisme morphologique des bases osseuses maxillo-faciales. En effet, une alternative thérapeutique aux extractions consiste à réaliser une expansion orthopédique précoce des maxillaires. Les divergences, entre autres, sur ce choix thérapeutique se traduisent en clinique, par un taux très variable d'extractions en fonction des praticiens.

Un même patient consultant deux praticiens différents pourra avoir deux propositions thérapeutiques opposées : L'une imposant des extractions, l'autre ne les envisageant pas.

La perception par les patients, de cet acte chirurgical, qui conduit à l'amputation d'organes sains, n'entre jamais dans les débats. Pourtant, en rapprochant cet acte d'autres modèles chirurgicaux, comme les amygdalectomies par exemple, on peut s'interroger sur le degré de perception nociceptive et de mutilation, que ces extractions pourraient éventuellement engendrer pour les patients, en particulier chez l'enfant. A notre connaissance, à ce jour, aucune étude n'a été menée sur ce thème. De même le consentement qui, lorsqu'il s'agit d'enfants, est délégué à l'autorité parentale, n'est jamais abordé dans la littérature. Est-il toujours serein ou emprunt d'interrogations ? On peut également s'interroger sur l'influence que peuvent avoir les médias et l'environnement

dans l'expression de ce consentement ou des refus d'extractions, alors que cette pratique est socialement admise aujourd'hui.

Notre question de départ était la suivante :

La réflexion éthique peut-elle éclairer la problématique des extractions de dents saines permanentes réalisées dans le cadre des traitements d'orthodontie ?

L'exploration de cette problématique nous permet de dégager trois hypothèses, que ce travail aura pour but de vérifier.

- **La décision d'extractions thérapeutiques s'appuie sur des bases scientifiques incertaines.**
- **La perception de perte d'organes sains par les patients, et le traumatisme de cet acte chirurgical sont mésestimés.**
- **L'intégration sociale de cette pratique agit sur le consentement des patients.**

Nous pouvons traduire ces trois hypothèses par trois questions, qui feront l'objet de notre recherche :

- **Quelles réflexions éthiques peut-on mener par rapport aux origines historiques de la décision d'extraire des dents saines permanentes en orthopédie-dento-faciale ?**
- **Quelle est la perception des patients et des parents face à cette proposition d'extractions de dents saines ?**
- **Y a-t-il eu une évolution dans le consentement à ces extractions thérapeutiques ?**

LA RECHERCHE

Nous avons utilisé trois méthodes de recherche pour tenter de répondre respectivement à ces trois questions.

- La première a consisté en une recherche bibliographique sur les origines historiques des extractions en orthodontie.
- La deuxième, sous forme d'une enquête auprès d'un échantillon d'adultes, a eu pour but de mieux cerner la perception de cette pratique dans la population.
- La troisième a utilisé la méthode des entretiens avec des praticiens, centrés sur le consentement aux extractions orthodontiques.

La confrontation des résultats de ces trois approches aux concepts philosophiques de bienfaisance de la morale médicale, nous a permis d'en souligner les contradictions.

1 Recherche bibliographique

Méthodologie:

Au cours de notre recherche bibliographique, nous avons consulté diverses sources de données (Medline, Bibliodent.univ-lille2, inserm.fr/ethique Les rapports des différents congrès de la Société française d'Orthopédie dento-faciale depuis 1948 relatent parfaitement les événements qui ont émaillé l'histoire de cette problématique.

Cette recherche bibliographique nous a permis de proposer trois éléments, qui concomitamment auraient participé aux fondements historiques de cette décision.

1.1 Les extractions comme réponse aux récidives

La nécessité de trouver des réponses à la très grande fréquence des récidives orthodontiques, a conduit certains orthodontistes américains à construire des modèles interprétatifs de ces récidives, promoteurs d'extractions.

Dès les années 30, C.H. TWEED (Tucson U.S.), postule que la seule solution pour éviter les récidives orthodontiques, est de diminuer le nombre de dents sur les arcades par extraction. Une majorité d'orthodontistes préoccupés par leurs propres récidives, le suivent dans cette thèse. En 1948, O'MEYER, figure importante de l'orthodontie française est un opposant farouche aux extractions, dès 1960, après plusieurs déplacements à la fondation TWEED aux Etats unis, il devient un fervent défenseur de cette pratique. Les progrès de la téléradiographie céphalique permettent à TWEED de déterminer des normes qui conduisent à un positionnement précis des dents par rapport au profil et aux bases osseuses, de façon à éviter les récidives. Le respect de ces normes impose des extractions dans 80% des cas. PROFFIT rapporte que le pourcentage de traitements avec extractions était en France, de 10% en 1953 et de 50% en 1963.

Dans les années 80, la publication des travaux de LITTLE et RIEDEL de l'état de Washington, révèle que les extractions ne permettent aucunement d'éviter les récidives orthodontiques. Le constat est affligeant : L'examen

de patients traités avec extractions de prémolaires révèle que seuls 10 à 30% des cas selon les études, conservent un alignement dentaire cliniquement satisfaisant 10 et 20 ans après la fin traitement.

Doit-on en déduire que le postulat de TWEED était faux ? Ces événements posent tout au moins, le problème de la valeur scientifique des observations, et des modèles de raisonnement sur lesquels il reposait. La conviction profonde, si elle ne s'appuie pas sur des données scientifiques peut conduire à l'erreur. Pour Jean BERNARD *"tout ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique"*. Ces extractions pourraient être considérées par les patients dont le traitement a récidivé, comme des amputations "futiles" voire, une atteinte à l'intégrité du corps humain.

Les analyses céphalométriques de profil vont changer l'abord clinique de l'extrémité céphalique qui jusqu'alors se faisait préférentiellement de face. Elles vont largement participer au renforcement de la pensée normative en orthodontie et promouvoir les comportements dogmatiques en particulier en matière d'extractions. A ce propos, D. BOUVART souligne, *"le travail selon des normes diminue la capacité de perception du professionnel qui se trouve en quelque sorte stérilisé. L'exercice de la médecine dans ce cadre étriqué est nécessairement peu adapté, voire nuisible et constitue donc une transgression au principe du primum non nocere."*

Ce qui nous ramène aux bases de la morale médicale qui s'articule en France entre la morale téléologique du bien comme une approximation toujours inachevée, objet de la délibération Aristotélicienne et le principe déontologique KANTIEN : *"L'homme est une fin jamais un moyen."* dans une pensée universalisante de la loi posée par la raison.

Le pouvoir médical, ce pouvoir exorbitant d'intervenir sur le corps de l'homme, suppose la responsabilité. Le principe de responsabilité s'inscrit pour Emmanuel LEVINAS dans une pensée humaniste vis à vis de *"Cet autre qui peut être différent de moi, dans ses convictions et dans ses aspirations, n'est là ni pour mon pouvoir, ni pour ma curiosité, ni pour mon bonheur..."*

Hans JONAS conçoit le principe de responsabilité vis à vis d'autrui en *"pariant sur l'improbable comme toujours possible"*. Il prône une *"heuristique de la peur"* à l'égard des plus faibles et des plus fragiles. Cette conception appliquée à notre problématique peut nous conduire au principe de précaution. Devons-nous alors dans le respect de ce principe de précaution, appliquer un moratoire sur les extractions ?

Pour C. HERVE, au principe de précaution, qui conduit à l'immobilisme, il faut préférer le principe de délibération par l'expérimentation, l'évaluation et le contrôle a posteriori pour valider ou invalider les pratiques.

1.2 L'insuffisance d'une approche globale de l'étiologie des dysmorphoses

En France, dès 1948, R. KOURILKY, pneumologue de renom, affirme les bienfaits sur la physiologie respiratoire, des remodelages indirects des cavités nasales, imputables aux traitements d'orthopédie dento-faciale. Alors que des ORL : J. H. OGURA (1971), P. GRAY (1987), A.J. HAAS (1980) confirmeront cette thèse plus tard, une minorité seulement d'orthodontistes l'intégreront.

POTTIER en 1960, opposant les extractions, aux biens fait d'une expansion maxillo-nasale bien conduite affirme *"il est un fait certain, c'est qu'aucune mauvaise respiration nasale ne résiste à un traitement orthopédique bien mené."*

Pour P. QUENEAU, La médecine a pour but de *"guérir, améliorer, soulager, accompagner"*.

Les extractions, en facilitant l'alignement dentaire, permettent de soulager pour un temps le patient de la souffrance d'un sourire disgracieux. Elles améliorent les conditions de mastication par une meilleure occlusion dentaire. Mais conduisent-elles à la guérison ?

Pour J.TALMANT, les récurrences ne sont en fait que la réapparition des symptômes d'une pathologie chronique, que la thérapeutique orthodontique avait masquée pour un temps. Dans ses publications les plus récentes, J.TALMANT (1992, 1994, 1998, 1999, 2000) démontre comment les adaptations posturales, destinées au niveau facial, à compenser les troubles de la perméabilité nasale, vont être à l'origine des dysmorphoses.

Pour Georges CANGUILHEM, la maladie est réellement une *"autre allure de la vie"*. Cet autre état implique l'ensemble de l'organisme au sein duquel, *"toutes les fonctions sont interdépendantes et tous leurs rythmes sont accordés."*

Peut être faut-il s'interroger sur la séparation trop précoce de la formation des dentistes de celle des médecins, qui conduit les premiers à une vision trop étriquée de la santé, et favorise les modèles normatifs au détriment de la physiopathologie. M. A. Descamps remarque que *"Le morcellement du corps médical reproduit celui du corps médicalisé. L'on aboutit à la médecine d'organe. La taxinomie indéfinie et morcelante se répercute dans les spécialisations des médecins"*.

1.3 Le développement de nouveaux moyens thérapeutiques

TWEED dès 1936 dispose de moyens mécaniques fixés sur les dents qui facilitent les déplacements orthodontiques et lui permettent de mener à bien ses traitements avec extractions.

En Europe, jusque dans les années 50, l'attitude thérapeutique est encore majoritairement non extractionniste. L'arrivée entre 60 et 70 de ces nouveaux dispositifs venus des Etats unis, en facilitant les déplacements dentaires, va favoriser les indications d'extractions. GRABER, dans un chapitre de son livre intitulé " *Extraction in conjunction with orthodontic therapy* " rapporte comment la mise au point de verrous métalliques (Edgewise) fixés sur les dents et dans lesquels coulisseraient des fils de même section, permet d'effectuer les déplacements dentaires si difficiles à réaliser dans les traitements avec extractions.

Ces faits nous interrogent sur l'indépendance des décisions médicales à l'égard des nouveaux moyens thérapeutiques. Pour B. GRENIER les principes de responsabilité, de vigilance et d'évaluation des pratiques, imposent au praticien, dans le respect de sa mission de bienfaisance, de s'assurer de leur efficacité réelle en terme de bénéfice pour la santé du patient. Car comme le rappelle HEIDDEGER " à quoi sert le progrès, s'il ne sert pas le bonheur de l'homme ". Parallèlement, une industrie se crée, principalement outre atlantique, pour répondre à ces nouveaux besoins des orthodontistes. La nécessité de former la population orthodontique à ces nouvelles techniques a deux conséquences ; elle motive l'organisation de cours que les firmes elles même financent, effectuant ainsi leur propre promotion ; et elle initie la création de la spécialité orthodontique. Pour M.H. PARIZEAU " *L'enjeu ultime d'une éthique de la recherche est d'humaniser la technique et la science et non d'instrumentaliser l'être humain.* "

Au terme de cette recherche bibliographie, il faut souligner l'absence de tous ces débats de la question de la perception des extractions par les patients. Cette absence témoigne sans doute, du caractère majoritairement paternaliste de la relation patient praticien, qui régnait en France au cours des années sur lesquelles a porté notre recherche.

2 Enquête auprès d'adultes sur la perception des extractions orthodontiques

2.1 Objectifs

L'objectif de cette enquête est de recueillir en dehors du cadre d'une consultation médicale, les réflexions que suscitent chez des adultes, les extractions de dents saines proposées au cours d'un traitement orthodontique soit pour eux-mêmes soit pour leurs enfants.

A cet effet, elle a été réalisée dans un environnement non médical pour éviter l'effet médecin communément appelé effet " blouse blanche ".

2.2 Méthode

Nous avons choisi la méthodologie de l'enquête directe au moyen d'un questionnaire remis et collecté au cours d'une réunion publique.

Avant d'envisager toutes démarches, nous avons obtenu l'accord du président du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens dentistes du Maine et Loire, lieu de notre exercice libéral et de Loire Atlantique, lieu de l'enquête, pour les informer de notre intention d'entreprendre ce travail de recherche et de notre méthodologie.

La recherche d'un échantillon de population nous a conduit à prendre contact avec diverses associations familiales. L'Union Départemental des Associations Familiales (UDAF) de Loire Atlantique a accédé à notre requête et a proposé de se charger de l'organisation pratique de cette réunion : réservation de salle et information des adhérents. L'UDAF de Loire Atlantique regroupe 142 associations familiales, soit 27000 familles adhérentes. Les vocations des associations fédérées sont très diverses

2.3 Questionnaire

En accord avec notre directeur de mémoire nous avons divisé le questionnaire en trois parties :

Première partie commune à l'ensemble de l'échantillon

- Elle comporte deux questions sur les extractions pour raisons pathologiques.

La suite de l'enquête se divise elle-même en deux parties, et concerne la perception des extractions en orthodontie.

Il nous a semblé très important, de distinguer la perception des extractions par une personne qui l'a vécu, de celle qui l'imagine. De même, cette perception est sans doute différente lorsque la proposition s'adresse à l'adulte et à ses enfants. Ceci nous a amenés à distinguer :

Traitement destiné à l'adulte (questionnaire N°1 ou N°2).

Les questions sont posées dans le sens d'un traitement orthodontique, réel ou supposé destiné à la personne qui répond.

Traitement destiné à l'enfant (questionnaire N°3 ou N°4).

Les questions sont posées dans le sens d'un traitement destiné aux enfants réels ou supposés du sujet enquêté.

Sept questions sont communes aux quatre questionnaires ainsi définis. Elles concernent :

- L'existence ou non d'une interrogation à l'annonce de la nécessité d'extraire des dents saines pour réaliser un traitement.
- La nature de cette interrogation.
- L'influence sur cette interrogation du fait qu'il s'agit de dents saines.
- Le nombre d'extractions acceptables.
- Les arguments thérapeutiques susceptibles d'influencer le consentement
- Le souhait ou non d'un deuxième avis thérapeutique.
- Les motifs d'une absence d'interrogation à l'annonce de la nécessité d'extraire des dents saines pour réaliser un traitement.

Par ailleurs :

Le questionnaire 1 pose quatre questions sur le vécu orthodontique de la personne enquêtée pour savoir en particulier s'il a été nécessaire de lui extraire des dents saines.

Les questionnaires 1 et 2 posent une question par rapport au degré de satisfaction de l'état dentaire actuel de la personne.

Ce questionnaire a été testé avant l'enquête, sur cinq personnes proches n'appartenant pas aux professions médicales.

2.4 Résultats

2.4.1 Echantillon

Sur les 65 adultes présents nous avons recueilli 58 questionnaires exploitables.

Toutes les catégories socioprofessionnelles étaient représentées à l'exception du secteur agricole. (Cat. A). La distribution de l'échantillon par rapport aux deux séries de questionnaires (1 ou 2 et 3 ou 4) proposés est pratiquement équivalente.

2.4.2 Réponses

Vous et les extractions dentaires en général

Si la majorité des personnes se dit affectée par la perte d'une dent lorsque celle-ci est trop atteinte pour être conservée, le traumatisme est rarement profond.

Traitement destiné à l'adulte

Sur les 30 adultes qui ont bénéficié de soins orthodontiques dans leur enfance, 12 ont eu des extractions au cours de ce traitement. A propos de ces extractions, 10 personnes sur 12 indiquent qu'elles gardent le souvenir d'un acte traumatisant. Plus de la moitié indiquent que ce traitement les a beaucoup gênés. 20% sont totalement satisfaits de leur état dentaire actuel et 47% moyennement.

Les personnes qui n'ont pas bénéficié d'un traitement sont totalement satisfaites à 43%, et moyennement à 28%

Qu'elles aient bénéficié ou non d'un traitement, 54 personnes sur 58 soit 93% indiquent qu'une proposition d'extraction de dents saines par l'orthodontiste leur a posé ou leur poserait un problème.

Pour le classement par ordre de priorité, des questions que suscite une proposition thérapeutique comportant des extractions, nous avons distingué deux groupes : Groupe 1, les adultes qui ont eu des extractions, Groupe 2, ceux qui n'ont pas eu d'extraction ou qui n'ont pas eu de traitement.

En ce qui concerne la crainte de la douleur, le classement fait surtout état de perceptions individuelles ; il n'y a aucune systématisation des réponses. Le traumatisme occasionné par des extractions de dents saines occupe une position moyenne au sein des deux groupes. La durée du traitement n'est pas la préoccupation primordiale des personnes interrogées. Les conséquences esthétiques des extractions étaient présentes surtout pour le groupe 2 qui, n'ayant pas l'expérience de ceux du groupe 1 s'inquiétait du devenir des espaces vacants après extractions.

La réduction du capital dentaire se révèle être la préoccupation principale dans les deux groupes (93%). Et, quelle que soit l'appartenance au groupe 1 ou 2, l'ensemble de l'échantillon est très sensible (90% des réponses) au fait que les dents à extraire soient saines.

Sur les trente neuf personnes qui ont répondu que le nombre d'extractions envisagées avait une grande importance, 13 s'interrogent pour l'extraction d'une dent et 17 pour deux dents. Rappelons que dans la plupart des traitements quatre prémolaires sont extraites.

Sur l'ensemble de l'échantillon, 42% accepteraient des extractions dans un but de prévention, 35% pour un motif fonctionnel et 23% dans un but esthétique.

70% de ceux qui ont eu un traitement consulteraient pour avoir un deuxième avis si on leur proposait des extractions. Mais 23% seulement de ceux qui n'ont pas eu de traitement effectueraient cette démarche.

Ceux qui ont répondu qu'une proposition d'extraction ne soulevait pour eux aucune interrogation soit quatre personnes sur cinquante huit s'en remettent à la décision de l'orthodontiste.

Traitement destiné à l'enfant

Les parents consulteraient majoritairement lorsque l'enfant a entre 7 et 9 ans alors que les traitements débutent en pratique entre 9 et 12 ans.

30 parents sur 58 ont des enfants qui ont bénéficié de soins orthodontiques. 68% d'entre eux ont eu des extractions au cours de leur traitement. Il faut noter que pour les adultes ce taux n'était que de 40%.

Sur l'ensemble de l'échantillon, la proportion des personnes qui se sont interrogées ou qui s'interrogeraient face à une proposition d'extractions pour leurs enfants est de 89%.

Nous avons distingué deux groupes : Groupe 1, les adultes dont un enfant a eu des extractions, Groupe 2, les adultes dont aucun enfant n'a eu d'extraction ou de traitement

Plus de la moitié des personnes du groupe 1 place la douleur en 1^{ère} et 2^{ème} position dans leur interrogation. Par rapport au questionnaire précédent le sentiment de douleur imposé par un acte thérapeutique à un enfant est beaucoup plus prégnant.

La réduction du capital dentaire de l'enfant est à nouveau majoritairement classée en premier dans les interrogations des parents. L'ensemble de l'échantillon est sensible à 90% au fait que les dents à extraire soient des dents saines.

Pour 28% le nombre d'extractions envisagées intervient dans leur décision à partir d'une dent, pour 43% à partir de deux et pour 21% à partir de quatre.

Par contre si le motif des extractions est la prévention des caries, 58% les acceptent, 54% pour un motif fonctionnel, 46% dans un but esthétique.

24% des parents dont les enfants n'ont pas eu de traitement consulteraient pour obtenir un deuxième avis, et 88% de ceux dont un enfant a eu un traitement sans extraction.

En pratique, sur les quatorze personnes dont un enfant a eu un traitement avec extractions, une seule a effectivement demandé un deuxième avis avant de consentir.

Sur les dix personnes qui ont répondu qu'une proposition d'extraction pour leur enfant ne leur posait aucun problème : huit s'en remettent à la décision de l'orthodontiste

2.5 Discussion

Ces résultats soulèvent trois remarques :

1 La réduction du capital dentaire due aux extractions orthodontiques est l'interrogation la plus prégnante chez les adultes, pour eux-mêmes ou pour leurs enfants, y compris pour ceux qui n'ont pas été concernés par cette situation. En effet, alors que 14% seulement des sujets se disent profondément affectés par la perte d'une dent malade, 93% s'interrogent si la dent perdue est saine et si son extraction est volontaire et programmée dans le cadre d'un traitement orthodontique. G. CANGUILHEM, observe que "*La nature a construit les organismes avec une grande prodigalité*" puisqu'il est possible de vivre avec un seul rein, un seul poumon... mais il ajoute : "*si la santé est un état instable par le fait qu'elle autorise des écarts à la norme, la maladie réduit par contre la marge de tolérance aux variations du milieu.*" De fait, des extractions de dents saines, par exemple, quatre prémolaires, pour peu qu'elles s'accompagnent de germectomies des dents de sagesse, amputent d'un quart le capital d'une denture normale adulte. Le sujet va donc devoir veiller à ne plus perdre d'autres dents.

2 Les extractions sont perçues comme un acte traumatisant, comme en témoignent à 83% les adultes qui en ont subi au cours de leur enfance. Ces réponses nous interrogent sur la nature de relation patient praticien lors de cette proposition thérapeutique : Cette perception nociceptive de l'enfant est-elle prise en compte alors que la discussion s'instaure entre les parents et le praticien en vue d'obtenir leur consentement ? Il semble que les parents perçoivent cette inquiétude de l'enfant puisqu'ils classent la douleur en deuxième position de leur préoccupation s'il s'agit de leur enfant, ce qui n'est pas le cas lorsqu'ils sont eux-mêmes impliqués. Selon Hans JONAS, la responsabilité des parents à l'égard de leurs enfants est une des deux formes paradigmatiques de la responsabilité, au sens d'une mission sans réciprocité assignable à l'égard des plus fragiles et des plus menacés dans le futur. Notre devoir de soignant nous impose dans un esprit de sollicitude de prendre en compte cette perception des patients, dans nos décisions thérapeutiques et dans notre relation avec ces derniers.

3 La confiance dans le savoir médical et dans le praticien est importante, elle se manifeste dans le faible taux de recherches effectives d'un deuxième avis thérapeutique malgré les interrogations face à la proposition thérapeutique. Les dix personnes sur cinquante huit qui indiquent que cette proposition pour leur enfant ne leur poserait pas de problème justifie cette position en se remettant à la décision de l'orthodontiste. De plus, une argumentation du praticien, sur les bénéfices thérapeutiques qu'on peut attendre des extractions, en particulier la prévention de la santé dentaire par un meilleur alignement permet dans 58% des cas d'obtenir le consentement. Ces

remarques nous renvoient au principe de responsabilité et aux incertitudes de nos décisions médicales. S'assurer de la bienfaisance de nos actes médicaux et ne jamais instrumentaliser le patient doit être plus que dans toute autre activité la priorité du soignant. La conscience morale est une conscience inquiète au sens propre, elle ne peut jamais trouver le repos.

3 Entretiens avec des praticiens

3.1 Objectifs

Ces entretiens ont pour objectif d'apprécier l'évolution du consentement aux extractions orthodontiques au cours des deux dernières décennies

3.2 Méthodologie

3.2.1 Description de l'échantillon

Nous avons réalisé onze entretiens. Tous les praticiens ont au moins quinze ans d'expérience en orthodontie et jusqu'à 35 ans ; six ont des fonctions universitaires. Leur appartenance aux différents courants de pensée orthodontique est très diverse. Leur distribution géographique sur le territoire métropolitain est la suivante : Paris et région parisienne : Six praticiens en exercice. Région Ouest : Quatre praticiens en exercice. Région Est : Un praticien sans exercice libéral.

3.2.2 Déroulement des entretiens

Les échéances du DEA ne nous ont pas permis de nous déplacer chez chaque praticien, les entretiens se sont donc déroulés par téléphone. L'énumération des questions était précédée d'un bref exposé de la recherche : Son cadre : Le DEA d'éthique médicale et biologique à la faculté NECKER. Son thème : La réflexion éthique sur les extractions en ODF

1^{ère} Question :

Y-a-t il eu une modification des réactions des parents au cours des deux dernières décennies lorsque des extractions sont proposées ? Oui - Non

Si oui quelle en est pour vous la raison ?

2^{ème} Question :

Les questions qu'ils posent à ce propos sont-elles différentes aujourd'hui d'hier.

3^{ème} Question :

Quelles questions posent-ils aujourd'hui ?

3.3 Résultats

8 praticiens sur 11 estiment qu'il est plus facile aujourd'hui d'obtenir un consentement à une prescription d'extractions de dents saines que par le passé :

5 sur 6 en région parisienne et 2 sur 4 pour la région Ouest. On peut donc penser qu'il y a un réel changement dans la perception des extractions des dents saines en orthodontie par les parents, mais ce changement est plus profond en Ile de France que dans l'Ouest

- Six éléments nouveaux sont pour les praticiens interrogés, à l'origine de l'attitude plus favorable des parents face aux extractions :
 - La possibilité de mieux expliquer à partir d'autres cas traités : 3 praticiens
 - Les expériences similaires vécues par des proches des parents : 3 praticiens
 - L'information et les médias : 2 praticiens
 - La diminution de l'inquiétude des parents sur la perte des dents : 3 praticiens
 - L'attitude plus positive des généralistes vis à vis des extractions : 3 praticiens.
 - Une tentative de traitement sans extraction avant de les proposer : 1 praticien
- Deux arguments peuvent par contre s'opposer au consentement :
 - L'existence d'arcades dentaires bien alignées : 2 praticiens
 - L'attrance pour les médecines naturelles et globalisantes : 1 praticien

3.4 Discussion

Le consentement aux extractions de dents saines semble plus facile aujourd'hui à obtenir. La raison principale invoquée par les praticiens est l'intégration de cet acte comme pratique courante dans l'esprit des patients. Cependant, nous avons relevé des différences régionales importantes sur cette appréciation. En ce qui concerne la pratique des extractions orthodontiques, selon l'université d'origine ou d'influence, il existe des préférences thérapeutiques chez les praticiens. Le caractère régional de ces préférences, par effet de proximité, leur confère une légitimation sociale plus ou moins locale, laquelle retentit sur le consentement des patients. Le consentement libre, est donc souvent un leurre à l'insu du praticien et du patient du fait des influences multiples dont il est l'objet.

Tout acte qui devient coutumier peut tendre vers la banalisation pour celui qui l'exécute, ce qui est contraire au principe de l'évaluation permanente des pratiques et des valeurs que Paul RICOEUR nomme la sagesse pratique et ARISTOTE la phronésis.

La confrontation des résultats de ces entretiens, avec ceux de notre enquête, nous amène à formuler plusieurs remarques : 93% des parents indiquaient que l'annonce des extractions leur posait un problème, or huit praticiens sur onze (73%) estiment qu'aujourd'hui le consentement est obtenu facilement. La contradiction entre ces deux résultats n'est sans doute qu'apparente. Les interrogations des parents face aux extractions n'impliquent pas qu'ils n'y consentent pas. Rappelons que 68% des enfants de l'échantillon ayant bénéficié d'un traitement ont eu des extractions. Par contre, on peut penser d'une part que les arguments des praticiens sont plus forts aujourd'hui, ce que confirment les entretiens et d'autre part que les pratiques sociales opèrent à ce niveau comme nous l'avons évoqué précédemment.

Notre enquête anonyme, s'est volontairement située hors du cadre de la consultation médicale et donc de toute influence d'un praticien, ce qui certes correspond à une situation fictive, mais qui a peut être favorisé l'expression des non dit par rapport à la relation patient praticien.

De toutes les interrogations des parents, c'est la perte d'un organe sain qui est la plus prégnante, alors que certains praticiens pensent que cette inquiétude n'est plus d'actualité du fait de l'amélioration des soins conservateurs.

Pour A. BENAUWT “ *Il y a fréquemment conflit entre ce que pense le praticien et ce que pense le patient* ”

CONCLUSION

Au cours de cette étude nous avons tenté de vérifier trois hypothèses sur notre problématique, à travers trois méthodologies différentes.

Notre recherche bibliographique nous a permis de montrer le rôle important occupé par la gestion des récidives, et comment à ce titre, un raisonnement sur des modèles insuffisamment évalués a conduit à de très nombreux actes chirurgicaux, qui souvent n'ont pas atteint l'objectif qui leur avait été assigné. Les différents concepts extractionnistes ou non extractionnistes se sont érigés en philosophies, légitimées par l'institution de normes céphalométriques, et ont abouti au clivage professionnel, concrétisé par la création des différentes sociétés scientifiques orthodontiques, bastions des idéologies respectives et promoteurs des attitudes dogmatiques.

Pour P. RICOEUR la visée éthique débute par l'estime de soi. C'est le respect du “ soi ” à travers la validité de nos actes ; c'est savoir rompre avec les idées reçues ; agir plutôt que subir. Les travaux de LITTLE et RIEDEL ont prouvé que les extractions n'étaient pas garantes de la stabilité des résultats des traitements orthodontiques, alors que c'est un des arguments principaux qui en avait légitimé la pratique.

L'histoire de la médecine recèle de nombreux exemples similaires où les intentions bienfaites initiales ne se sont pas traduites dans les faits : Le traitement préventif de l'ostéoporose par le fluor qui avait pourtant reçu l'assentiment des conférences de consensus, s'est révélé vingt ans plus tard inefficace et porteur d'effets secondaires préjudiciables.

Pour J. PHILIPPE, président de la société française d'orthopédie dento-faciale “ *si nos déplacements dentaires sont limités dans l'espace, ils le sont encore plus dans le temps.* ”

Devons nous continuer à amputer nos patients, dans le but certes légitime, d'une amélioration de l'agencement et de l'occlusion dentaire, voire de l'embellissement du sourire, en sachant que ces bénéfiques risquent de n'être que temporaires ? La réponse éthique à cette question, c'est la révision permanente des modèles et des valeurs sur lesquelles nous fondons nos pratiques médicales et le refus catégorique du dogme.

Faisant référence aux bénéfiques respiratoires des expansions maxillo-nasales J.TALMANT fait la remarque suivante “ *Et si l'orthodontiste devenait thérapeute* ”. De nombreux travaux confirment aujourd'hui l'hypothèse posée dès le début du siècle, des améliorations de la perméabilité des voies aériennes supérieures, qui accompagnent les expansions orthopédiques précoces maxillo-nasales. A condition toutefois, précise J. TALMANT, de s'assurer conjointement de la prise en charge médicale de l'éventuelle pathologie chronique de la muqueuse nasale, dont les orthodontistes ont trop souvent mésestimé l'importance. Outre que cette thérapeutique précoce permet d'éviter la plupart du temps les extractions, elle permet à l'orthopédie dento-faciale de contribuer au traitement des pathologies respiratoires chroniques de l'enfant. En terme de santé publique, cette remarque ouvre des perspectives auxquelles aucun soignant ne devrait être indifférent.

Cependant, il n'existe pas aujourd'hui de consensus majoritaire au sein de la profession orthodontique concernant cette thèse. Et, comme tout modèle interprétatif, elle doit faire l'objet d'évaluations et être mise à l'épreuve du temps. En se souvenant qu'“ *En recherche, la méthode expérimentale ne produit pas de vérité, elle dit seulement qu'une chose n'est pas fausse.* ”Karl POPPER. Les travaux de LITTLE et RIEDEL permettent donc

seulement d'affirmer, qu'il n'est pas faux de dire que les extractions permettent d'éviter les récurrences dans 20 à 30% des cas.

Les résultats de notre enquête auprès de 58 adultes nous ont permis de souligner la prégnance d'interrogations, dominées par la perception mutilante d'une perte d'organes sains. Si cette perception ne conduit pas à une opposition des patients aux extractions, elle justifie de la part du prescripteur de ne pas en ignorer l'existence. Cette dimension, du devoir de sollicitude envers le patient, le "tu" de P. RICOEUR doit occuper une place importante dans nos choix thérapeutiques ; place qu'elle n'a pas toujours. Cependant, cette étude ne dit rien de la perception des enfants qui sont le plus souvent concernés par ces extractions. Seuls les souvenirs qu'en ont les adultes, qui dans notre échantillon ont bénéficié de soins orthodontiques, nous renseignent à ce niveau. Rappelons que 83% des adultes concernés ont gardé le souvenir d'un acte traumatisant. Cette enquête a révélé qu'au sein de notre échantillon malgré ces interrogations, la relation patient praticien s'effectue dans un climat de confiance dont la pérennité sera sans doute subordonnée à la capacité d'écoute du praticien et sa probité scientifique.

Les résultats des entretiens avec les praticiens soulèvent quant à eux, le problème de l'indépendance du consentement, lorsque les médias et les pratiques sociales participent à la reconnaissance, voire la banalisation d'un acte de soins. Cette situation nous renvoie à la proposition de M. WOLF qui remet en cause la méthode disjonctive, souvent utilisée en médecine, et qui dissocie les valeurs scientifiques, des valeurs philosophiques, sociales, et juridiques. Il propose un nouveau modèle paradigmatique de la relation patient praticien par une approche transdisciplinaire, qui inclut d'une part la reconnaissance de la complexité et le refus des modèles réducteurs, et d'autre part la remise en cause d'un seul niveau de réalité.

Si en effet la santé se résume trop souvent pour le praticien, à la relation à des normes connues, pour le patient en revanche, la notion est plus complexe car elle inclut :

- La perception concrète de son corps (bien être physique) et,
- la relation avec son environnement, essentiellement défini par le milieu socioculturel.

Cette remarque rappelle que toute activité médicale s'inscrit dans le lien social, dont elle ne peut s'absoudre.

La prise en charge des soins orthodontiques par la collectivité pose le problème de l'efficacité. Quel est le rendement, en termes de production de santé que les extractions orthodontiques revendiquent à leur actif, en fonction des ressources qui leur sont allouées ? Cette question s'inscrit dans l'engagement du soignant vis à vis du "tiers absent" dont parle Paul RICOEUR, et qui s'exprime dans l'institution

Au terme de ce travail et dans ce contexte de décision médicale encore en situation d'incertitude, nous pensons que les extractions de dents saines devraient faire l'objet d'une réflexion au sein de la profession, compte tenu d'une part des perspectives fonctionnelles de nos thérapeutiques, et d'autre part de la prégnance des récurrences. C'est dans le respect du devoir de sollicitude vis à vis des patients, et du principe de précaution, joint à celui du primum non nocere de la morale hippocratique, que se trouve la justification de cette réflexion et, pour nous, la légitimité de tout mettre en œuvre pour diminuer la fréquence des extractions, surtout chez l'enfant. Si l'hypothèse des améliorations respiratoires, attribuées à l'orthopédie précoce se vérifient à long terme, les patients ayant bénéficié d'autres options thérapeutiques pourraient un jour invoquer la perte de chance.

Ce travail ne constitue qu'une première approche de cette problématique. Il doit être considéré comme un travail préparatoire, dont les premiers résultats pourraient servir de base à une autre étude, impliquant davantage les praticiens et sollicitant un échantillon plus large de patients, permettant ainsi de confirmer ou d'infirmer les résultats de notre enquête.

INTRODUCTION	1
DEFINITIONS ET RAPPELS	2
1 Définition et champs de l'orthopédie dento-faciale	2
1.1 Définition.....	2
1.2 Les aspects sociaux de l'orthodontie	2
2 Généralités sur les extractions dentaires	2
3 Qu'est-ce qu'une dent saine ?.....	3
4 Les extractions dentaires en orthodontie.....	3
PROBLEMATIQUE	4
1 Exploration de la problématique.....	4
1.1 La décision d'extractions en orthodontie.....	4
1.1.1 Critères décisionnels d'extractions de dents permanentes saines en orthodontie	4
1.1.1.1 Le potentiel de croissance.....	4
1.1.1.2 L'âge de début de traitement	4
1.1.1.3 Les Analyses céphalométriques de profil	4
1.1.1.4 L'esthétique du sourire et du profil.....	5
1.1.1.5 L'amplitude de l'expansion thérapeutique nécessaire	5
1.1.2 La décision d'extractions : entre dogme et incertitude	5
1.1.2.1 Le dogme	5
1.1.2.2 L'incertitude	6
1.2 La perception des extractions orthodontiques par les patients.....	6
1.2.1 La réduction du capital dentaire	6
1.2.2 L'acte chirurgical.....	7
1.3 Le consentement des patients aux extractions	7
1.3.1 Le consentement.....	7
1.3.2 L'information	8
1.3.2.1 Contenu de l'information.....	8
1.3.2.2 La preuve de l'information	8
2 Formulation de la problématique	9
LA RECHERCHE	10
1 Recherche bibliographique sur des fondements historiques des extractions des dents saines permanentes réalisées en orthopédie dento-faciale.	10
1.1 Méthodologie:	10
1.2 Résultats :	10
1.2.1 L'omniprésence des récurrences tout au long de l'histoire orthodontique	10
1.2.2 L'insuffisance d'une approche globale de l'étiologie des dysmorphoses dento-maxillo faciales.	11
1.2.3 Le développement de nouveaux moyens thérapeutiques.....	12
1.3 Discussion	13
1.3.1 récurrences et extractions	13
1.3.2 Approche globale des dysmorphoses dento-maxillo-faciales	14
1.3.3 Nouveaux moyens thérapeutiques	15
2 Enquête auprès d'adultes sur la perception des extractions de dents saines en orthopédie dento-faciale	16
2.1 Objectifs :	16
2.2 L'enquête.....	16
2.3 Recherche d'un échantillon représentatif	16
2.4 Le questionnaire	17

2.4.1 Description	17
2.4.2 Etude critique.....	18
2.5 Déroulement de l'enquête.....	18
2.6 Les résultats.....	19
2.6.1 L'échantillon.....	19
2.6.1.1 Description	19
2.6.1.2 Etude critique de l'échantillon.....	20
2.6.2 Réponses aux questionnaires.....	20
2.6.2.1 Questionnaire commun préalable	21
2.6.2.2 Réponses aux questionnaires 1 et 2	22
Réponses aux questionnaires 3 et 4	36
2.7 Synthèse de l'enquête	49
2.8 Discussion	50
3 Entretiens avec des praticiens	51
3.1 Objectifs	51
3.2 Méthodologie.....	51
3.2.1 Choix de l'échantillon	51
3.2.2 Description de l'échantillon.....	51
3.2.3 Déroulement des entretiens	51
3.3 Résultats	52
3.3.1 Paris et région parisienne.....	52
3.3.2 Région Ouest	53
3.3.3 Région Sud-est.....	54
3.4 Analyse des résultats	54
3.5 Discussion	55
3.6 critique de la méthode	55
SYNTHESE.....	56
CONCLUSION.....	59
BIBLIOGRAPHIE	61

INTRODUCTION

Dans le cadre des traitements d'orthopédie dento-faciale, des extractions de dents permanentes saines sont aujourd'hui très couramment pratiquées, alors que paradoxalement, les indications de cet acte chirurgical pour raison pathologique deviennent rares.

Le plus souvent destinées à favoriser l'alignement des autres dents, lorsque la place manque sur les arcades dentaires, ces extractions consistent chez l'enfant, à supprimer des prémolaires permanentes, généralement deux à chaque arcade.

Depuis plus d'un siècle, le vaste débat des extractions de dents saines en orthopédie dento-faciale réapparaît de façon périodique à la faveur des congrès. Tous les grands noms de l'orthodontie ont disserté et débattu maintes fois sur ce thème.

Dès le début de l'orthodontie, l'opposition entre extractionnistes et non extractionnistes a porté sur la possibilité ou non d'intervenir sur le déterminisme morphologique des bases osseuses maxillo-faciales. En effet, une alternative thérapeutique aux extractions consiste à réaliser une expansion orthopédique précoce des maxillaires. Les divergences sur ce choix thérapeutique se traduisent par un taux très variable d'extractions en fonction des praticiens.

Ce travail tente d'aborder cette problématique, sous l'angle de la réflexion éthique.

Après avoir rappelé les critères décisionnels sur lesquels se fonde aujourd'hui la décision d'extraire ou de ne pas extraire, nous essaierons de définir les problèmes éthiques soulevés par cette pratique.

Notre travail de recherche consistera dans un premier temps à déterminer à travers la littérature, quelles sont les origines historiques des extractions de dents saines en orthopédie dento-faciale et quelles réflexions éthiques peuvent être formulées à cet égard.

Dans un deuxième temps nous tenterons par une enquête auprès d'adultes, d'appréhender la perception de cette proposition thérapeutique au sein de la population.

Enfin, au cours d'entretiens avec des praticiens, nous essaierons de connaître la situation actuelle et l'évolution du consentement des patients à ces extractions.

A partir des résultats de cette recherche, nous tenterons de montrer dans quelle mesure, la réflexion éthique peut éclairer la problématique des extractions de dents saines permanentes en orthopédie dento-faciale.

DEFINITIONS ET RAPPELS

1 Définition et champs de l'orthopédie dento-faciale

1.1 Définition

L'orthopédie dento-faciale a pour objet le diagnostic et la thérapeutique des troubles du développement et des fonctions du complexe dento-oro-maxillo-facial.

On distingue classiquement :

- Les thérapeutiques orthodontiques, qui ont pour but de déplacer les dents sur les arcades dentaires afin d'optimiser leur position par rapport à la face et par rapport aux autres dents, antagonistes et collatérales.
- Les thérapeutiques orthopédiques qui visent à corriger et à prévenir les malformations des bases osseuses. L'orthopédie s'adresse principalement à l'enfant chez qui elle peut contribuer à optimiser la croissance et le développement au niveau crânio-facial.

1.2 Les aspects sociaux de l'orthodontie

Les anomalies de positions les plus fréquentes sont les « chevauchements » dentaires par manque de place sur les arcades.

50% des enfants entre 5 et 15 ans vus au centre de consultation et de traitement dentaire d'IVRY entre 1977 et 1978 présentaient ce type de malposition.

Une autre étude menée en 1983 – 1984 sur des enfants québécois de 13 et 14 ans donne 50% de chevauchements dentaires, et 32% de position trop antérieure de toute la denture supérieure avec dans 18% des cas un préjudice esthétique dû à des incisives supérieures trop proéminentes. Une étude française réalisée en 1979 sur 80 adolescents de 13 à 18 ans révèle que 54% ont porté un appareil orthodontique.

En terme de coût social, les soins orthodontiques absorbent 0,2% du budget général de la sécurité sociale. La prise en charge de ces soins considérés comme une thérapeutique de « confort », n'a pas été réactualisée depuis de nombreuses années. Les assurances complémentaires et le financement individuel doivent donc suppléer à cette carence. Dès lors l'accès aux soins orthodontiques dépend du niveau social des familles. Ce qui pose un autre problème d'éthique.

2 Généralités sur les extractions dentaires

Jusqu'au début de ce siècle l'extraction était la seule réponse thérapeutique à la carie dentaire et à la parodontite surnommée « déchaussement des dents » car elle expose la racine normalement recouverte par l'os alvéolaire et la gencive.

Aujourd'hui l'indice CAO qui comptabilise par individu le nombre de dents cariées, absentes ou soignées a considérablement diminué.

L'amélioration des moyens thérapeutiques de la carie par des soins conservateurs et des parodontites par la chirurgie et la prophylaxie, a relégué l'extraction dentaire au rang d'acte non exceptionnel mais rare dans un cabinet dentaire.

Alors que la consommation des sucres industriels faisait flamber la maladie carieuse dans les années 1950, conduisant l'OMS à considérer cette pathologie comme un fléau mondial, la fin du vingtième siècle est marquée par une amélioration des techniques de prévention.

Les prescriptions fluorées, dès le plus jeune âge permettent de renforcer la résistance de l'émail aux attaques acides. Les campagnes de sensibilisation au brossage des dents ont créé de nouvelles habitudes d'hygiène. Les dépistages systématiques dans les écoles, les progrès de

l'anesthésie qui rendent les soins moins douloureux sont autant d'incitations aux contrôles dentaires périodiques.

Malgré des différences importantes selon le milieu social et le degré d'instruction, il n'est pas interdit de penser que la majorité des générations futures vieillira avec des dents en bonne santé.

3 Qu'est-ce qu'une dent saine ?

Dans la pensée de Georges CANGUILHEM l'état de santé c'est « *l'innocence organique* » ; une dent simplement asymptomatique pourrait donc être considérée comme saine. C'est un concept qui pourrait intervenir dans la relation patient praticien. Une autre approche consisterait à considérer qu'une dent mal placée n'est pas une dent saine ; mais dans ce cas, il faudrait s'interroger sur l'élément défectueux responsable de cette anomalie, la dent elle-même ou la structure sur laquelle elle repose ?

En pratique, nous parlons de dent saine, lorsque les tissus structuraux et de soutien sont indemnes de lésion.

4 Les extractions dentaires en orthodontie

Il convient de distinguer les extractions de dents lactéales qui sont dites temporaires, de celles des dents permanentes, adultes ou définitives.

L'extraction des dents de lait est indiquée lorsqu'elles persistent sur les arcades au-delà de la date normale de leur chute et se faisant s'opposent à l'éruption des dents permanentes sous-jacentes.

Les indications d'extractions de dents permanentes les plus fréquentes sont les encombrements dentaires : On évalue le manque de place sur les arcades dentaires et on recherche alors les moyens de « gagner » de la place pour aligner et placer correctement les dents en fonction des objectifs thérapeutiques. Ce gain de place peut être obtenu soit en diminuant le nombre de dents par des extractions, généralement quatre prémolaires, soit en augmentant les dimensions des arcades par expansion.

Les extractions de dents permanentes sont aussi utilisées pour mettre en concordance les dents maxillaires et mandibulaires lorsque les arcades présentent un décalage dans le sens antéro-postérieur.

Lorsque les extractions ont été réalisées le traitement consiste à répartir de façon esthétique et fonctionnelle les dents restantes sur les arcades. Les progrès considérables des dispositifs orthodontiques permettent aujourd'hui de parvenir parfaitement à ce résultat.

PROBLEMATIQUE

Notre question de départ était la suivante :

La réflexion éthique peut-elle éclairer la problématique des extractions de dents saines permanentes réalisées dans le cadre des traitements d'orthodontie ?

Par rapport à cette question, nous avons mené dans un premier temps une démarche exploratoire sur les situations de tension que soulèvent la décision d'extraire des dents saines, la perception de cet acte par les patients, et leur consentement.

1 Exploration de la problématique

1.1 **La décision d'extractions en orthodontie.**

La décision d'extraire ou de ne pas extraire s'appuie sur le diagnostic et sur des objectifs thérapeutiques, qui font l'objet d'une information auprès du patient, dans le but de recueillir son consentement.

1.1.1 Critères décisionnels d'extractions de dents permanentes saines en orthodontie

Quels sont parmi les facteurs qui président à la décision de ces extractions ceux qui créés une situation de tension ?

1.1.1.1 Le potentiel de croissance

Il existe une grande différence entre les traitements de l'adulte, pour lequel par définition il n'y a plus de croissance, et ceux de l'enfant dont la situation morphologique est évolutive. Le potentiel de croissance maxillo-facial est généralement estimé à partir de données statistiques.

Plus l'enfant est jeune, plus les inconnus sur l'importance et sur la direction de cette croissance à venir rendent incertain le diagnostic et donc la décision. Pour éviter cet obstacle, certaines « écoles » préconisent de n'entreprendre le traitement que lorsque la majeure partie de la croissance faciale est achevée.

1.1.1.2 L'âge de début de traitement

Plus le traitement est entrepris tardivement moins le squelette facial est malléable et moins les thérapeutiques orthopédiques d'expansions, susceptibles d'éviter les extractions seront efficaces. Les traitements tardifs sont donc promoteurs d'extractions.

1.1.1.3 Les Analyses céphalométriques de profil

Les analyses céphalométriques consistent à tracer sur une téléradiographie de profil de la tête, un certain nombre de points et de plans correspondant à des structures anatomiques précises ; puis à mesurer les valeurs linéaires ou angulaires qui les séparent. C'est en comparant ces valeurs à des normes que s'élabore le diagnostic topographique des structures crânio-faciales et de la position de la denture dans la face. Il existe une multitude d'analyses ayant chacune leur norme.

E. JACOB rapporte les résultats d'une étude comparative des indications d'extractions selon trois méthodes d'analyse céphalométrique. Ces analyses sont celles de trois auteurs américains TWEED, STEINER et RICKETTS. Ce sont les plus couramment utilisées en orthodontie.

Pour un même groupe de patients présentant un encombrement dentaire, le taux d'indications d'extractions était avec l'analyse de TWEED de 73%, avec l'analyse de STEINER de 60%, et avec l'analyse de RICKETTS de 27%

Selon l'analyse qui est utilisée par le praticien, le taux d'extraction est donc très variable.

1.1.1.4 L'esthétique du sourire et du profil

En pratique le motif de consultation le plus fréquent en orthodontie est d'initiative parentale mais d'inspiration sociale dans le but « d'offrir » à l'enfant une denture et un sourire esthétique pour « l'avenir ».

M. A. DESCAMPS fait observer que nos critères occidentaux en matière d'esthétique dentaire ne sont pas partagés par tous les peuples du monde, en particulier par ceux qui ont gardé une culture traditionnelle. L'alignement parfait des dents selon une courbe régulière est essentiellement un modèle occidental.

Par ailleurs, pour fermer les espaces laissés vacants entre les dents après les extractions, il est généralement nécessaire de reculer les incisives vers l'arrière, ce qui a pour conséquence de diminuer le soutien des lèvres dans le sens antéro-postérieur. De ce fait, le profil de fin de traitement est généralement plus concave dans les traitements comportant des extractions.

Pour prendre sa décision d'extractions, le praticien va donc s'appuyer aussi sur sa perception de l'esthétique du profil.

1.1.1.5 L'amplitude de l'expansion thérapeutique nécessaire

L'expansion thérapeutique des arcades dentaires et des maxillaires permet dans certains cas de gagner la place nécessaire pour aligner les dents, et donc d'éviter les extractions.

Selon les « écoles », l'amplitude acceptable de ces expansions, varie dans des proportions très importantes. En effet, pour certains, toute expansion est vouée à la récurrence, elle doit donc être très limitée. Pour d'autres, l'expansion maxillaire précoce s'accompagne d'un remodelage des fosses nasales, permettant une amélioration de la perméabilité des voies aériennes supérieures et ainsi d'éviter les récurrences. D'une façon générale, pour les praticiens partisans des traitements précoces, le taux d'expansion acceptable est plus important.

1.1.2 La décision d'extractions : entre dogme et incertitude

1.1.2.1 Le dogme

L'énumération de ces critères décisionnels, qui comme nous l'avons vu, dépendent de la formation, des convictions et de la perception personnelle du praticien, explique qu'un même patient consultant deux praticiens différents pourra avoir deux propositions thérapeutiques opposées : L'une imposant des extractions, l'autre ne les envisageant pas.

Les différents concepts énoncés, se sont presque érigés en philosophie par référence à leurs maîtres fondateurs :

Ainsi TWEED (Tucson U.S.) préconise les traitements tardifs et le maintien des dimensions initiales des arcades ce qui conduit naturellement à un très grand nombre d'extractions. Son analyse céphalométrique, en augmente aussi la fréquence comme nous l'avons vu dans l'étude de E. JACOB.

RICKETTS (Denver Colorado U.S.) entreprend les traitements dès la petite enfance, dans l'espoir d'optimiser les phénomènes de croissance des arcades dentaires et ainsi de limiter le nombre d'extractions.

Selon leurs origines universitaires, et leurs propres convictions les praticiens adhèrent souvent de façon dogmatique à l'une ou à l'autre des philosophies. Ce qui a conduit à un clivage professionnel entre Tweedistes : extractionnistes et Rickettistes : Non extractionnistes.

Cette situation crée, surtout chez les parents qui consultent plusieurs praticiens pour leurs enfants, un sentiment de doute quant à la valeur scientifique de la décision thérapeutique en orthodontie. C'est le cas notamment, lors des déménagements, qui imposent un changement de praticien.

1.1.2.2 L'incertitude

Cette attitude dogmatique n'est pas partagée par tous les orthodontistes. Pour J. BERNARD, « Le dogme est le pire ennemi de l'éthique ».

En 1993, le congrès de l'Associated Orthodontic Journals of Europe fut entièrement consacré à cette question : «Extraire ou ne pas extraire».

Face aux multiples controverses concernant les indications d'extractions en orthodontie, ce congrès tenait lieu en quelque sorte de conférence de consensus. Il révéla surtout beaucoup d'incertitudes.

Pour H. S. DUTERLOO. (Maastricht) : « *Les cliniciens prennent des décisions intuitivement. L'intuition clinique est constituée par l'importante mémoire des probabilités antérieures. (...) La probabilité de succès ou d'échec de la plupart des décisions n'a pas été déterminée scientifiquement* ».

Jean BERNARD affirme que « *tout ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique* »

Paul W. STOCKLI. (Zurich) précise dans son intervention : « *Les concepts oscillent comme des pendules au gré des préférences des personnalités faisant autorité en la matière. (...) Pour notre malheur, même des aspects légaux ont commencé à influencer le processus décisionnel. Ceci a conduit, entre autres, à la renaissance de concepts thérapeutiques qui promettent des solutions sans extractions, même pour des cas présentant un encombrement dentaire extrême.* »

Enfin, Juan CANUT (Madrid) remarque que « *Les orthodontistes, confrontés à la notion artistique et subjective de la beauté, développent leur propre conception, fondée, en général, sur certaines philosophies ou techniques et l'imposent à leurs patients.* »

Ce conférencier madrilène est le seul sur les quatorze présents à s'interroger sur le sens de la thérapeutique orthodontique. Pour Florence WEBER la réflexion en éthique médicale est de l'ordre du « sens » et non du « faire ».

La lecture de l'ouvrage tiré de ce congrès montre que les exposés de la majorité des quatorze intervenants, tous de réputation internationale, se placèrent essentiellement sur le plan de la pratique orthodontique. L'aspect éthique des extractions dentaires ne fut pratiquement pas abordé.

1.2 La perception des extractions orthodontiques par les patients

1.2.1 La réduction du capital dentaire

Les extractions dentaires sont-elles perçues comme une mutilation ?

FOSTER dans un essai d'élucidation de la notion de la maladie dans les sociétés non occidentales aboutit à la distinction entre deux types de systèmes médicaux ; dans les premiers, la maladie résulte de l'intervention active d'un agent humain ou non humain (ancêtre, esprit ou divinité) : les traitements visent alors à repousser l'agression, à extirper le mal. Dans les seconds, la maladie consécutive à un déséquilibre humoral exogène, exige un traitement palliatif ou mieux préventif. Ce dernier correspond aux conceptions hippocratiques et conduit au modèle anatomo-physiologique. Les procédures thérapeutiques reposent alors sur des méthodes additives par apport à l'organisme et soustractives par ablation des organes pathologiques.

Pour M. ERLICH, la perte d'un organe ou d'une quelconque partie du corps peut être ressentie comme un deuil. Le Talmud prescrit d'ailleurs impérativement d'enterrer un membre amputé. Pour EARLE, l'amputation est souvent vécue sur le mode punitif, à la manière d'un châtiment. Lorsqu'il s'agit d'un organe visible elle devient un équivalent de castration qui s'exprime par des perturbations psychologiques souvent démesurées en regard de l'impotence fonctionnelle qu'elle entraîne.

Pour M.A. DESCAMPS «*Des altérations de l'image du corps sont présentes dans de nombreux troubles mentaux.* »

ISRAEL et HERRERA rapportent le cas d'une mère victime de troubles psychiques graves après que des extractions orthodontiques, auxquelles elle avait consenti, aient été pratiquées chez sa fille.

1.2.2 L'acte chirurgical

MOSER pense que de nombreux actes à caractère curatif comme « les interventions des dentistes » sont perçus sur le mode de l'agression

COLEMAN, a propos des amygdalectomies, est l'un des premiers ORL à mettre l'accent sur les conséquences psychologiques préjudiciables de l'agression chirurgicale chez l'enfant, génératrice selon lui d'intenses et durables réactions phobiques et persécutives contre le corps médical. A notre connaissance aucune étude du même ordre n'a été menée sur les extractions thérapeutiques en orthodontie.

1.3 Le consentement des patients aux extractions

1.3.1 Le consentement

Comme nous l'avons précisé en introduction, les extractions en orthodontie sont aujourd'hui des actes courants et socialement admis. Dans 80% des cas, cet acte est réalisé chez des mineurs, et le consentement du point de vue du droit appartient à l'autorité parentale.

« Un patient âgé de moins de dix huit ans ne saurait valablement s'engager juridiquement. En pareil cas, le praticien doit s'adresser au titulaire de l'autorité parentale à qui la loi a conféré le devoir de protéger la santé de l'enfant » (Code civil article 371-2).

Dans les familles légitimes « l'autorité parentale appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé (...) » (Code civil article 371-2 alinéa 1).

C'est donc généralement aux parents qu'il appartient de consentir ou de refuser les extractions proposées. Cependant la déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe (OMS Europe, Amsterdam 1994) stipule que le consentement du patient mineur doit toujours être recherché.

Certains juristes s'interrogent sur la bizarrerie qu'il y a en France à admettre qu'un jeune de 15 ans est apte à prendre des décisions relatives à sa vie sexuelle (contraception), et incapable de faire lui-même ses choix de santé. Ils proposent qu'au-delà de 13 ans le consentement éclairé du mineur puisse être recueilli et garanti comme celui d'un adulte.

En matière de soins orthodontiques, vu le caractère non urgent et non vital de ces soins, et la nécessité de s'assurer de la coopération de l'adolescent pour la réussite du traitement, on peut penser qu'il est prudent de ne pas s'engager dans un traitement prévoyant une prescription d'extractions lorsque ce dernier s'y montre profondément opposé.

« C'est surtout dans l'exigence du caractère nécessaire de l'opération qu'est illustrée la condition de licéité. » A. BERY. Quel caractère de nécessité pourra-t-on attribuer à des extractions de prémolaires saines en cas de litige ?

La présence d'un seul des deux parents lors de la consultation pose-t-elle un problème quant au consentement aux extractions ?

L'augmentation de la fréquence des familles monoparentales rend cette question plus prégnante aujourd'hui.

L'article 372-2 du code civil stipule « A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des époux est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant. »

Pour A. BERY « En cas de doute sur la nature usuelle de l'acte, la sécurité juridique commande d'exiger l'accord conjoint des deux époux. (...) En effet, peut-on considérer que l'extraction de quatre prémolaires, dans le cadre d'un traitement d'orthodontie, soit un acte usuel, bien que cette prescription soit communément admise ? Qu'en sera-t-il si un des parents,

a posteriori, refuse cette indication. Nous risquons de nous retrouver sur le terrain de l'atteinte à l'intégrité du corps humain. A tout le moins, l'article 372-2 du code civil exige que le praticien sursoie à toute exécution quand il est informé d'un désaccord existant entre les parents de l'enfant. »

On peut s'interroger malgré tout, sur l'influence que pourraient avoir les médias sur l'expression des refus d'extractions, devenues une pratique socialement admise

1.3.2 L'information

1.3.2.1 Contenu de l'information

La charte européenne des enfants hospitalisés (13 mai 1986) affirme pour les cas de soins le « droit de l'enfant à recevoir une information adaptée à son âge, son développement mental, son état affectif et psychologique, quant à l'ensemble du traitement médical auquel il est soumis. »

Le code de déontologie médical dans son article 42 précise « le mineur lui-même doit être informé lorsqu'il est en état de comprendre et de « supporter » l'information.

Le terme d'information adaptée ou appropriée (code de déontologie art. 35) prend ici toute son importance. Pour RUBIN, beaucoup d'enfants sont incapables de se transposer dans l'avenir ; l'argument « tu auras de belles dents plus tard est rarement efficace ».

Pour A. BENUWT « *Il y a fréquemment conflit entre ce que pense le praticien et ce que pense le patient* »

« *L'information doit porter sur la nature et les conséquences de la thérapeutique proposée ainsi que sur les alternatives thérapeutiques éventuelles* ». Cette précision du haut conseiller SARGOS pose deux questions :

L'orthodontiste avant la prescription des extractions doit-il informer le patient ou son représentant légal des risques toujours possibles de récurrence ?

Le praticien qui a élaboré sa thérapeutique sur ses convictions doit-il, lorsqu'il perçoit que la proposition d'extraction pose un problème au patient indiquer les alternatives thérapeutiques que lui-même ne souhaite pas exécuter ?

1.3.2.2 La preuve de l'information

Depuis l'arrêt Hedreul du 25 février 1997, c'est au praticien d'apporter la preuve qu'il a bien informé son patient. L'arrêt du 14 octobre 1997 indique que la preuve de l'information peut être faite par tous moyens. Cependant en cas de litige la présence d'un document écrit facilitera la production de cette preuve.

A. BERY propose un modèle de contrat de soins d'orthopédie dento-faciale rédigé dans ces termes « *Après que M. Mme ... agissant en tant que représentant légal de l'enfant ... ait (ent) donné son consentement éclairé consécutivement à toutes les informations, indications et contre indications qui lui ont été données et exposées...* »

2 Formulation de la problématique

L'exploration de notre problématique nous a permis d'appréhender, dans les critères qui prévalent actuellement dans la décision d'extraire des dents permanentes saines en orthodontie, des situations de tension qui suscitent une réflexion éthique. La première partie de notre recherche, aura pour but à travers une étude bibliographique, de mettre en évidence les fondements historiques de cette décision ; et de les mettre à l'épreuve des principes éthiques de la bienfaisance. En d'autres termes, nous tenteront de répondre à la question.

Quelles réflexions éthiques peut-on mener par rapport aux origines historiques de la décision d'extraire des dents saines permanentes en orthopédie-dento-faciale ?

La perception de cet acte chirurgical par l'enfant qui le subit et par les parents auxquels elle est proposée, n'a fait l'objet à notre connaissance d'aucune étude spécifique.

La deuxième partie de notre recherche aura donc pour but de répondre par une enquête auprès des patients à la question :

Quelle est la perception des patients et des parents face à cette proposition d'extractions de dents saines ?

Enfin, au cours d'entretiens avec des praticiens, sur la situation actuelle du consentement des parents aux extractions, nous essaierons de répondre à la question.

Quelle est la situation du consentement aujourd'hui, face à une proposition d'extractions thérapeutiques ?

LA RECHERCHE

1 Recherche bibliographique sur des fondements historiques des extractions des dents saines permanentes réalisées en orthopédie dento-faciale.

« On ne connaît bien une science que lorsqu'on en connaît l'histoire » Auguste COMTE

1.1 Méthodologie:

Au cours de notre recherche bibliographique, nous avons consulté diverses sources tel que « Medline », et « Bibliodent.univ-lille2 ». Cette base de donnée est spécifique aux sciences odontologiques.

Nous avons consulté les rapports des différents congrès de la Société française d'Orthopédie dento-faciale. Cette société scientifique créée à Lyon en 1921, est reconnue par l'ensemble de la profession pour sa probité et son pluralisme. Les rapports les plus anciens que nous avons pu nous procurer sur notre problématique datent de 1948.

Nous avons aussi consulté également les revues :

- Américaines: American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics Angle orthodontics, journal clinics orthodontics.
- Européennes : European journal orthodontics
- Française : Revue d'orthopédie dento-faciale

Les éditions successives du livre de CHATEAU, dont la plus ancienne date de 1950, nous ont permis d'avoir une vue précise de l'évolution des techniques et des concepts orthodontiques en France depuis le milieu du siècle. De même, les ouvrages des français IZARD (1950), BENAULT, THEUVENY et des américains RICKETTS, GRABER, GEOFFRION nous ont éclairé dans cette revue historique.

Nous nous sommes efforcés d'analyser ces textes, non pas sur le plan des techniques orthodontiques, mais sur le plan des réflexions éthiques que soulèvent ces pratiques.

1.2 Résultats :

Nous avons identifié trois pôles, qui d'un point de vue historique pourraient être à l'origine de la décision d'extractions de dents permanentes et qui suscitent une réflexion éthique :

- L'omniprésence des récidives des encombrements dentaires tout au long de l'histoire orthodontique.
- L'insuffisance d'une approche globale de l'étiologie des dysmorphoses dento-maxillo faciales.
- Le développement de nouveaux moyens thérapeutiques.

1.2.1 L'omniprésence des récidives tout au long de l'histoire orthodontique

Depuis les origines de l'orthodontie jusqu'à nos jours, cette question des récidives a préoccupé les cliniciens et interrogé toute la profession : c'était encore en 1999, le thème du congrès de la Société française d'Orthopédie dento-faciale.

La recherche des causes de ces récidives, en particulier celles qui concernent les chevauchements dentaires, a mobilisé beaucoup d'énergie et suscité de violentes oppositions.

En 1930, aux Etats unis, C. TWEED (Chicago) est l'élève le plus proche d'E. H. ANGLE opposé de manière presque dogmatique aux extractions. TWEED publie lui-même un plaidoyer contre les extractions en 1932.

Quatre ans plus tard, face aux multiples récurrences de ses propres traitements et de ceux de son maître qui est décédé entre temps, il développe devant la société ANGLE l'antithèse : « *Les extractions peuvent et sont souvent nécessaires* ». Il reprend dès 1936, le traitement de cent patients initialement traités sans extraction, en pratiquant des extractions. Il attribue ainsi ses échecs à la position de son maître vis à vis des extractions. Les cas retraités semblent plus stables. La documentation clinique de ces cent cas est aujourd'hui toujours visible à la fondation TWEED (Tucson U.S.). Déçu des thérapeutiques d'expansions d'ANGLE, responsables selon lui des récurrences, TWEED préconise de placer les dents dans une position d'équilibre, sur les bases osseuses. Il développe le concept de position « *limite de la denture* » dans la face. Pour le guider dans cette démarche thérapeutique, il crée une analyse céphalométrique répondant à ces normes.

En France, le congrès de 1948, dont les organisateurs C.P. TACAÏL et L. MULLER, privilégient l'approche fonctionnelle, montre une opposition presque consensuelle aux extractions.

Au cours de son exposé, lors de ce congrès, O'MEYER s'oppose avec véhémence aux extractions ; douze ans plus tard, alors qu'il est le rapporteur de la question mise en discussion au congrès de 1960 : « *Indications thérapeutiques des extractions de premières prémolaires* », il prône avec vigueur les extractions. Il a suivi entre temps une formation « post graduée » à la fondation TWEED aux Etats Unis. Il fait part de son admiration pour la documentation clinique américaine, et défend à présent les thèses de la fondation. Son rapport est l'objet de nombreuses critiques, en particulier des fonctionnalistes français qui restent en majorité, opposés aux extractions :

J. SOLEIL, Président de la SFODF en 1960, affirme que « *la récurrence ne doit pas être un argument pour extraire, mais pour s'interroger sur le diagnostic et la méthode* » et plus loin citant les propos d'O'MEYER lors du congrès de 1948, il ajoute « *à propos des atresies maxillaires avec insuffisance respiratoire, l'extraction aura un résultat certain, comme l'a rappelé jadis O'MEYER au congrès de 1948 : l'aggravation de l'atresie.* »

Un grand nombre d'orthodontistes préoccupés par leurs récurrences vont suivre l'exemple d'O'MEYER. Beaucoup feront le déplacement aux Etats Unis et, suivront une formation à la fondation Tweed.

PROFFIT rapporte que le pourcentage de traitements avec extractions était de 10% en 1953 en France et de 50% en 1963. On peut penser que la forte augmentation du nombre d'extractions au cours de cette décennie peut être attribuée, en partie tout au moins, à l'influence américaine de TWEED.

Dès les années 80, LITTLE et RIEDEL de l'université de l'état de Washington publient les résultats de plusieurs études statistiques verticales, (1975, 1981, 1988, 1989, 1990, 1996) dont l'objectif était d'évaluer la stabilité des résultats thérapeutiques à court, moyen et long terme.

Le constat est affligeant : L'examen de patients traités avec extractions de prémolaires révèle que seuls 10 à 30% des cas selon les études, conservent un alignement dentaire cliniquement satisfaisant 10 et 20 ans après la fin traitement. Doit-on en déduire que l'analyse de TWEED était fautive et que malgré toutes ses observations et sa documentation clinique, les récurrences n'étaient pas dues au conservatisme de ANGLE ?

1.2.2 L'insuffisance d'une approche globale de l'étiologie des dysmorphoses dento-maxillo faciales.

R. KOURILKY, pneumologue français, chargé de la leçon inaugurale du congrès de 1948 conclut son exposé par une perspective nouvelle pour l'orthodontie : « *Le remodelage à distance des cavités nasales par l'action sur les maxillaires, selon le principe même de l'orthopédie dento-faciale conservera ses droits (...) il constituera pour le pneumologue et pour le malade un véritable bienfait physiologique* ».

Il est surprenant qu'une telle affirmation, de la part d'un pneumologue de renom, n'ait pas suscité plus d'enthousiasme au sein de la profession.

Ce thème ne sera repris par aucun conférencier en 1949. De NEVREZE pourtant, lors du congrès de 1960 estime : « *Au point de vue mécanique, nous avons trouvé un maximum de moyens pour amener les dents en position normale et esthétique. Mais c'est dans le traitement médical que nous devons rechercher les moyens d'éviter les récives.* »

Lors de ce même congrès, POTTIER opposant les extractions, aux biens fait d'une expansion maxillo-nasale bien conduite affirme « *il est un fait certain, c'est qu'aucune mauvaise respiration nasale ne résiste à un traitement orthopédique bien mené.* »

Une telle affirmation, sera traitée par la dérision dans la réponse aux argumentateurs d'O'MEYER et, ne fera l'objet d'aucune question de la part de l'auditoire.

Pour assurer la stabilité toujours hypothétique, des traitements, la majorité des recherches s'oriente vers de nouveaux critères diagnostiques et de nouveaux objectifs de traitement, toujours plus normatifs.

D. BOUVARD décrit l'évolution des objectifs de traitements en cinq périodes :

Les tentatives thérapeutiques initiales avaient pour unique finalité, l'amélioration de l'aspect du visage. Ce fut la période de *l'orthodontie esthétique*.

Puis la notion de normalité est introduite par la description des différents articulés dentaires, selon la classification définie par ANGLE. C'est la période *occlusionniste*

CASE en 1929, rapproche les caractères de la denture de ceux de la face, c'est la période *anthropométrique*. Il est à remarquer que, au fur et à mesure que les idées évoluent, le nombre des conditions à remplir pour être « normal » augmente. Ce phénomène va s'amplifier pour culminer lors de la phase suivante :

Les travaux de BROADBENT, BRODIE définissent sur les téléradiographies de profil des points, des plans, des angles... C'est la période *céphalométrique*.

L'évolution actuelle, nous conduit à la période *morphologique* : Savoir donner aux chiffres l'importance qu'ils ont.

Les remarques de R. KOURILKY de 1948 sur les bénéfices fonctionnels de l'orthopédie dento-faciale, n'ont donc été repris en compte dans les objectifs de traitement que par quelques orthodontistes, de grande notoriété, mais minoritaires à l'époque.

1.2.3 Le développement de nouveaux moyens thérapeutiques

Nul doute que l'arrivée aux Etats Unis d'abord, puis en Europe, des dispositifs fixés sur les dents vont faciliter la précision des déplacements dentaires.

GRABER dans un chapitre de son livre intitulé, « *Extraction in conjunction with orthodontic therapy* » rapporte les difficultés de ses confrères à obtenir des déplacements dentaires parallèles, c'est à dire sans version, en particulier après extractions, pour fermer les espaces et reculer les incisives. La mise au point de verrous métalliques (Edgewise) fixés sur les dents et dans lesquels coulisent des fils de même section, va permettre d'effectuer ces déplacements.

Cette technique arrive en France avec un certain retard. Et alors que TWEED, en 1936, reprend ces traitements en pratiquant des extractions avec le succès que l'on connaît ; en France en 1948, C.P. TACAÏL fait part de ses difficultés à mener à bien sa thérapeutique, lorsque par exception des extractions ont été réalisées.

Pour De COSTER (1948) les « *techniques fixes* » retardent la date de début de traitement et à propos de l'appareillage d'ANGLE, il remarque « *à cause de son appareillage il avait besoin de toutes les dents définitives.* ». Or, Pour J. SOLEIL (1960) « *C'est le traitement tardif qui motive les avulsions, plus que l'indication réelle.* ». Les techniques fixes ont donc une incidence indirecte sur le nombre d'extractions en retardant le début du traitement.

On peut penser que le développement de ces nouveaux moyens thérapeutiques, a participé à l'augmentation de la fréquence des extractions rapportée par PROFFIT entre les années 50 et 60.

1.3 Discussion

L'identification de ces trois pôles, qui ont contribué historiquement au développement des extractions thérapeutiques en orthodontie nous amène à formuler un certain nombre de réflexions.

1.3.1 récidives et extractions

L'interprétation de TWEED, des causes de ses récidives, remise en cause a posteriori par les travaux de LITTLE et RIEDEL, pose le problème de la valeur épistémologique des observations, et des modèles de raisonnement sur lesquels repose la décision médicale. La conviction profonde peut conduire à l'erreur. Ces extractions pourraient être considérées par les patients dont le traitement a récidivé, comme des amputations « futiles » voire, une atteinte à l'intégrité du corps humain.

Lorsque Louis PASTEUR recherche le germe responsable de la rage, il essaie de le cultiver sur un milieu chimique. Mais il s'agit d'un virus et pasteur ne le sait pas, il aurait fallu utiliser un milieu vivant. Les modèles reposent nécessairement sur l'état des connaissances du moment et, on ne conçoit que ce qu'on peut nommer.

Karl POPPER oppose l'empirisme de l'école philosophique anglaise de Bacon, et de Stuart Mill, au rationalisme ou intellectualisme continental de Descartes, Spinoza et Leibniz. La première soutient que le fondement ultime de toute connaissance, c'est l'observation, tandis que la deuxième affirme que c'est la vision intellectuelle des idées claires et distinctes.

Au premier rang de l'approche normative en orthodontie on trouve les valeurs céphalométriques. L'analyse et les normes définies par TWEED légitiment en quelque sorte sa position thérapeutique. HAZEBROUCQ rappelle qu'on crée généralement des modèles pour faciliter la compréhension ; mais comme le modèle n'est pas l'objet, l'image radiologique n'est pas l'organe.

Pour D. BOUVART prendre ces chiffres comme objectif, et non comme référence peut être responsable de nouveaux comportements, de nature à modifier la notion de responsabilité médicale. Ne pas en assurer la protection serait pour un praticien une faute lourde. L'application systématique et aveugle de normes diagnostiques et thérapeutiques conduit directement à deux écueils majeurs :

Le travail selon des normes diminue la capacité de perception du professionnel qui se trouve en quelque sorte stérilisé.

L'exercice de la médecine dans ce cadre étriqué est nécessairement peu adapté, voire nuisible et constitue donc une transgression au principe du *primum non nocere*.

Le but est de définir le type normal : tout ce qui s'éloigne de ce type, est anormal et doit être corrigé.

Les extractions ayant pour particularité de réduire le prognathisme facial en aplatissant le profil, C.P. TACAÏL lors du congrès de 1960, fait état d'une justification des extractions outre atlantique par « *aversion pour les profils nègres* ». Nous n'avons trouvé aucune publication américaine authentifiant cette assertion.

En France la morale médicale s'appuie sur la morale téléologique du bien comme une approximation toujours inachevée, objet de la délibération Aristotélicienne ; mais aussi sur le principe déontologique KANTIEN : « *L'homme est une fin jamais un moyen.* » C'est l'impératif catégorique par la pensée universalisante de la loi posée par la raison.

Emmanuel LEVINAS défend le principe de responsabilité vis à vis d'autrui dans une pensée humaniste du : « Hors de soi pour l'autre ». Le pouvoir suppose la responsabilité, que l'on

pourrait traduire dans notre problématique par : Mon action thérapeutique est-elle réellement bénéfique pour mon patient, ne lui fait-elle pas courir un risque.

L'orthodontiste, qui pose l'indication d'extractions doit le faire, dans ce sentiment de responsabilité pour l'autre. « Cet autre qui peut être différent de moi, dans ses convictions et dans ses aspirations, n'est là ni pour mon pouvoir, ni pour ma curiosité, ni pour mon bonheur. Il est lui, il est l'autre » nous dit LEVINAS. C'est le concept du respect de l'altérité et le principe de « *responsabilité sans réciprocité* » qui conduit à la transcendance de la relation humaine.

Hans JONAS conçoit ce principe de responsabilité vis à vis d'autrui en « pariant sur l'improbable comme toujours possible ». Il prône une « *heuristique de la peur* » à l'égard des plus faibles et des plus fragiles.

Cette conception appliquée à notre problématique peut nous conduire au principe de précaution. Les extractions en orthodontie se plaçant souvent dans un contexte de décision médicale « *en situation d'incertitude* », comme l'indique la remarque de DUTERLOO « ...*La plupart des décisions n'a pas été déterminée scientifiquement* » devons-nous dans le respect de ce principe de précaution, appliquer un moratoire sur ces prescriptions ?

Pour C. HERVE, au principe de précaution, qui conduit à l'immobilisme, il faut préférer le principe de vigilance par l'évaluation et le contrôle a posteriori et par la révision des valeurs et des modèles de raisonnement.

1.3.2 Approche globale des dysmorphoses dento-maxillo-faciales

Le rôle des perturbations fonctionnelles, dans la survenue des dysmorphoses dento-maxillo-faciales a sans doute été mésestimée depuis l'aube de l'orthodontie.

Pourtant, de nombreux auteurs : ROBIN, MACARY, LINDER ARRONSON, CHASSIGNOL, BROADBENT, TALMANT ont démontré dans leurs travaux, l'existence des interrelations entre la pathologie respiratoire, en particulier nasale, et la survenue des malformations des maxillaires.

GALLIEN (150 après JC), rapproche les anomalies de positions dentaires de celles de la face et du dysfonctionnement nasal : « *Les dents sont souvent placées irrégulièrement, de telle façon que celles du haut ne correspondent pas à celles du bas, notamment chez les individus dont la face présente une forme particulière et qui ont une tendance marquée à faire de la suppuration par les narines.* » II.

E. ANGLE, pionnier de l'orthodontie moderne aux états unis, écrivait déjà au début du siècle : « Il existe peu de chance de réussir, si nous ne parvenons pas à éliminer les troubles fonctionnels. »

CHASSIGNOL de l'université de Lyon, dès 1956, s'efforce de mettre en évidence une relation entre les insuffisances respiratoires nasales, et les déficits de développement transversal à la fois de la voûte du palais, et du plancher des cavités aériennes supérieures.

TIMMS en Angleterre (1884,1986,1987,1989) observe des améliorations considérables de la perméabilité nasale chez l'enfant, à la suite de traitements orthopédiques d'expansion transversale du maxillaire supérieur.

P. GRAY, o.r.l aux états unis rapporte en 1987, des faits similaires chez des enfants atteints de rhinite allergique.

Pour QUENEAU, La médecine a pour but de « *guérir, améliorer, soulager, accompagner* ». Les extractions dentaires en orthopédie dento-faciale permettent de soulager le patient de la souffrance d'un sourire disgracieux. Elles améliorent les conditions de mastication par une meilleure occlusion dentaire. Mais conduisent-elles à la guérison ?

Pour J.TALMANT, les récidives ne sont en fait que la réapparition des symptômes d'une pathologie chronique, que la thérapeutique orthodontique avait masquée pour un temps.

Nous avons personnellement observé sous la direction de J. TALMANT et en collaboration avec le service de pédiatrie du CHR de NANTES, des améliorations significatives des mesures spirométriques chez des enfants asthmatiques après expansion maxillaire.

J. H. OGURA o.r.l, (U.S.) dans ces travaux publiés 1971, avait décrit cette simultanéité des améliorations de la perméabilité nasale et bronchique chez l'asthmatique.

Dans ses publications les plus récentes, J.TALMANT (1992, 1994, 1998, 1999, 2000,) démontre comment les adaptations posturales destinées au niveau facial, à compenser les troubles de la perméabilité nasale, vont être à l'origine des dysmorphoses.

Pour Georges CANGUILHEM, la maladie est réellement une « *autre allure de la vie* ». Cet autre état implique l'ensemble de l'organisme au sein duquel, « *toutes les fonctions sont interdépendantes et tous leurs rythmes sont accordés.* »

Peut être faut-il s'interroger sur la séparation trop précoce de la formation des dentistes de celle des médecins, qui ne donne pas aux premiers une vision suffisamment globale de la santé. M. A. Descamps remarque que « *Le morcellement du corps médical reproduit celui du corps médicalisé. L'on aboutit à la médecine d'organe. La taxinomie indéfinie et morcelante se répercute dans les spécialisations des médecins* ».

A propos de l'établissement du plan de traitement A. BERY précise : « *L'orthodontiste doit le fonder sur la meilleure connaissance de la pathologie, mais en outre, sur la parfaite maîtrise de l'art dentaire avec la conscience des limites de sa compétence.* »

1.3.3 Nouveaux moyens thérapeutiques

Face au développement de nouveaux moyens thérapeutiques, il importe de renforcer les procédures d'évaluation telle que B. GRENIER l'indique en terme d'efficacité, d'efficience et d'adéquation aux désirs de la personne. Ces moyens ne doivent modifier les décisions thérapeutiques, que dans le sens d'un bénéfice réel pour le patient. Car comme le rappelle HEIDEGGER « à quoi sert le progrès, s'il ne sert pas le bonheur de l'homme ».

Pour M.H. PARIZEAU « L'enjeu ultime d'une éthique de la recherche est d'humaniser la technique et la science et non d'instrumentaliser l'être humain »

Parallèlement, toute une industrie va se développer, en particulier outre atlantique, pour répondre à ces nouveaux besoins des orthodontistes, mais va aussi augmenter le coût des traitements. C. HERVE souligne « *La réflexion s'inscrit dans cette problématique, celle de la réalisation d'actes, quelques fois agressifs, sur la personne et sur le corps humain, même réalisés pour un mieux être, toujours hypothétique, ne peut laisser indifférents, d'une part, ceux qui font les actes, les praticiens, mais aussi, ceux qui les permettent, les industriels.* ».

Pour BENAUWT, la complexité de ces techniques va « disqualifier » les omnipraticiens qui pratiquaient l'orthodontie. En effet, pour O'MEYER le manque de formation à la mise en œuvre de ces nouveaux moyens mécaniques, est responsable des mauvais résultats obtenus dans les traitements avec extractions. Lors de son allocution au congrès de 1960, il appelle de ses vœux la création d'une spécialité à part entière avec une formation spécifique universitaire à l'issue du cursus classique des études dentaires.

Cette spécialité et un cursus universitaire spécifique de quatre ans seront créés par arrêté ministériel le 20 avril 1977.

2 Enquête auprès d'adultes sur la perception des extractions de dents saines en orthopédie dento-faciale

Dans la bibliographie que nous avons étudiée, la perception des extractions par les patients n'est jamais abordée. Cette absence témoigne sans doute, du caractère majoritairement paternaliste de la relation patient praticien, qui régnait en France au cours des années sur lesquelles a porté notre recherche.

La deuxième partie de notre méthodologie, basée sur une enquête auprès des patients, permettra peut être d'évaluer la situation de cette relation aujourd'hui.

2.1 Objectifs :

Cette enquête se place en dehors de toute considération sur les indications thérapeutiques des extractions.

Nos objectifs sont :

- De recueillir en dehors du cadre d'une consultation médicale, les réflexions que suscitent chez des adultes, les extractions de dents saines proposées au cours d'un traitement orthodontique soit pour eux-mêmes soit pour leurs enfants.
- D'analyser les sources de leur perception, positive ou négative vis à vis de cette proposition thérapeutique.

A cet effet, elle a été réalisée dans un environnement non médical pour éviter l'effet médecin communément appelé effet « blouse blanche » .

2.2 L'enquête

Nous avons choisi la méthodologie de l'enquête directe au moyen d'un questionnaire remis et collecté au cours d'une réunion publique.

Avant d'entreprendre toutes démarches, nous avons pris contact avec le président du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens dentistes du Maine et Loire, lieu de notre exercice libéral et de Loire Atlantique, lieu de l'enquête, pour les informer de nos intentions d'entreprendre ce travail de recherche et de notre méthodologie.

Ce n'est qu'après leur accord que nous avons poursuivi notre travail.

2.3 Recherche d'un échantillon représentatif

Nous avons sollicité différentes associations départementales :

Le Comité départemental d'éducation pour la santé n'a pu répondre à notre demande. Ce comité n'a ni adhérent ni fichier. Il est peu probable que le simple affichage dans ces locaux d'une information sur la réunion que nous projetions nous ait permis d'obtenir notre échantillon.

La fédération des conseils de parents d'élèves (FCPE), la seule à avoir répondu à notre courrier nous proposait pour sa part de soumettre cette étude aux membres du bureau fédéral départemental. Les douze personnes de ce bureau, en majorité parents d'enfants scolarisés, nous ont semblé peu représentatives et constituant un effectif trop faible.

Sur les conseils de C. HERVE, nous avons pris contact avec le directeur de l'Union Départemental des Associations Familiales (UDAF) de Loire Atlantique qui a tout de suite accédé à notre requête.

Les UDAF ont été créées en 1940 sous l'occupation allemande. Mais c'est l'ordonnance du 3 mars 1945 et la loi du 11 juillet 1975 qui leur ont conféré le caractère institutionnel de représentation de toutes les familles dans chaque département. Ainsi ce sont les UDAF qui défendent les familles au sein de la Caisse d'Allocation Familiale, des CPAM et de bien d'autres

institutions. Les UDAF ont entre autres aussi pour mission la gestion des tutelles. En Loire Atlantique, L'UDAF regroupe 142 associations familiales, soit 27000 familles adhérentes. Les vocations des associations fédérées sont très diverses : Union des familles laïques, Fédération départementale des associations familiales catholiques, Association syndicale des familles monoparentales etc.

J'ai exposé lors d'une entrevue avec Monsieur HOTTON, directeur de l'UDAF mon projet. Toujours à la recherche d'informations susceptibles d'intéresser les familles, ce dernier m'a proposé de réserver une salle pour cette réunion-enquête et de charger une de ces collaboratrices de la diffusion auprès des associations. Un mailing avec coupon réponse a été adressé à toutes les associations du département et une annonce a été insérée dans les bulletins d'information des différentes associations. (en annexe)

2.4 Le questionnaire

2.4.1 Description

Le questionnaire présenté en annexe, se divise en trois parties :

La première partie est commune à l'ensemble de l'échantillon (feuillet 2/7)

Elle renseigne sur le sexe et la profession de la personne et pose deux questions :

- La première sur la perception des extractions dentaires pour raison pathologique.
- La deuxième sur les extractions de dents de sagesse.

La suite de l'enquête se divise elle-même en deux parties, et concerne la perception des extractions de dents saines permanentes en orthodontie.

Il nous a semblé très important, de distinguer la perception des extractions d'une personne qui l'a vécu, de celle qui l'imagine. De même, lorsque c'est l'enfant de la personne enquêtée qui est en cause, cette perception est sans doute très différente. Ceci nous a amenés à distinguer :

- Un traitement destiné à l'adulte (questionnaire N°1 ou N°2).

Les questions sont posées dans le sens d'un traitement orthodontique réel ou supposé destiné à la personne qui répond.

Si elle a bénéficié de soins orthodontiques dans le passé, elle répondra au questionnaire 1 (feuillet 3/7), sinon au questionnaire 2 (feuillet 4/7).

- Un traitement destiné à l'enfant (questionnaire N°3 ou N°4).

Les questions sont posées dans le sens d'un traitement destiné aux enfants du sujet enquêté.

S'il n'a pas d'enfant ou si aucun de ses enfants n'a eu de traitement orthodontique, il répondra au questionnaire 3 (feuillet 5/7), si un de ses enfants a eu ou est en cours de traitement, il répondra au questionnaire 4 (feuillet 6/7 et 7/7).

Dans les quatre questionnaires ainsi définis, les sept dernières questions sont les mêmes. Elles concernent :

- L'existence ou non d'une interrogation à l'annonce de la nécessité d'extraire des dents saines pour réaliser un traitement.
- La nature de cette interrogation.
- L'influence sur cette interrogation du fait qu'il s'agisse de dents saines.
- Le nombre d'extractions acceptables.
- Les arguments thérapeutiques susceptibles d'influencer le consentement
- Le souhait ou non d'un deuxième avis thérapeutique.
- Les motifs d'une absence d'interrogation à l'annonce de la nécessité d'extraire des dents saines pour réaliser un traitement.

Par ailleurs :

Le questionnaire 1 pose quatre questions sur le vécu orthodontique de la personne enquêtée pour savoir en particulier s'il a été nécessaire de lui extraire des dents saines.

Les questionnaires 1 et 2 posent une question par rapport au degré de satisfaction de l'état dentaire actuel de la personne.

Le questionnaire 3 pose la question de l'âge auquel les parents envisageraient de consulter, si un avis orthodontique leur semblait nécessaire pour leur enfant.

Le questionnaire 4 pose la question de l'âge effectif du début de traitement de l'enfant concerné et de l'existence ou non d'extractions prescrites au cours de ce traitement.

Ce questionnaire a été testé au préalable sur cinq personnes proches n'appartenant pas aux professions médicales.

2.4.2 Etude critique

Le questionnaire dans son ensemble a été perçu comme long à remplir. Chaque personne devait répondre en moyenne à 20 questions.

Les questions ont été comprises et la formulation adaptée.

Cependant, un adulte présent était en début de traitement orthodontique, ce cas n'était envisagé ni par le questionnaire 1, ni par le questionnaire 2.

2.5 Déroulement de l'enquête

La réunion a débuté le 3 avril 2000 à 18 heures 30 par la distribution du questionnaire.

Contrairement à ce qui avait été indiqué dans le mailing aucune information préalable n'a été donnée. Nous avons simplement lu et présenté sur un retro-projecteur l'ensemble des questions en spécifiant qu'il était possible de nous interrompre à tout moment pour toute demande d'explication.

Nous avons bien précisé que les extractions évoquées dans le questionnaire concernaient les dents permanentes définitives ou dents d'adultes et non les dents de lait.

Le temps nécessaire à la rédaction s'est situé selon les personnes entre 20 et 30 minutes. L'ensemble des questionnaires a été collecté aussitôt et j'ai répondu aux questions de ceux qui le souhaitaient.

Une personne a souhaité faire part des conflits familiaux qu'ont suscités les extractions proposées et réalisées lors du traitement de son enfant. Une autre a posé la question du remboursement par l'assurance maladie de la consultation pour avoir un deuxième avis chez un autre orthodontiste. Plusieurs questions ont soulevé le problème de la carence des caisses en matière de prise en charge des soins orthodontiques. Nous avons relevé le témoignage d'une mère de trois enfants dont le traitement de l'aîné a totalement récidivé et qui depuis deux ans réserve sa décision pour consentir aux extractions proposées par l'orthodontiste pour le deuxième.

Puis conformément à notre accord avec l'UDAF qui souhaitait que les personnes qui s'étaient déplacées bénéficient d'une information sur l'orthodontie, j'ai procédé à un exposé sur les données actuelles au moyen d'un diaporama de 30 minutes.

2.6 Les résultats

2.6.1 L'échantillon

2.6.1.1 Description

L'échantillon total comprend 65 personnes : 52 femmes et 13 hommes.

58 réponses étaient exploitables : 48 femmes et 10 hommes.

Au sein de ces 58 personnes : 16 n'ont pas d'activité professionnelle. Elles représentent 27% de la population de notre échantillon.

Les 42 personnes exerçant une activité sont réparties dans les différentes catégories socioprofessionnelles INSEE selon la figure 1.

Pour la répartition par catégories socioprofessionnelles, nous avons retenu la classification de L'INSEE

A : Agriculteurs exploitants.
B : Artisans, commerçant et chefs d'entreprises (10 salariés et plus).
C : Cadres et professions intellectuelles supérieures (professeurs, ingénieurs et cadre d'entreprises).
D : Professions intermédiaires (techniciens, agents de maîtrise, instituteurs et assimilés).
E : Employés (employés administratifs d'entreprises, personnels de services directs aux particuliers).
F : Ouvriers (qualifiés et non qualifiés)

Figure 1

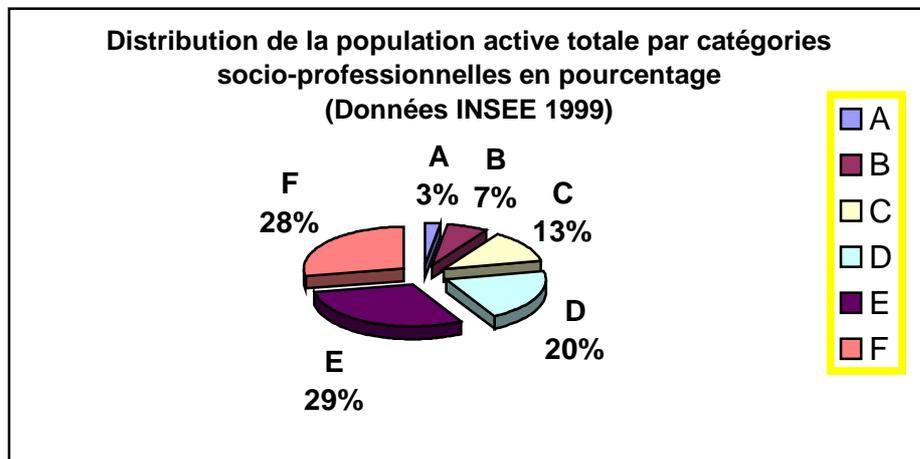
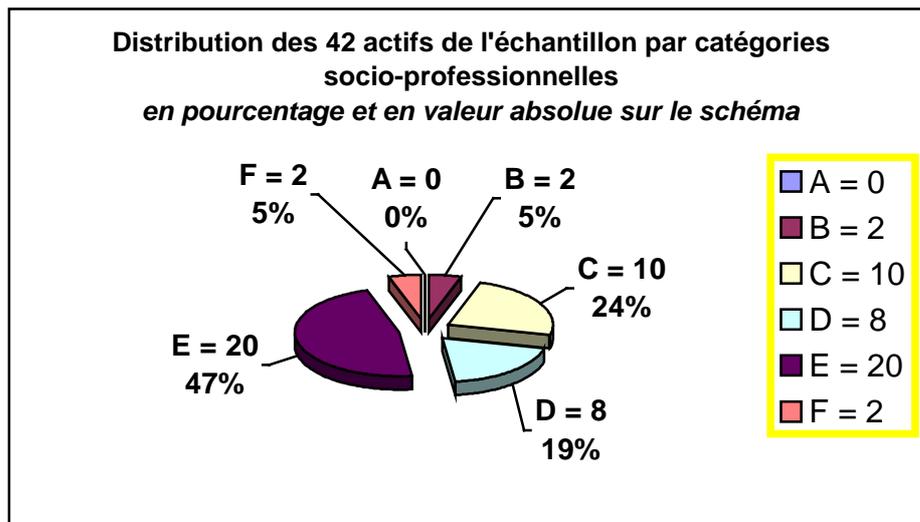


Figure 2

2.6.1.2 Etude critique de l'échantillon

Toutes les catégories socioprofessionnelles étaient représentées à l'exception du secteur agricole (Cat. A). Par rapport aux données INSEE, Les professions intellectuelles (Cat. C) sont sur-représentées, en particulier par la présence de nombreux enseignants. De même pour la population des employés (Cat. E), alors que celle des ouvriers (Cat. F) est sous représentée.

L'UDAF par sa polyvalence nous a donc permis de recruter un éventail large de population.

Cependant, on peut penser que les personnes qui se sont déplacées, sont davantage sensibilisées à l'orthodontie que la population générale. Vingt huit adultes sur les cinquante huit présents ont eu un traitement orthodontique dans leur enfance, ce qui est supérieure aux proportions de la population générale

Dans l'analyse des réponses, nous indiquerons le nombre de personne en valeur absolue et la valeur en proportion par rapport au groupe.

Cette étude critique nous amène à réfléchir sur une autre méthodologie possible : l'enquête par courrier. Nous avons réfuté cette méthode au début de l'étude par crainte d'un faible taux de réponses et compte tenu du temps qui nous était imparti.

2.6.2 Réponses aux questionnaires

Dans un but didactique nous rappelons les différentes parties qui constituent notre questionnaire et qui sont décrites page 17 et 18 :

- 1) Une première feuille comporte deux questions communes à l'ensemble de l'échantillon, et concerne les extractions pour raisons pathologiques.

La suite du questionnaire concerne les extractions de dents saines pour raison orthodontiques.

- 2) Une deuxième série de questions place la personne dans la situation d'une proposition d'extraction pour elle-même.
- 3) La troisième série de questions est presque identiques, mais est envisagées dans le cas d'une proposition pour les enfants de la personne enquêtée.

Pour ces deux séries, la personne doit choisir l'un ou l'autre des deux questionnaires proposés selon qu'elle a bénéficié ou pas d'un traitement orthodontique ou que ses enfants en ont bénéficié ou pas.

2.6.2.1 Questionnaire commun préalable

Vous et les extractions dentaires en général ?

Le but de ces deux questions est de définir la perception, par rapport à l'extraction d'une dent trop malade pour être conservée ou lorsqu'il s'agit d'une dent de sagesse dont le pronostic d'évolution normal est très défavorable.

Lors d'une consultation votre dentiste vous indique qu'une de vos dents malades ne peut être conservée et qu'il va devoir l'extraire. Cette perte dentaire vous affecte : Profondément, modérément, très faiblement ou pas du tout ?

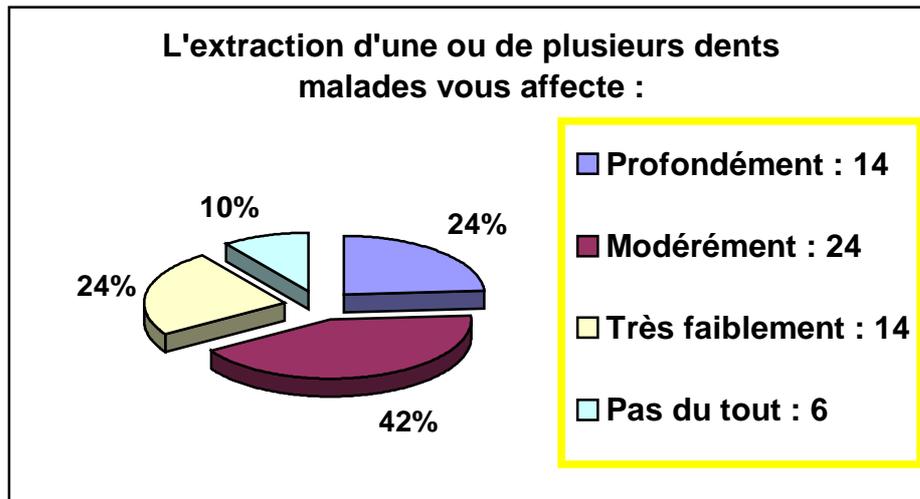


Figure 3

Si la majorité des personnes se dit affectée par la perte d'une dent lorsque celle-ci est trop atteinte pour être conservée, le traumatisme est rarement profond.

Lors d'une consultation, votre dentiste vous indique qu'il est nécessaire d'extraire une ou plusieurs de vos dents de sagesse. Cette perte dentaire vous affecte : Profondément, modérément, très faiblement ou pas du tout ?

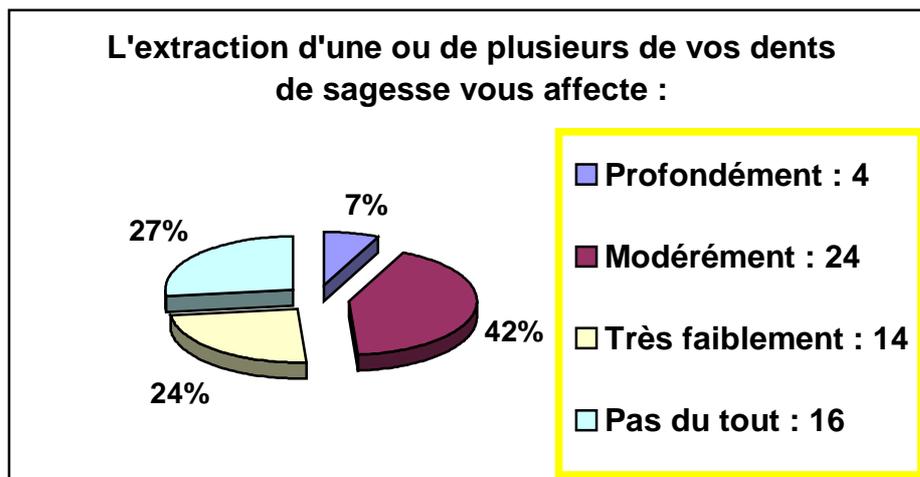


Figure 4

Lorsqu'il s'agit d'une dent de sagesse la majorité se dit faiblement perturbée par cette perte dentaire voire pas du tout. On sait que la dent de sagesse a été largement « diabolisée » dans l'esprit du public.

Nombre de réponses aux deuxième et troisième séries de questions

Perception des extractions proposées, dans le cadre d'un traitement ODF, à un adulte pour lui-même.

Questionnaire N°1 Personnes ayant bénéficié de soins orthodontiques au cours de leur enfance.	30 réponses
Questionnaire N°2 Personnes n'ayant pas bénéficié de soins orthodontiques au cours de leur enfance.	28 réponses

Perception des extractions proposées, dans le cadre d'un traitement ODF, à un adulte pour ses enfants.

Questionnaire N°3 Personnes dont aucun enfant n'a bénéficié de soins orthodontiques ou n'ayant pas encore d'enfant	28 réponses
Questionnaire N°4 Personne dont un des enfants a bénéficié d'un traitement orthodontique dans le passé ou est en cours de traitement.	30 réponses

La distribution de l'échantillon par rapport aux deux séries de questionnaires proposés est pratiquement identique dans la première et dans la deuxième partie

2.6.2.2 Réponses aux questionnaires 1 et 2

Quelles questions par rapport à votre traitement orthodontique réel ou supposé.

Ce traitement vous a gêné : Beaucoup, pas mal, un peu, pas du tout ?

Question 1 du questionnaire N°1 : Personnes ayant bénéficié de soins orthodontiques au cours de leur enfance (30 personnes).

	Nombre de réponses	En pourcentage
Beaucoup	16	54%
Pas mal	4	13%
Un peu	10	33%
Pas du tout	0	0%

Plus de la moitié des adultes qui ont bénéficié d'un traitement orthodontique dans leur enfance indiquent que ce traitement les a beaucoup gênés.

Par rapport à l'état actuel de vos dents, vous êtes satisfait : Totalement, moyennement, un peu, pas du tout ?

Question 2 du questionnaire N°1 et Question 1 du questionnaire N°2

Pour comparer les réponses des questionnaires 1 et 2 nous les avons présentées sur un même graphique.

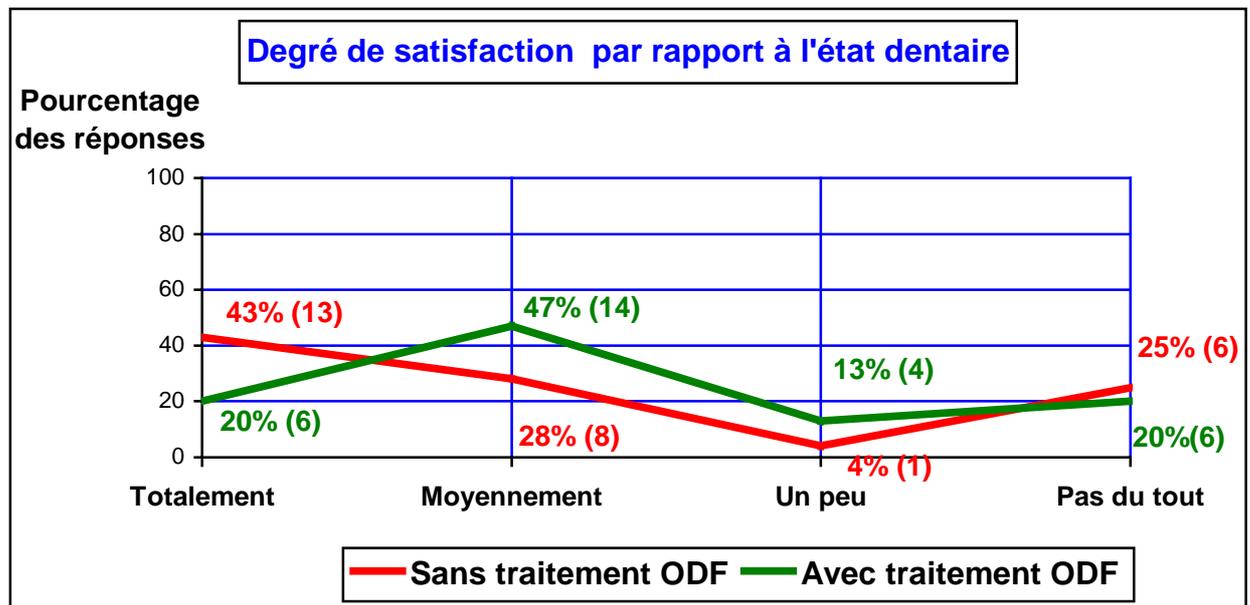


Figure 5

Les personnes qui n'ont pas bénéficié d'un traitement sont :

- Totalelement satisfaites à 43% (13 sur 28), moyennement à 28% (8 sur 28) ce qui donne au total 75% (21 sur 28) de satisfaction moyenne ou totale.

Les personnes qui ont bénéficié d'un traitement sont :

- Totalelement satisfaites à 20% (6 sur 30), moyennement 47% (14 sur 30) ce qui donne au total 67% (20 sur 30) de satisfaction moyenne ou totale.

Nous n'avons par contre, trouvé aucune différence entre ceux qui ont eu des extractions au cours de leur traitement et ceux qui n'en ont pas eu. La distribution par degré de satisfaction étant quasiment la même.

Au cours de ce traitement, a-t-il été nécessaire de vous extraire des dents saines définitives ?

Question 3 du questionnaire 1

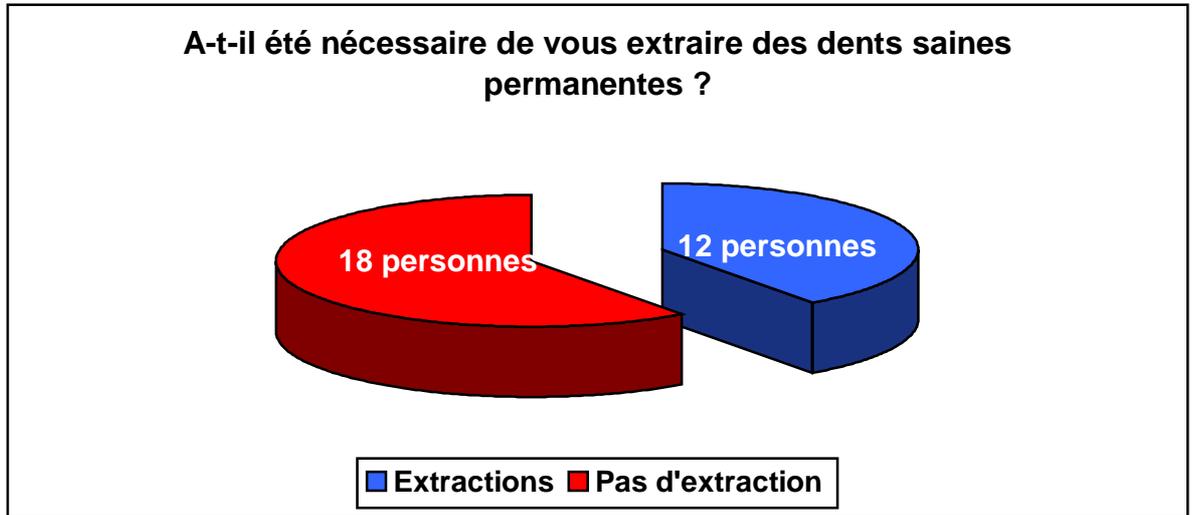


Figure 6

Sur les trente adultes qui ont bénéficié de soins orthodontiques pour les deux cinquièmes (12 sur 30) il a été nécessaire de réaliser des extractions de dents saines permanentes.

Quel souvenir avez-vous de ces extractions ?

Question 4 du Questionnaire 1.

Aucun	2
D'un acte bénin	0
D'un acte traumatisant	10

Sur les 12 personnes pour lesquels il a été nécessaire de réaliser des extractions au cours de leur traitement orthodontique, 10 indiquent qu'ils ont le souvenir d'un acte traumatisant.

Si vous décidiez aujourd'hui de consulter un orthodontiste et que celui-ci envisage de vous extraire des dents définitives saines pour effectuer votre traitement, ces extractions vous poseraient-elles un problème ?

Question 5 du questionnaire 1 (30 personnes) et Question 2 du questionnaire 2 (28 personnes).

	OUI	NON	Total
Groupe ayant bénéficié d'un traitement ODF	28	2	30
Groupe n'ayant pas bénéficié d'un traitement ODF	26	2	28

Figure 7

Qu'elles aient bénéficié ou non d'un traitement, 54 personnes sur 58 indiquent qu'une proposition d'extraction de dents saines par l'orthodontiste leur poserait un problème. Ce qui ne signifie aucunement que ces personnes refuseraient cette proposition, mais seulement qu'elles s'interrogent ou s'interrogeraient à ce propos.

Les deux personnes ayant bénéficié d'un traitement ODF et pour qui une proposition d'extraction ne poserait pas de problème ont eu des extractions au cours de leur traitement.

**Quelles sont les questions que vous vous poseriez par rapport à ces extractions ?
Classez les par ordre d'importance.**

Question 6 du questionnaire1 et Question 3 du questionnaire2.

Pour exploiter les résultats de cette question nous avons découpé l'échantillon en deux groupes, différents de ceux définis par les questionnaires 1 et 2 :

En effet, nous avons pensé que le fait d'avoir bénéficié ou non d'un traitement ODF modifiait moins le classement des cinq interrogations proposées que le fait d'avoir subi ou non des extractions au cours de ce traitement.

Le groupe 1, (44 personnes) concerne donc les sujets qui n'ont pas bénéficié de traitement ou pour lesquels il n'a pas été nécessaire d'extraire de dents permanentes au cours de leur traitement.

Le groupe 2 (10 personnes) concerne ceux pour lesquels ces extractions se sont avérées nécessaires.

Le classement effectué par chaque groupe pour les cinq propositions est présenté dans les deux tableaux ci-dessous.

La lecture et l'interprétation des résultats étant difficiles à partir de ces tableaux, nous les avons présentés dans les pages qui suivent sous forme de graphiques pour chaque proposition.

Tableau récapitulatif du classement des interrogations du groupe 1

Indice de position	Douleur	Traumatisme	Durée	Esthétique	Perte dentaire	Total
1 ^{ère}	12	2	0	6	24	44
2 ^{ème}	4	11	3	18	8	44
3 ^{ème}	6	10	16	6	6	44
4 ^{ème}	12	13	7	8	4	44
5 ^{ème}	10	8	18	6	2	44
Total	44	44	44	44	44	

Figure 8

Tableau récapitulatif du classement des interrogations du groupe 2

Indice de position	Douleur	Traumatisme	Durée	Esthétique	Perte dentaire	Total
1 ^{ère}	0	0	1	0	9	10
2 ^{ème}	3	4	1	1	1	10
3 ^{ème}	1	4	3	2	0	10
4 ^{ème}	4	1	1	4	0	10
5 ^{ème}	2	1	4	3	0	10
Total	10	10	10	10	10	

Figure 9

Les extractions sont-elles douloureuses ?

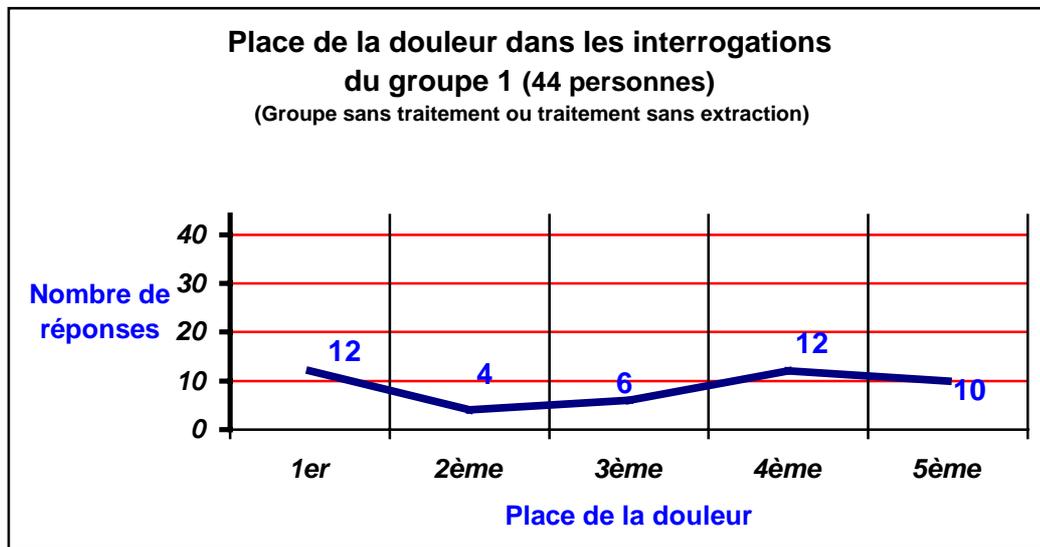


Figure 10

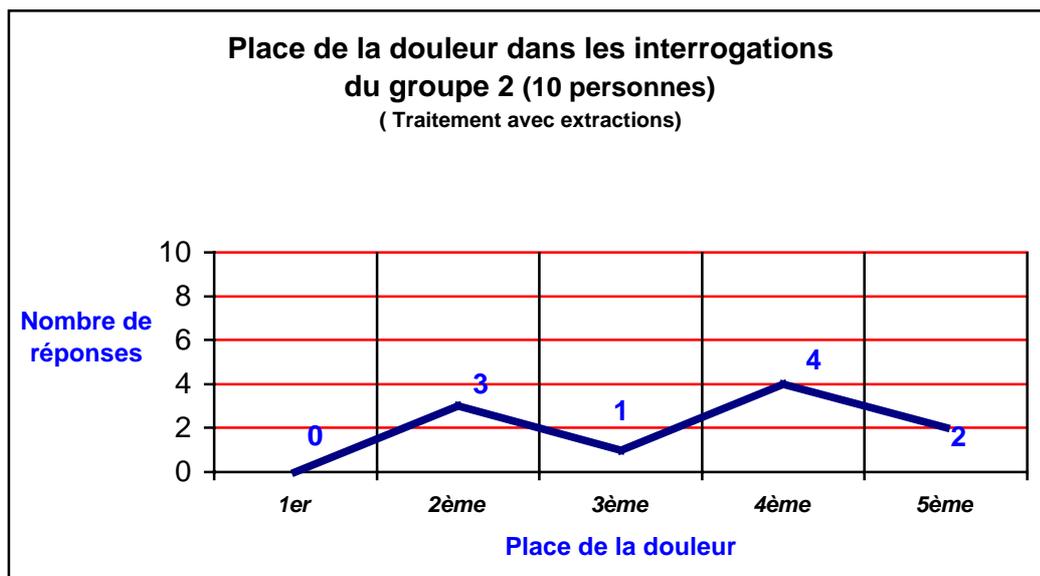


Figure 11

En ce qui concerne la crainte de la douleur des extractions le classement ne révèle pas de tendance marquée quel que soit le groupe.

Un quart du groupe 1 place en premier, dans ses préoccupations, la crainte de la douleur, ce qui n'est pas le cas pour le groupe 2.

Il semble que ce classement fasse surtout appel à des perceptions individuelles par rapport à la douleur et à la crainte de l'acte chirurgical.

Les extractions sont-elles traumatisantes ?

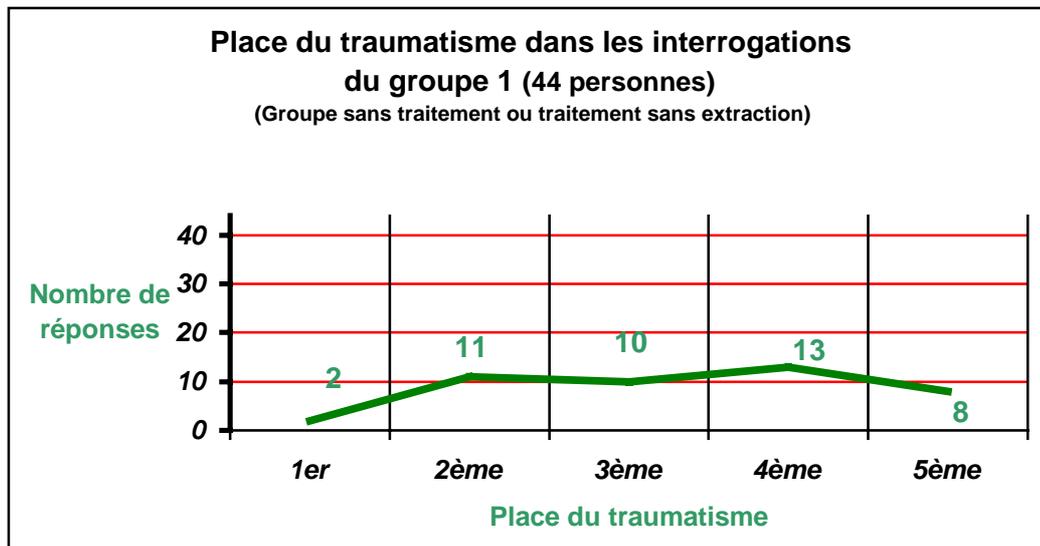


Figure 13

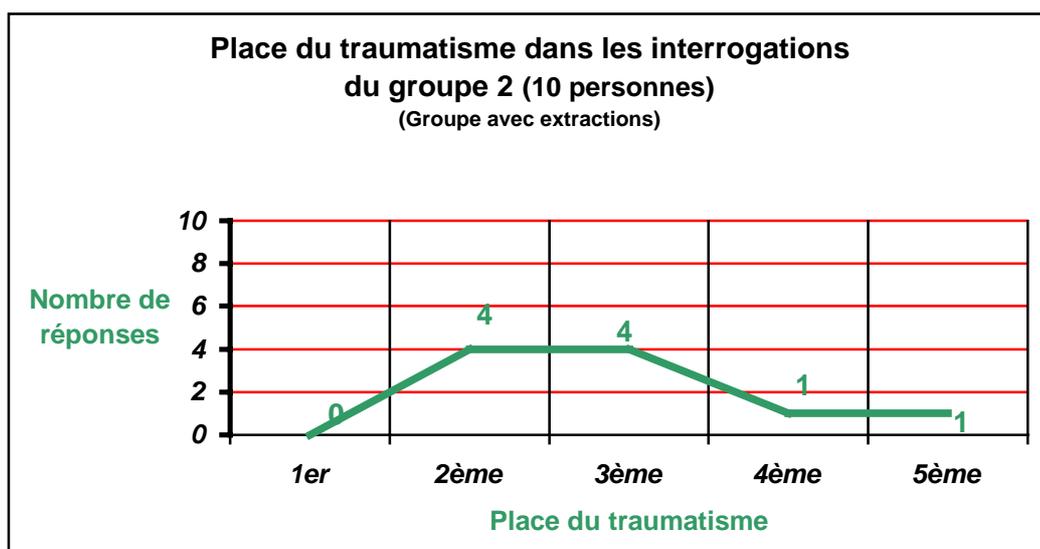


Figure 14

Le traumatisme occasionné par des extractions de dents saines occupe une position moyenne au sein des deux groupes.

Un cinquième seulement du groupe 2 place le traumatisme aux deux dernières places.

La nécessité de réaliser des extractions va-t-elle retentir sur la durée du traitement ?

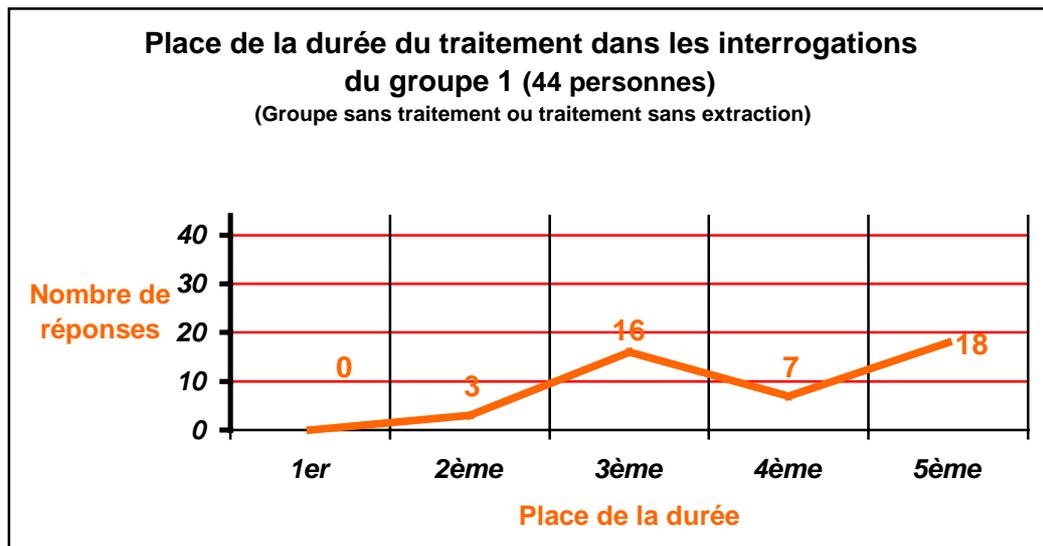


Figure 15

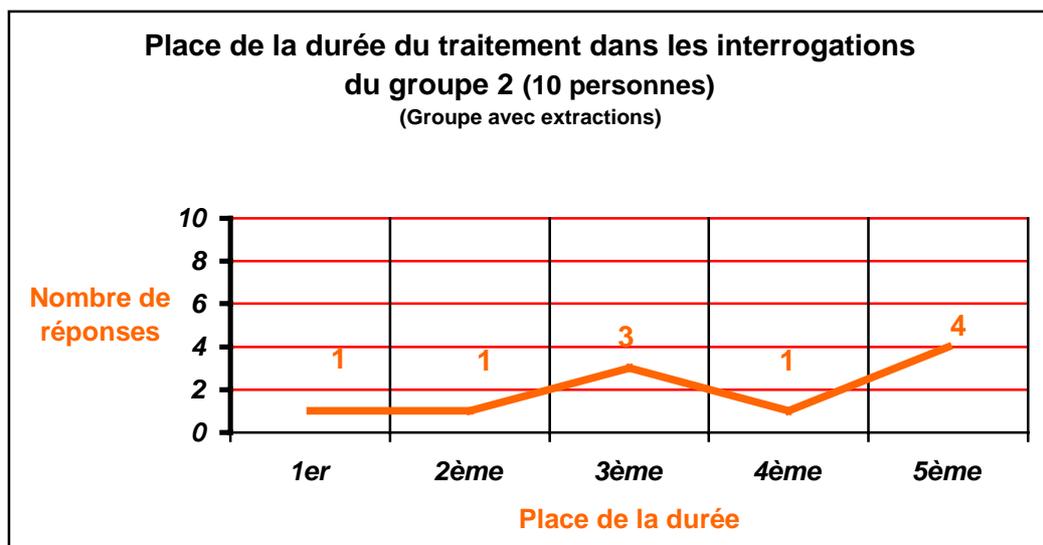


Figure 16

Classiquement il est admis que la durée moyenne des traitements avec extractions est plus courte.

C'est une notion que ceux du groupe 1, qui n'ont pas eu de traitement ignoraient sans doute. Pour les sujets du groupe 2, tout dépend de l'information qui a été donnée lors de leur traitement, mais on peut avancer la même hypothèse compte tenu qu'il s'agit d'événement lointain pour la plupart d'entre eux.

Cependant, dans les deux groupes, la durée du traitement et l'influence éventuelle que des extractions pourraient avoir à ce niveau n'est pas la préoccupation primordiale. Les personnes interrogées placent en majorité, la durée en troisième et cinquième position.

Les extractions ont-elles une incidence sur l'esthétique du visage ?

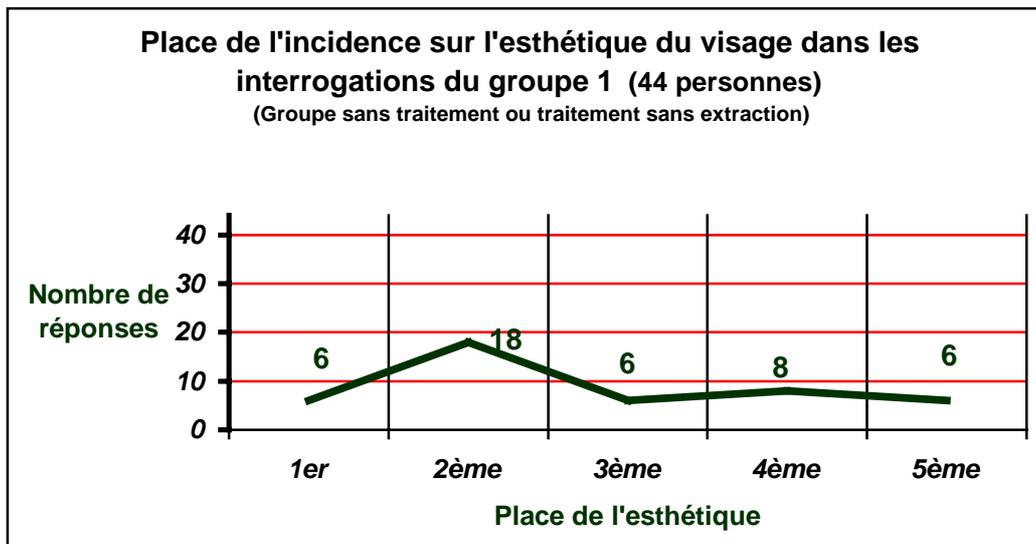


Figure 17

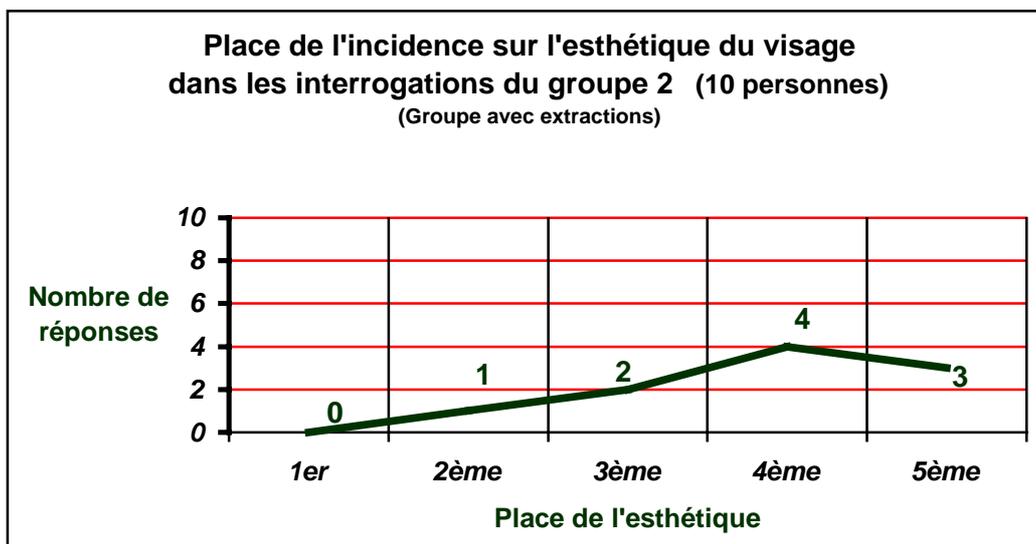


Figure 18

Pour le groupe 1 qui n'a pas eu de traitement ou dont le traitement a pu être mené sans extraction, l'interrogation sur les conséquences esthétiques de cet acte est très présente. Plus de la moitié place ce problème en première et deuxième positions dans leurs inquiétudes.

Pour le groupe 2 qui a eu un traitement avec extractions ce problème est beaucoup plus secondaire.

En réalité ce qui inquiète surtout les premiers ce sont les espaces vides qu'ils imaginent laissés par les dents extraites et la manière dont l'orthodontiste va pouvoir les faire disparaître. Les seconds savent que les appareillages permettent de fermer ces espaces.

Les traitements avec extractions, qui imposent souvent de reculer les incisives ont tendance à aplatir le profil, voire à en augmenter la concavité. Il semble que cette modification du profil soit assez peu perçue par les patients puisque les conséquences esthétiques des extractions n'interpellent pas majoritairement ceux qui en ont subi (Groupe 2).

Les dents extraites risquent-elles de me faire défaut dans le futur ?

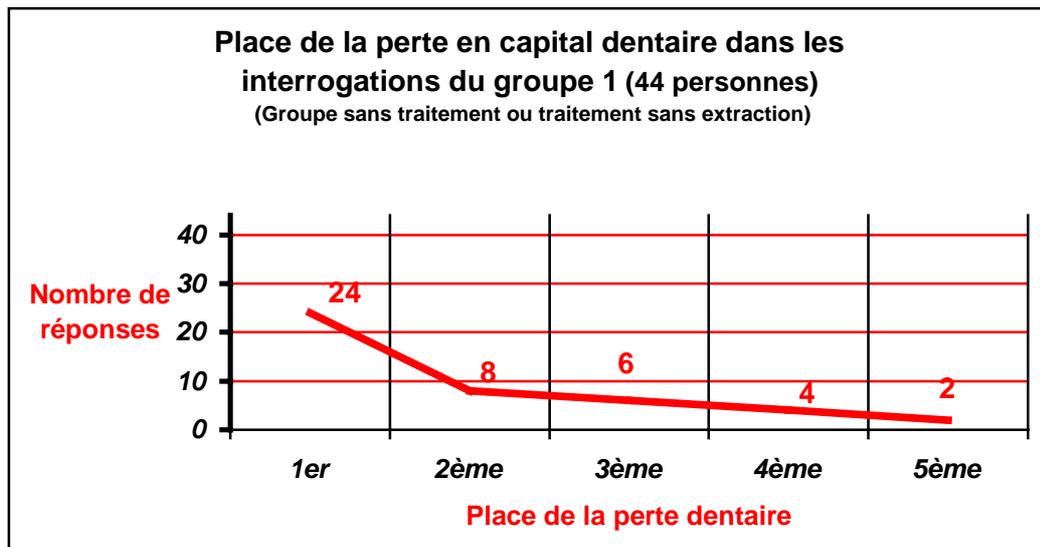


Figure 19

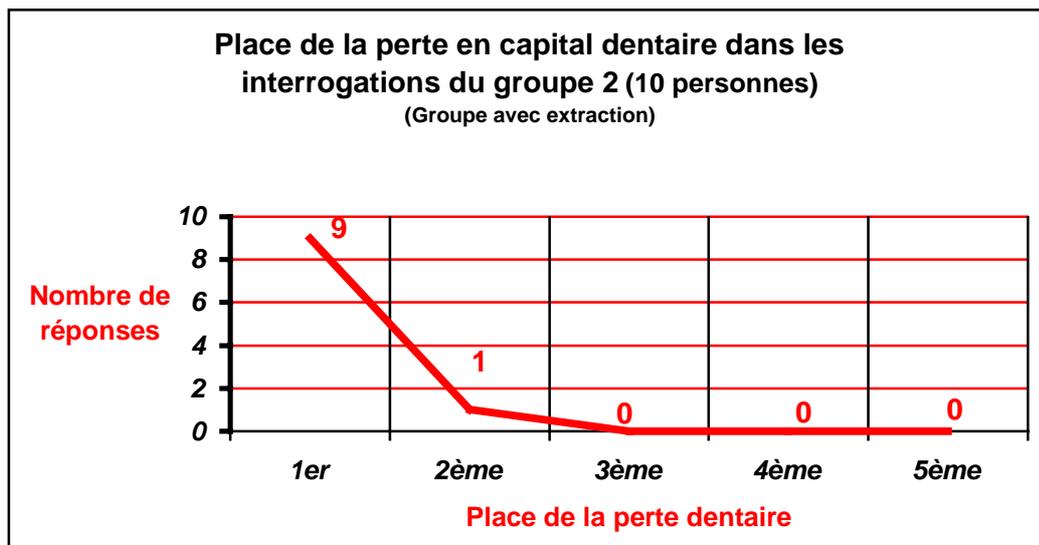


Figure 20

La réduction du capital dentaire par extractions de dents saines se révèle être la préoccupation principale dans les deux groupes.

Pour le groupe 2, seuls des entretiens individuels auraient permis de connaître le sens de cette perception négative vis à vis d'un acte auquel ils ont consenti.

Mais il faudrait aussi s'interroger sur le biais de sélection qu'a induit notre mode de recrutement.

Cette préoccupation pourrait être à l'origine de la présence de ces personnes à cette réunion.

Pour ceux du groupe 1 qui n'ont pas eu de traitement orthodontique, c'est sans doute l'évocation de la perte d'un organe sain, surtout visible comme une dent, qui peut être en cause. Ceux qui ont eu un traitement sans extraction peuvent naturellement penser qu'il s'agit d'un acte qui peut toujours être évité.

Le fait qu'il s'agisse de dents saines aurait-il une influence sur votre interrogation ?

Question 6 du questionnaire1 et question 3 du questionnaire2 .

Pour l'étude des réponses à cette question ainsi que pour les suivantes, nous avons également distingué les 2 groupes précédemment décrits

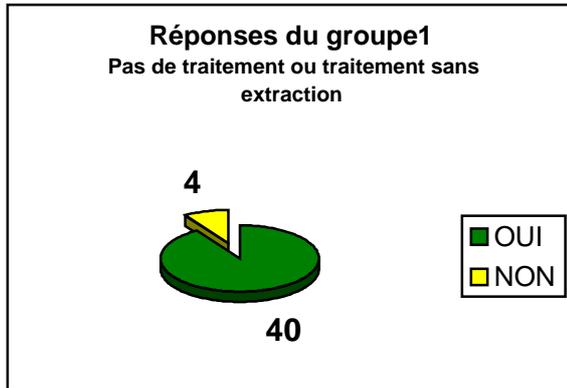


Figure 21

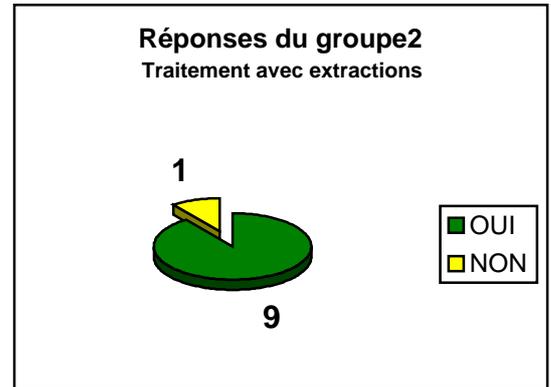


Figure 22

Quelque soit l'appartenance au groupe 1 ou 2, l'ensemble de l'échantillon est très sensible (90% des réponses) au fait que les dents à extraire soient saines.

Le nombre d'extractions envisagées interviendrait-il dans votre interrogation ?

Questions 8 du Q1 et 5 du Q2

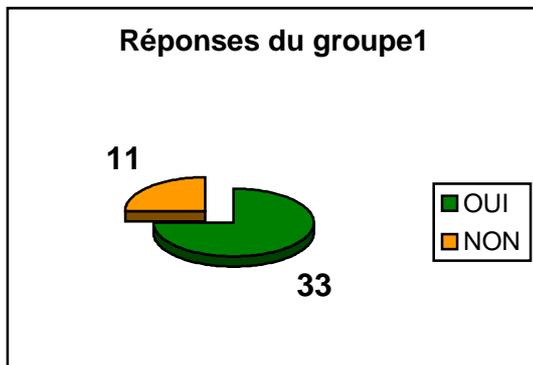


Figure 23

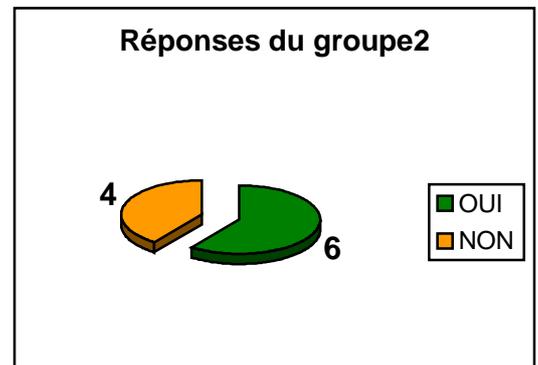


Figure 24

On peut s'interroger sur les réponses négatives assez nombreuses à cette question. Sont-elles une expression formelle d'opposition aux extractions indépendamment de leur nombre ?

On observe que cette attitude est plus fréquente, en proportion, dans le groupe qui a subi des extractions.

Si ce nombre intervient, pour combien de dents ?

Pour cette question nous avons regroupé les réponses des groupes 1 et 2

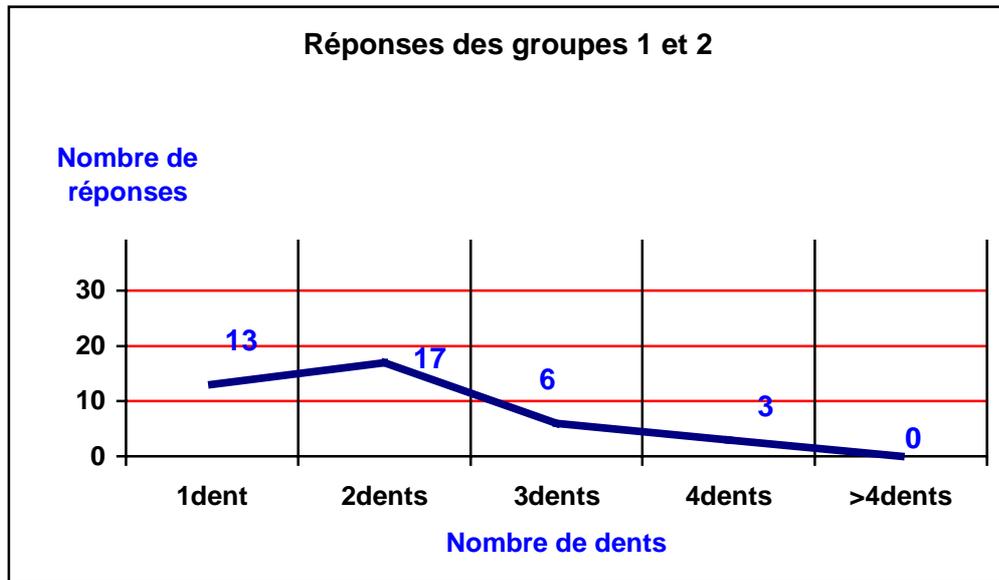


Figure 25

On peut interpréter les réponses à cette question comme un effet de seuil à l'acceptation d'une proposition d'extraction.

Sur les trente neuf personnes qui ont répondu par l'affirmatif à la question précédente treize s'interrogent pour l'extraction d'une dent et dix sept pour deux dents.

Ces extractions de dents saines vous sembleraient-elles acceptables si l'objectif du traitement était :

Une amélioration de l'esthétique du sourire et du visage (**Esthétique**)

Une amélioration de l'alignement dentaire diminuant le risque de caries et de maladies des gencives (**Préventif**)

Une amélioration du fonctionnement des mâchoires par un meilleur affrontement des arcades dentaires maxillaires et mandibulaires (**Fonctionnel**)

Questions 9 du Q1 et 6 du Q2 :

Pour cette question nous avons distingué 3 groupes :

- ✓ Groupe 1 Les personnes n'ayant pas bénéficié de traitement ODF
- ✓ Groupe 2 Les personnes ayant bénéficié d'un traitement sans extraction de dent
- ✓ Groupe 3 Les personnes ayant bénéficié d'un traitement avec extractions.

Plusieurs réponses étaient autorisées Le meilleur score est grisé

Effectif par groupe	Esthétique	Préventif	Fonctionnel
Sans traitement : 26	10 (38%)	14 (50%)	8 (28%)
Traitement sans extraction : 18	4 (22%)	6 (27%)	10 (55%)
Traitement avec extractions : 10	2 (20%)	8 (80%)	6 (60%)
Total effectif : 54	16 (23%)	28 (42%)	24 (35%)

Il faut noter que six personnes sur les cinquante quatre n'ont pas répondu à cette question. Sur l'ensemble des 3 groupes 42% accepteraient des extractions dans un but de prévention, 35% pour un motif fonctionnel et 23% dans un but esthétique.

Cette proposition d'extractions de dents permanentes saines vous amènerait-elle à consulter un autre orthodontiste pour avoir un deuxième avis ?

Questions 10 du Q1 et 7 du Q2 :

Pour cette question nous avons également distingué 3 groupes :

- ✓ Groupe 1 Les personnes n'ayant pas bénéficié de traitement ODF
- ✓ Groupe 2 Les personnes ayant bénéficié d'un traitement sans extraction de dent
- ✓ Groupe 3 Les personnes ayant bénéficié d'un traitement avec extractions.

	OUI	NON
Groupe 1 (26)	6 (23%)	20 (77%)
Groupe 2 (18)	13 (73%)	5 (27%)
Groupe 3 (10)	7 (70%)	3 (30%)
Total (54)	28 (51%)	26 (49%)

Sur l'effectif total la moitié des personnes consulterait pour avoir un deuxième avis. Mais les taux s'inversent pratiquement entre le groupe 1 d'une part et les groupes 2 et 3 d'autre part.

Dans le groupe 1 : 23% indiquent qu'ils demanderaient un autre avis.

Dans les groupes 2 et 3 réciproquement 73 et 70%.

Nous avons tenté d'analyser les réponses à cette question en fonction des catégories socioprofessionnelles:

- B : Artisans, commerçant et chefs d'entreprises (10 salariés et plus).
- C : Cadres et professions intellectuelles supérieures (professeurs, ingénieurs et cadre d'entreprises) .
- D : Professions intermédiaires (techniciens, agents de maîtrise, instituteurs et assimilés).
- E : Employés (employés administratifs d'entreprises, personnels de services directs aux particuliers).
- F : Ouvriers (qualifiés et non qualifiés)
- S : Sans activité professionnelle

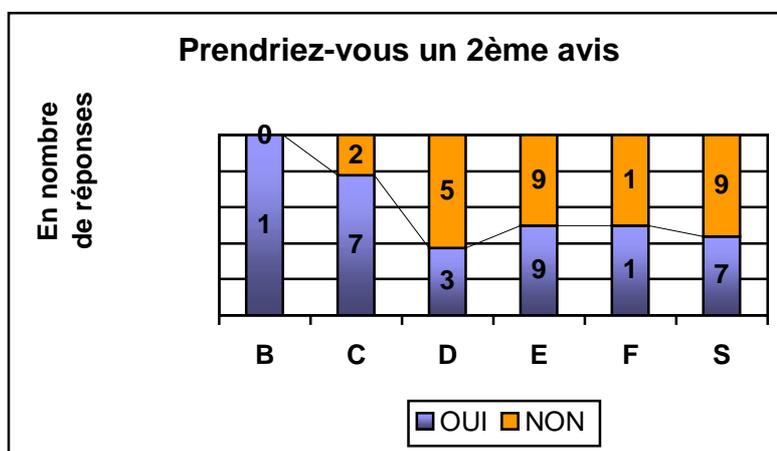


Figure 26

Nous ne pouvons tirer aucune conclusion vu le très faible effectif de chaque catégorie. Il semble seulement que la catégorie des cadres et professions intellectuelles, représentée surtout par des enseignants dans notre échantillon, soit plus favorable à l'idée d'obtenir un deuxième avis.

Si vous pensez que ces extractions ne vous poseraient pas de problème, pourriez-vous dire pourquoi ? *Vous pouvez cocher plusieurs cases.*

questions 11 du Q1 et 8 du Q2

N'ont répondu à cette question que ceux pour qui une proposition d'extraction ne soulevait aucune interrogation soit quatre personnes sur cinquante huit.

Compte tenu du faible nombre de réponses, nous n'avons fait aucune distinction à l'intérieur de l'échantillon.

Il faut noter que deux de ces réponses ont été données par des personnes qui ont bénéficié d'un traitement avec extraction.

- Je m'en remets à la décision de l'orthodontiste : **4** réponses
- J'ai lu ou entendu qu'il s'agissait d'un acte courant en orthodontie : **2** réponses
- Une proposition similaire a été faite à des amis ou parents : **1** réponse
- Au cours de mon propre traitement on m'a extrait des dents : **2** réponses

Réponses aux questionnaires 3 et 4

Quelles questions par rapport au traitement des enfants ?

28 personnes ont répondu au questionnaire N°3, aucun de leurs enfants n'ayant encore bénéficié de soins orthodontiques ou n'ayant pas encore d'enfant.

30 personnes ont répondu au questionnaire N°4, l'un de leur enfant ayant bénéficié d'un traitement ou étant en cours de traitement

Si vous envisagiez de consulter un orthodontiste pour l'un de vos enfants, à quel âge décideriez-vous de le faire ?

Question 1 du questionnaire 3

Avant 7 ans	3
Entre 7 et 9 ans	17
Entre 9 et 12 ans	5
Après 12 ans	3

A quel âge le traitement de votre enfant a-t-il débuté approximativement ?

Question 1 du questionnaire 4

Avant 7 ans	0
Entre 7 et 9 ans	9
Entre 9 et 12 ans	19
Après 12 ans	2

Les parents consulteraient majoritairement lorsque l'enfant a entre 7 et 9 ans alors que les traitements débutent en pratique entre 9 et 12 ans.

Au cours du traitement orthodontique de votre enfant des extractions de dents saines permanentes ont-elles été réalisées ?

Question 2 du questionnaire 4 :

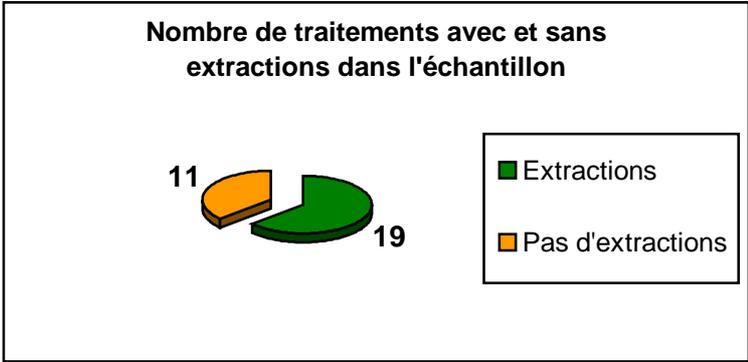


Figure26

68%, (19 sur 30) des enfants qui ont bénéficié de soins orthodontiques ont eu des extractions au cours de leur traitement. Il faut noter pour les adultes ce taux n'était que de 40% (12 sur 30) .

Question 3 du questionnaire 4 : 19 Parents d'enfants ayant eu un traitement avec extractions

L'annonce de ces extractions par l'orthodontiste vous a-t-elle posé un problème ?

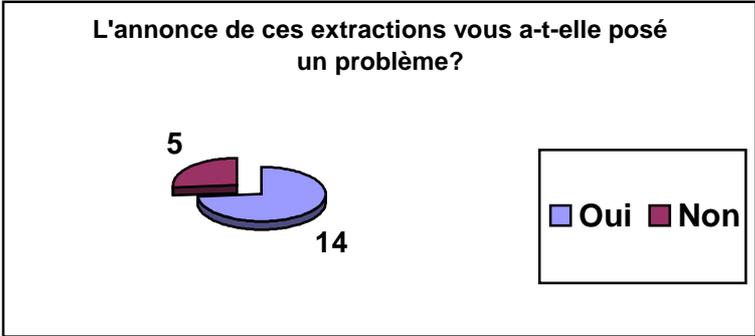


Figure 27

Question 10 questionnaire 4 : 11 Parents d'enfants ayant eu un traitement sans extractions

**Si l'orthodontiste vous avait indiqué qu'il envisageait d'extraire des dents définitives saines pour effectuer le traitement de votre enfant.
- L'annonce de ces extractions vous aurait-elle posé un problème ?**

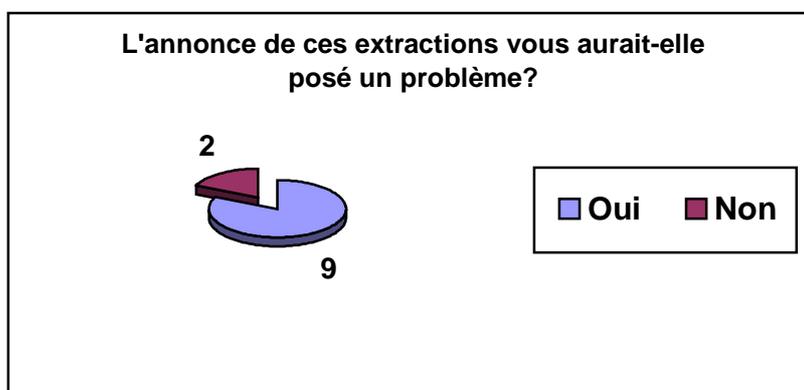


Figure 28

Question 2 questionnaire 3 : 28 Parents d'enfants n'ayant pas eu de traitement

**Vous décidez de consulter un orthodontiste pour l'un de vos enfants et celui-ci vous indique qu'il envisage d'extraire des dents définitives saines pour effectuer son traitement.
- Ces extractions vous poseraient-elles un problème ?**

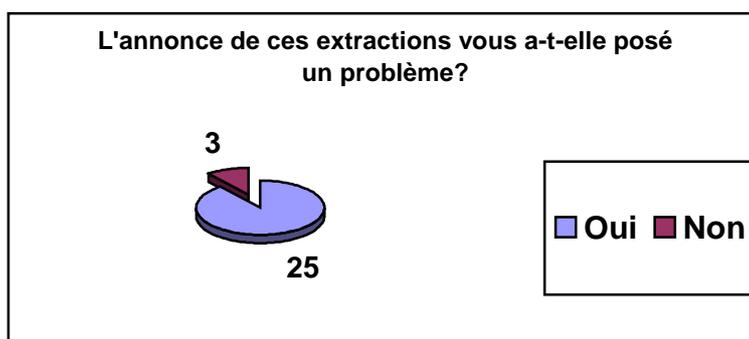


Figure 29

Sur l'ensemble de l'échantillon, la proportion des personnes qui se sont interrogées ou qui s'interrogeraient face à une proposition d'extractions est légèrement plus faible lorsque celles-ci s'adressent à leur enfant (89% : 48 sur 58) que lors qu'elles sont elles-mêmes concernées (93% : 54 sur 58 Cf supra : première partie)

**Quelles questions par rapport aux extractions pratiquées chez votre enfant ?
Classez les par ordre d'importance :**

Questions 3 du Q3 et 4 – 11 du Q4 :

Pour cette question nous avons également distingué 2 groupes :

Groupe 1 (34) : Les personnes dont les enfants n'ont pas eu de traitement ou qui n'ont pas d'enfant et les personnes dont un enfant au moins a bénéficié d'un traitement ou est en cours de traitement mais pour lequel il n'a pas été nécessaire d'extraire des dents.

Tableau récapitulatif du classement des interrogations du groupe 1

Indice de position	Douleur	Traumatisme	Durée	Esthétique	Perte dentaire	Total
1 ^{ère}	9	1	0	2	22	34
2 ^{ème}	11	2	3	11	7	34
3 ^{ème}	5	14	4	11	6	34
4 ^{ème}	6	8	9	8	3	34
5 ^{ème}	3	9	18	2	2	34
Total	34	34	34	34	34	

Groupe2 (14) : Les personnes dont un enfant a eu traitement avec extractions de dents saines permanentes.

Tableau récapitulatif du classement des interrogations du groupe 2

Indice de position	Douleur	Traumatisme	Durée	Esthétique	Perte dentaire	Total
1 ^{ère}	2	0	2	0	10	14
2 ^{ème}	6	4	2	1	1	14
3 ^{ème}	3	6	2	1	2	14
4 ^{ème}	2	2	4	6	0	14
5 ^{ème}	1	2	4	6	1	14
Total	14	14	14	14	14	

La lecture et l'interprétation des résultats étant difficiles à partir de ces tableaux, nous les avons présentés comme pour la première partie du questionnaire dans les pages qui suivent sous forme de graphiques pour chaque proposition.

Les extractions sont-elles douloureuses ?

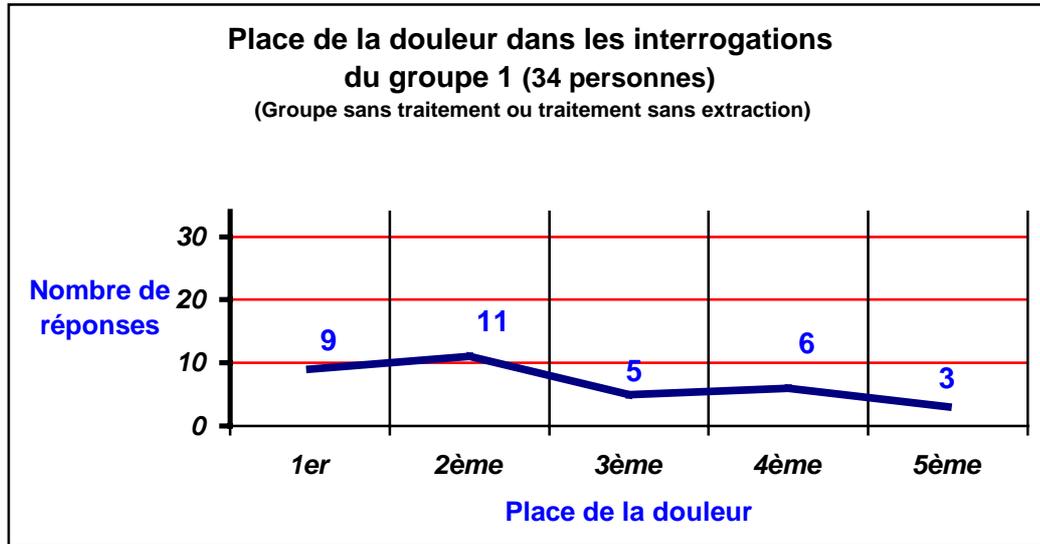


Figure 30

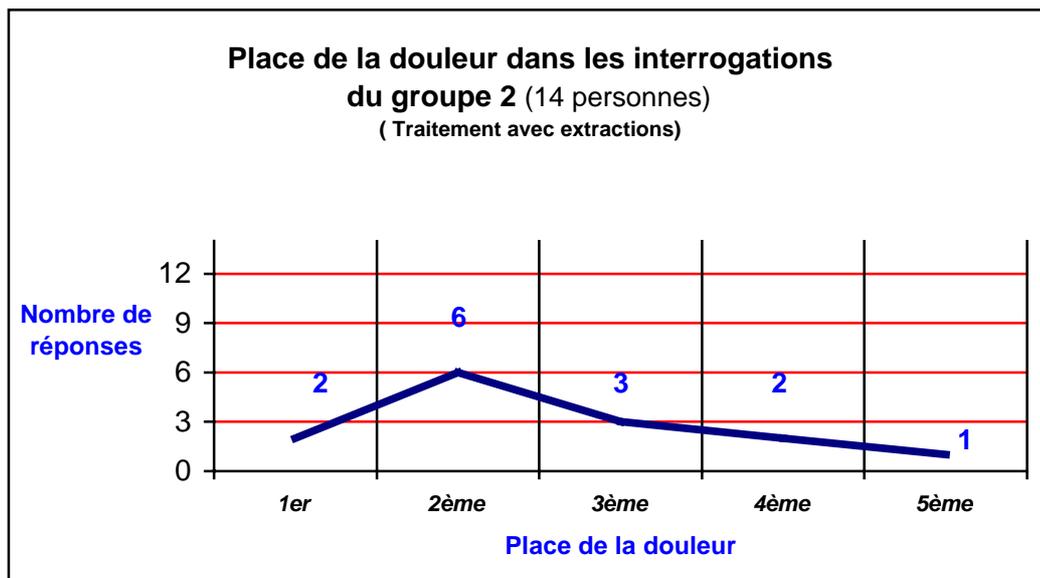


Figure 31

Plus de la moitié des personnes du groupe 1 place la douleur en 1^{ère} et 2^{ème} position dans leur interrogation. Pour le groupe 2 dont les enfants ont eu des extractions nous observons aussi cette tendance.

Si on compare ces résultats avec ceux de la première partie, c'est à dire lorsque les personnes étaient interrogées par rapport à leur propre traitement, on observe que la perception de la douleur et de l'acte chirurgical est beaucoup moins banalisée lorsqu'elle s'adresse à un enfant.

Les extractions sont-elles traumatisantes ?

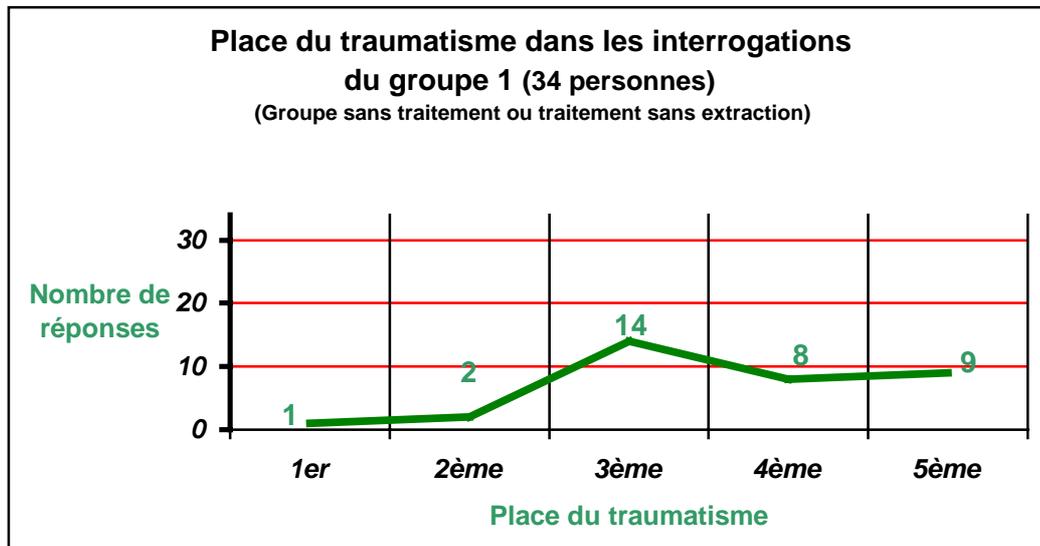


Figure 32

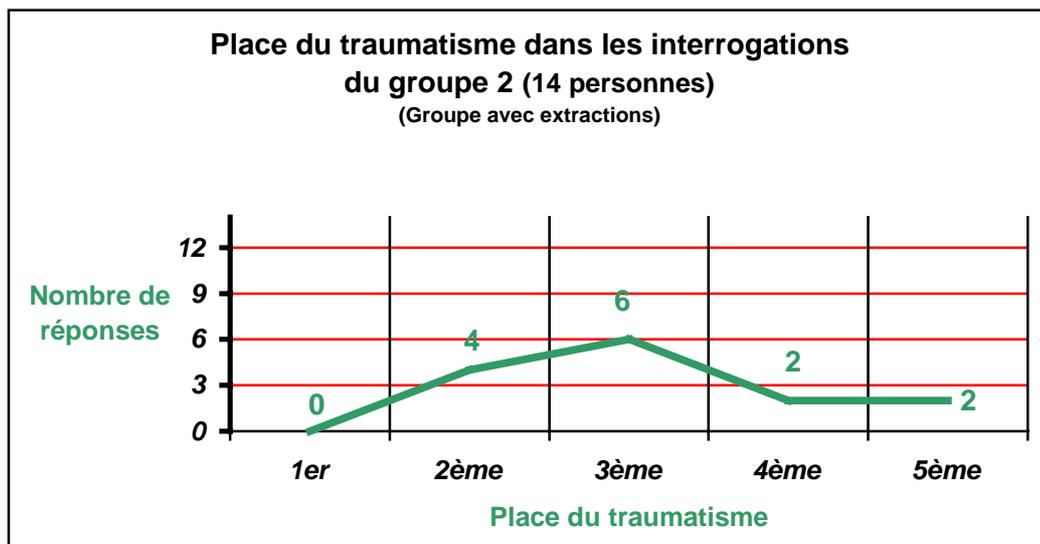


Figure 33

Le traumatisme que pourraient occasionner des extractions de dents saines chez un enfant occupe majoritairement la deuxième et la troisième place pour le groupe 2, et la troisième, quatrième et cinquième place pour le groupe 1.

Les parents des deux groupes ne sont pas indifférents à cet aspect de l'acte chirurgical. Cependant le traumatisme est une notion difficile à mesurer.

La nécessité de réaliser des extractions va-t-elle retentir sur la durée du traitement ?

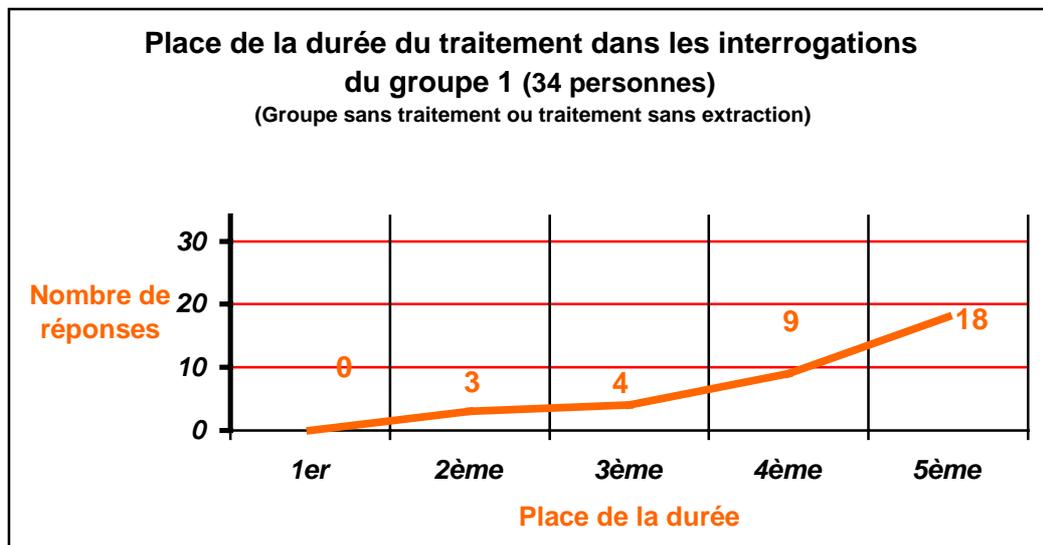


Figure 34

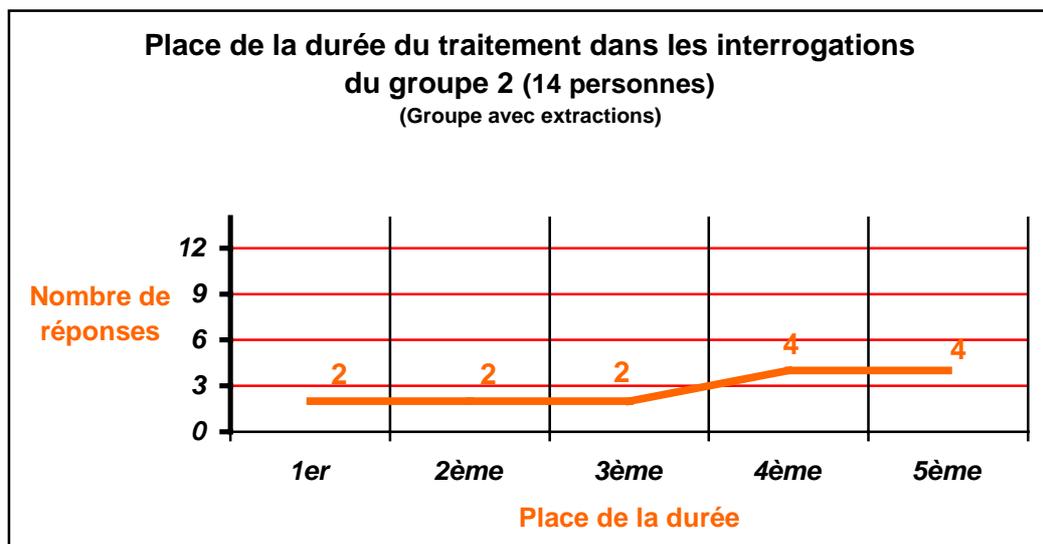


Figure 35

En ce qui concerne la durée du traitement, les résultats sont proches de ceux relevés pour la première série de questions.

Les extractions ont-elles une incidence sur l'esthétique du visage ?

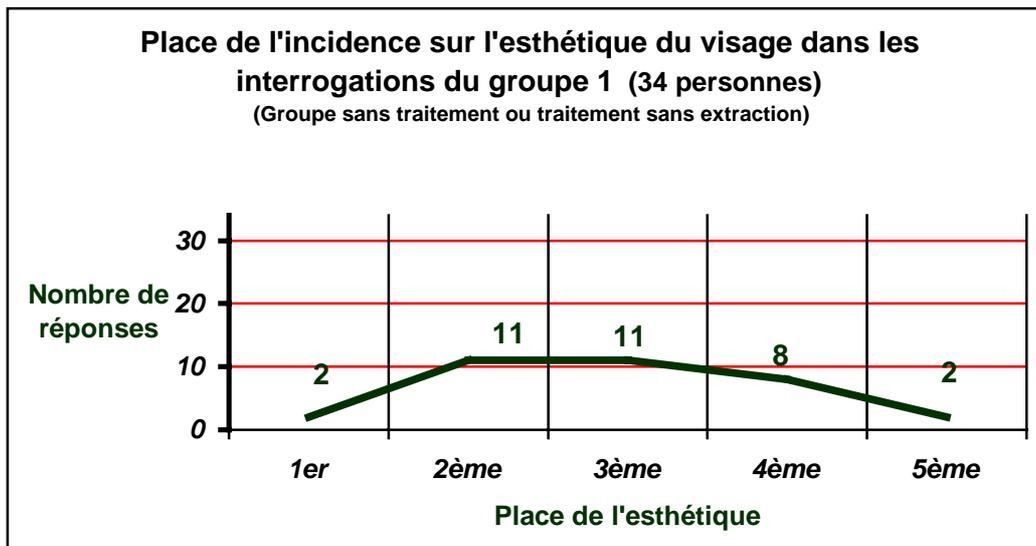


Figure 36

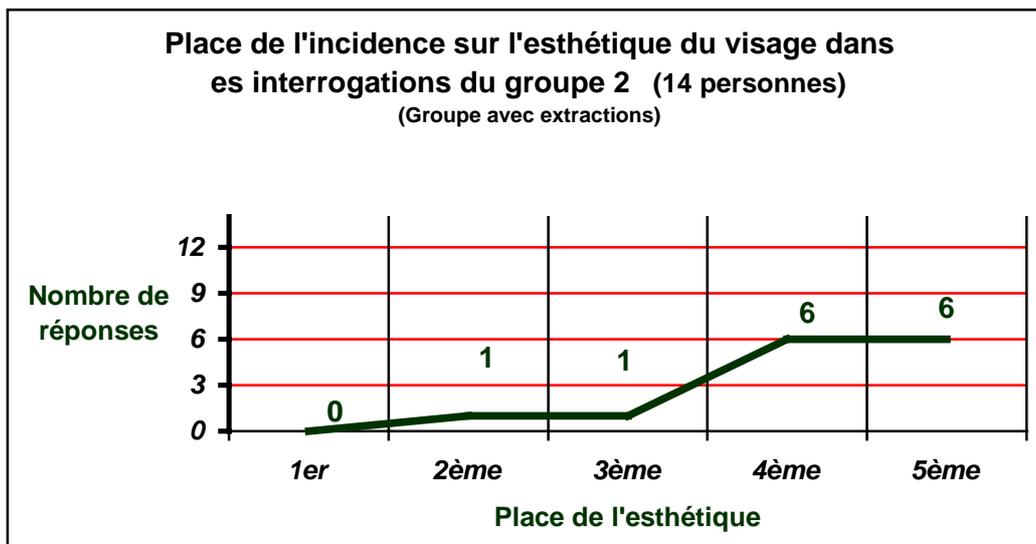


Figure 37

Pour le groupe 1 les conséquences esthétiques éventuelles des extractions occupent essentiellement les deuxième et troisième places.

Pour le groupe 2 dont les enfants ont eu un traitement avec extractions l'interrogation sur les conséquences esthétiques de ces extractions semble secondaire.

Les dents extraites risquent-elles de me faire défaut dans le futur ?

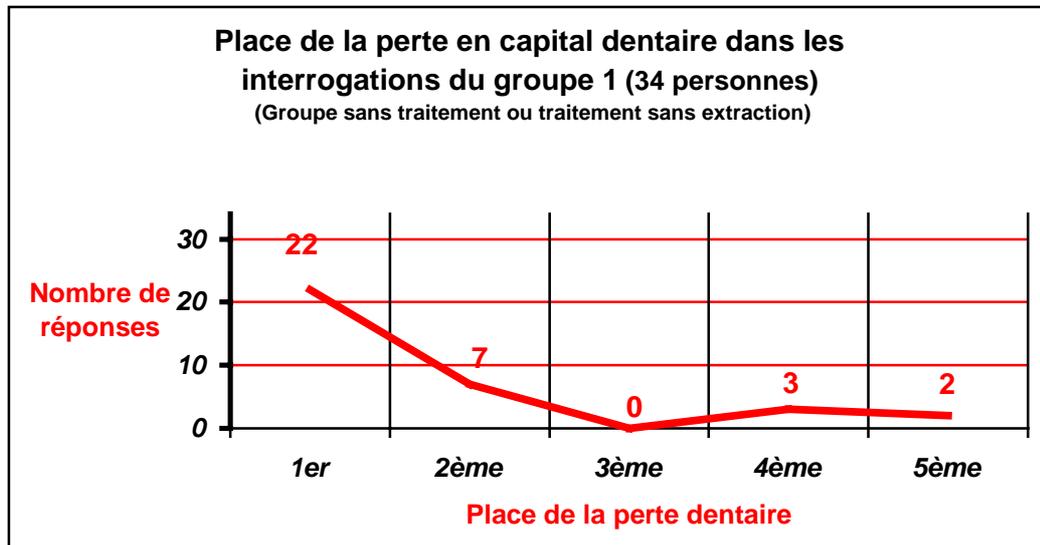


Figure 38

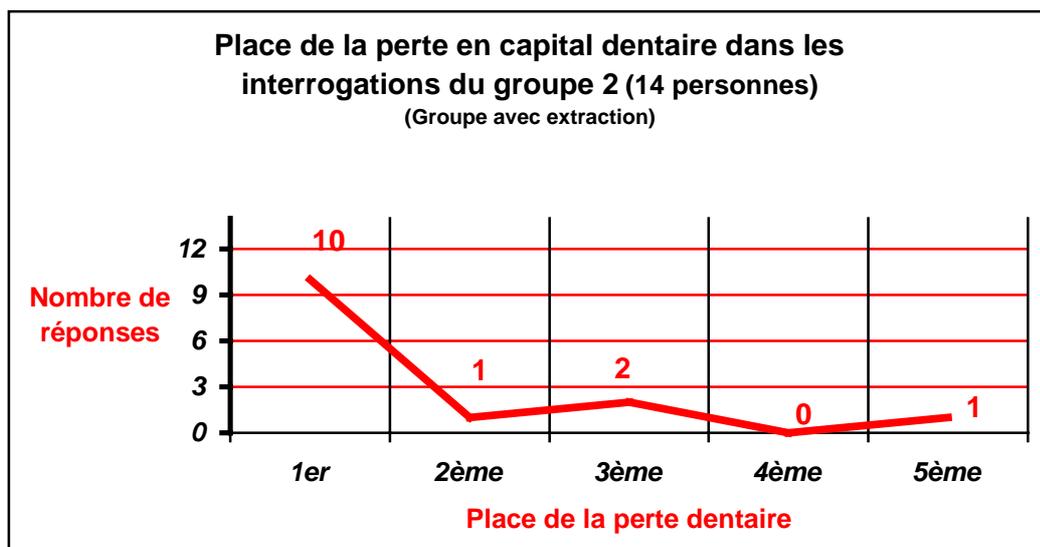


Figure 39

Les réponses corroborent parfaitement celles que nous avons relevées dans la première partie de l'étude.

Cette problématique de la réduction d'un capital dentaire par extractions de dents saines est très présente dans l'esprit des adultes qu'ils soient directement concernés ou qu'elles s'adressent à leurs enfants .

Pour les parents dont les enfants ont eu des extractions (groupe 2) la préoccupation reste très forte bien qu'ils aient donné leur consentement lors de la proposition de traitement.

Le fait qu'il s'agisse de dents saines aurait-il une influence sur votre interrogation ?

Questions 4 du Q3 et 5 – 12 du Q4

Pour l'étude des réponses à cette question ainsi que pour les suivantes, nous avons également distingué les 2 groupes précédemment décrits

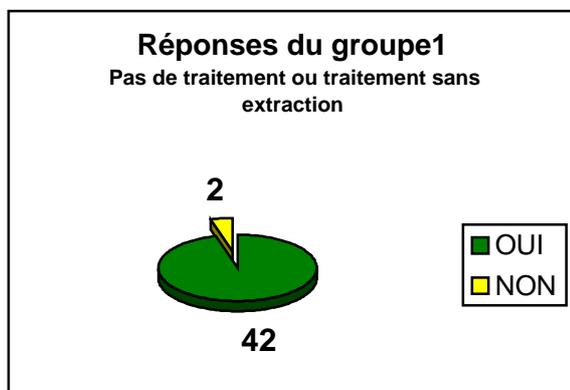


Figure 40

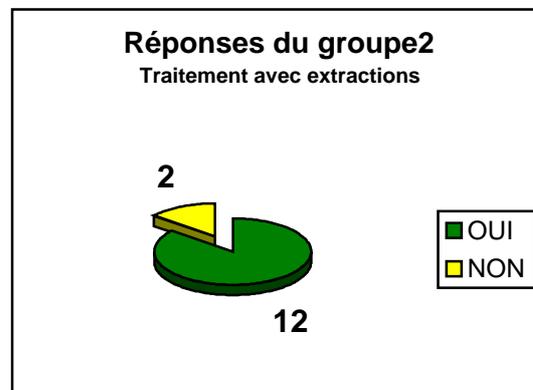


Figure 41

Quel que soit l'appartenance au groupe 1 ou 2, l'ensemble de l'échantillon est très sensible (90% des réponses) au fait que les dents à extraire soient des dents saines.

Le nombre d'extractions envisagées interviendrait-il dans votre interrogation ?

Questions 5 du Q3 et 6 - 13 du Q4

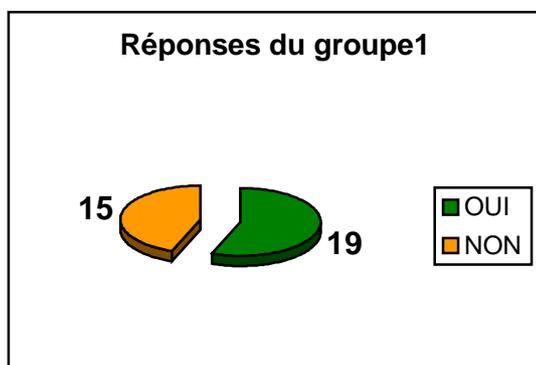


Figure 42

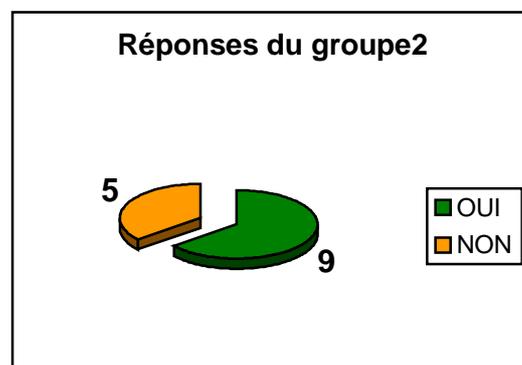


Figure 43

Le nombre d'adultes à signifier que le nombre d'extractions envisagées n'interviendrait pas dans leur interrogation est plus important dans la deuxième partie du questionnaire: 20 sur 48 (42%) que dans la première partie (Cf supra) : 15 sur 54 (27%).

Si ce nombre intervient, pour combien de dents ?

Pour cette question nous avons regroupé les réponses des groupes 1 et 2

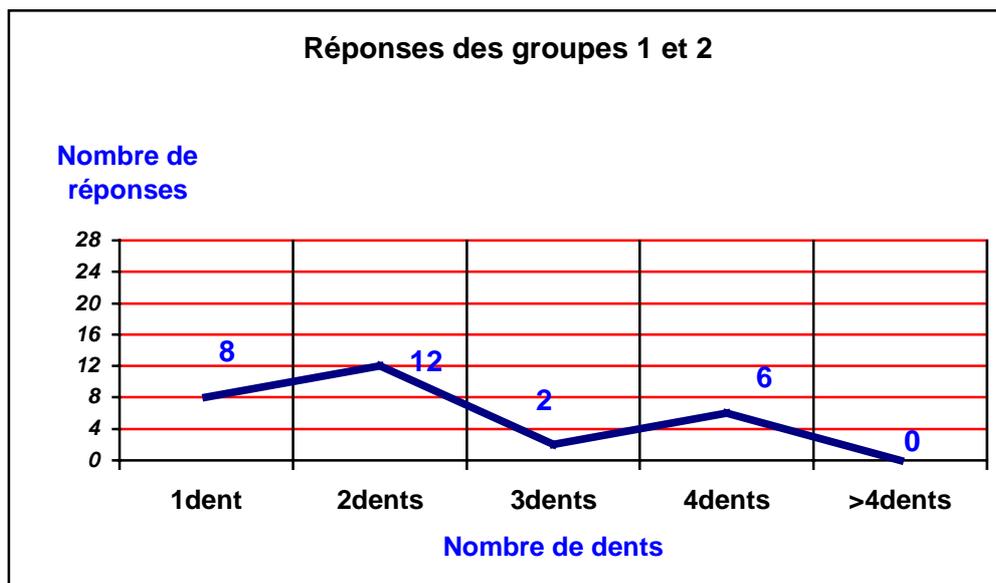


Figure 44

Pour 8 personnes sur 28 le nombre d'extractions envisagées intervient dans leur décision à partir d'une dent, pour 12 à partir de deux et pour 6 à partir de quatre.

Ces extractions de dents saines vous sembleraient-elles acceptables si l'objectif du traitement était :

Une amélioration de l'esthétique du sourire et du visage (**Esthétique**)

Une amélioration de l'alignement dentaire diminuant le risque de caries et de maladies des gencives (**Préventif**)

Une amélioration du fonctionnement des mâchoires par un meilleur affrontement des arcades dentaires maxillaires et mandibulaires (**Fonctionnel**)

Questions 6 du Q3 et 7-14 du Q4 :

Pour cette question nous avons distingué 3 groupes :

Groupe 1 Les personnes dont les enfants n'ont pas eu de traitement ODF

Groupe 2 Les personnes dont les enfants ont eu un traitement mais sans extraction

Groupe 3 Les personnes dont les enfants ont eu un traitement avec extractions.

Plusieurs réponses étaient autorisées Le meilleur score est grisé

Effectif par groupe	Esthétique	Préventif	Fonctionnel
Sans traitement : 25	10 (40%)	18 (72%)	12 (48%)
Traitement sans extraction : 9	6 (66%)	4 (44%)	3 (33%)
Traitement avec extractions : 14	12 (85%)	4 (28%)	7 (50%)
Total effectif : 48	28 (58%)	26 (54%)	22 (46%)

Il semble que les parents soient beaucoup enclins à accepter des extractions pour des objectifs thérapeutiques explicités lorsqu'il s'agit du traitement de leur enfant que de leur propre traitement :

58% contre 42 dans la première partie accepteraient des extractions dans un but de prévention des caries et des maladies parodontales

54% contre 35 dans la première partie les accepteraient pour un motif fonctionnel et 46% contre 23 dans la première partie dans un but esthétique.

Cette proposition d'extractions de dents permanentes saines vous amènerait-elle à consulter un autre orthodontiste pour avoir un deuxième avis ?

Questions 7 du Q3 et 8-15 du Q4

Pour cette question nous avons également distingué 3 groupes : Le meilleur score est grisé.

- Groupe 1 Les personnes dont les enfants n'ont pas eu de traitement ODF
- Groupe 2 Les personnes dont les enfants ont eu un traitement mais sans extraction
- Groupe 3 Les personnes dont les enfants ont eu un traitement avec extractions.

	OUI	NON
Groupe 1 (25)	6 (24%)	19 (76%)
Groupe 2 (9)	7 (88%)	2 (22%)
Total (34)	13 (38%)	21 (62%)

Pour le groupe 1: 24% consulteraient pour obtenir un deuxième avis

Pour le groupe 2: 88% consulteraient pour obtenir un deuxième avis

Ce résultat n'est pas surprenant : Les parents dont les enfants ont eu un traitement sans extraction préfèrent naturellement cette solution. Par contre ceux dont les enfants n'ont pas eu de traitement sont peu nombreux à envisager une telle démarche.

Ces pourcentages sont proches de ceux observés dans la première partie.

Pour le groupe 3 la formulation de la question était la suivante :

Cette proposition d'extractions de dents permanentes saines vous a-t-elle amené à consulter un autre orthodontiste pour avoir un deuxième avis ?

Nous avons donc distingué l'analyse des réponses de ce groupe des deux autres.

Le meilleur score est grisé

	OUI	NON
Groupe 3 (14)	1 (7%)	13 (93%)

Pour le groupe 3 sur les quatorze personnes dont l'enfant a eu un traitement avec extraction une seule a effectivement demandé un deuxième avis avant de consentir.

Ce n'est donc pas une pratique courante au sein de notre échantillon tout au moins.

Si vous pensez que ces extractions ne vous poseraient pas de problème, pourriez-vous dire pourquoi ? *Vous pouvez cocher plusieurs cases.*

Questions 8 du Q3 et 9 –16 du Q4

Compte tenu du faible nombre de réponses, (10) nous n'avons fait aucune distinction à l'intérieur de l'échantillon.

- Je m'en remets à la décision de l'orthodontiste : **8 réponses**
- J'ai lu ou entendu qu'il s'agissait d'un acte courant en orthodontie : **4 réponses**
- Une proposition similaire a été faite à des amis ou parents : **2 réponses**
- Au cours de mon propre traitement on m'a extrait des dents : **3 réponses**

Sur les dix personnes qui ont répondu qu'une proposition d'extraction pour leur enfant ne leur posait aucun problème :

- huit s'en remettent à la décision de l'orthodontiste
- Pour six d'entre elles c'est l'environnement et la médiatisation de cette thérapeutique qui est évoquée.
- Trois personnes se sont référées à leur propre traitement.

2.7 Synthèse de l'enquête

Alors que 14% seulement des sujets se disent profondément affectés par la perte d'une dent malade, 93% s'interrogent si la dent perdue est saine et si son extraction est proposée dans le cadre d'un traitement orthodontique.

La perte d'une dent de sagesse n'affecte que 7% des personnes.

La moitié de ceux qui ont bénéficié de soins orthodontiques a été très gênée par ce traitement et 20% seulement sont totalement satisfaits du résultat obtenu. Cependant 47% le sont moyennement. Il n'y a aucune différence sur le degré de satisfaction entre ceux qui ont eu des extractions et ceux qui n'en ont pas eu.

Mais 83% de ceux qui ont eu des extractions, les ont perçues comme un acte traumatisant. C'est surtout la perte d'un organe sain qui est mal perçue et le nombre d'extractions acceptables est préférentiellement de deux.

C'est la prévention des caries et des maladies des gencives qui est le meilleur argument pour justifier ces extractions alors que l'esthétique arrive en dernière position. Ces résultats nous interrogent sachant que le motif principal de consultation en orthodontie est d'ordre esthétique. Il faut noter que cette étude se place en dehors du cadre de la consultation médicale.

L'intention de recourir à un deuxième avis thérapeutique concerne essentiellement ceux qui ont bénéficié d'un traitement dans leur enfance, qu'ils aient subi ou non des extractions.

Les personnes indifférentes à l'annonce d'extractions pour raison orthodontique sont très minoritaires dans notre échantillon. Ces personnes s'en remettent pour la plupart à la décision de l'orthodontiste.

La deuxième partie (Questionnaires 3 et 4) révèle que parmi les enfants qui ont eu un traitement orthodontique 68% ont eu des extractions. Parmi les adultes qui dans notre échantillon avaient bénéficié de soins orthodontiques dans leur enfance, 40% avaient eu des extractions. Ces résultats tendent à indiquer que la fréquence des extractions est en augmentation.

Lorsque les extractions concernent leurs enfants l'interrogation des parents est moins prégnante que lorsqu'ils sont directement concernés. Mais, dans les deux cas, c'est toujours la réduction du capital dentaire qui est placée en premier lieu de leurs interrogations.

Le nombre d'extractions acceptables se situe majoritairement à deux et l'argument thérapeutique qui a le plus de chance de motiver le consentement est l'amélioration de l'esthétique.

La recherche d'un deuxième avis concerne surtout les parents dont les enfants n'ont pas eu d'extractions au cours de leur traitement. Par contre, ceux dont les enfants n'ont pas eu de traitement sont peu nombreux à manifester cette intention.

En pratique, une seule personne sur les quatorze dont les enfants ont déjà eu des extractions, indique qu'elle a pris un deuxième avis avant de consentir.

Les dix personnes sur cinquante huit qui indiquent que cette proposition pour leur enfant leur serait indifférente s'en remettent en majorité à la décision de l'orthodontiste. Certains se réfèrent à leur propre expérience, à des lectures ou à l'avis de proches.

2.8 Discussion

Les résultats de notre enquête montrent que les traitements orthodontiques comportant des extractions sont majoritaires. Tout au moins le sont-ils dans notre échantillon. Parmi les enfants qui ont eu un traitement 68% ont eu des extractions, parmi les adultes 40%.

Les résultats de cette enquête démontrent :

- Que la réduction du capital dentaire due aux extractions en orthodontie est un objet important d'interrogations chez les adultes pour eux-mêmes ou pour leurs enfants.

G. CANGUILHEM, observe que « *La nature a construit les organismes avec une grande prodigalité* » puisqu'il est possible de vivre avec un seul rein, un seul poumon... mais il ajoute : « *si la santé est un état instable par le fait qu'elle autorise des écarts à la norme, la maladie réduit par contre la marge de tolérance aux variations du milieu.* »

De fait, des extractions de dents saines, par exemple, quatre prémolaires, pour peu qu'elles s'accompagnent d'une gectomie des dents de sagesse, amputent d'un quart le capital d'une denture normale adulte. Le sujet va donc devoir veiller à ne plus perdre d'autres dents.

- Que les extractions constituent un acte traumatisant, comme les adultes qui, dans notre échantillon, en ont subi au cours de leur traitement orthodontique, en témoignent.

Ceci nous interroge sur cet pratique qui, dans 80% des cas s'adresse à des enfants dont l'avis et la perception sont rarement évoqués dans la littérature. Cette perception nociceptive de l'enfant est-elle prise en compte alors que la discussion s'instaure entre les parents et le praticien ? Dans notre enquête, les parents classent la douleur en deuxième position de leur préoccupation s'il s'agit de leur enfant, ce qui n'est pas le cas lorsqu'ils sont eux-mêmes impliqués. Selon Hans JONAS, la responsabilité des parents à l'égard de leurs enfants est une des deux formes paradigmatiques de la responsabilité, au sens d'une mission sans réciprocité assignable à l'égard des plus fragiles et des plus menacés dans le futur. Notre devoir de soignant nous impose dans un esprit de sollicitude de prendre en compte cette perception des patients, dans nos décisions thérapeutiques et dans notre relation avec ces derniers.

Les dix personnes sur cinquante huit qui indiquent que cette proposition pour leur enfant leur serait indifférente s'en remettent en majorité à la décision de l'orthodontiste. La confiance dans le savoir médical et dans le praticien est donc très forte. Le faible taux de recherches effectives d'un deuxième avis thérapeutique en est aussi une manifestation. De plus, une argumentation du praticien, sur les bénéfices thérapeutiques qu'on peut attendre des extractions, en particulier esthétiques chez l'enfant, permet généralement d'obtenir le consentement. Ce qui nous renvoie au principe de responsabilité.

3 Entretiens avec des praticiens

3.1 Objectifs

La réalisation de ces entretiens a pour objectifs :

- D'apprécier l'évolution éventuelle du consentement aux extractions orthodontiques au cours des deux dernières décennies
- De confronter les résultats de notre enquête auprès des patients, à l'avis de quelques praticiens.

3.2 Méthodologie

3.2.1 Choix de l'échantillon

Comme nous l'avons évoqué dans l'exploration de la problématique et dans les résultats de la recherche historique de la décision d'extractions, les attitudes préférentiellement extractionnistes ou non extractionnistes dépendent en premier lieu des origines universitaires du praticien ainsi que de son appartenance à telle ou telle société scientifique orthodontique.

Actuellement, l'enseignement dans les différentes facultés françaises, tend à s'harmoniser progressivement. Mais cette harmonie n'a pas toujours existé, et la majorité des orthodontistes en exercice aujourd'hui ont connu cette époque des préférences universitaires.

Nous avons donc choisi d'essayer de contacter des praticiens répartis sur l'ensemble du territoire Métropolitain plutôt qu'appartenant à une seule région..

3.2.2 Description de l'échantillon

Nous avons réalisé onze entretiens. Tous les praticiens ont au moins quinze ans d'expérience en orthodontie et jusqu'à 35 ans ; six ont des fonctions universitaires. Etant donné le caractère impromptu de notre démarche, les confrères que nous avons contactés sont des praticiens avec lesquels nous avons eu des relations professionnelles directes ou indirectes dans le passé. Cependant, leur appartenance aux différents courants de pensée orthodontique sont très diverse.

Leur distribution géographique sur le territoire métropolitain est la suivante :

Paris et région parisienne : Six praticiens en exercice.

Région Ouest : Quatre praticiens en exercice.

Région Est : Un praticien sans exercice libéral.

Nous avons noté pour chacun d'eux, l'année et la faculté de délivrance du diplôme de docteur en chirurgie dentaire.

3.2.3 Déroulement des entretiens

Les échéances du DEA ne nous ont pas permis de nous déplacer chez chaque praticien, les entretiens se sont donc déroulés par téléphone.

Nous avons nécessairement limité le nombre des questions pour cette raison :

1^{ère} Question :

Y-a-t il eu une modification des réactions des parents au cours des deux dernières décennies lorsque des extractions sont proposées ? Oui - Non

Si oui quelle en est pour vous la raison ?

2^{ème} Question :

Les questions qu'ils posent à ce propos sont-elles différentes aujourd'hui d'hier.

3 ème Question :

Quelles questions posent-ils aujourd'hui ?

L'énumération des questions était précédée d'un bref exposé de la recherche :

Son cadre : Le DEA d'éthique médicale et biologique à la faculté NECKER.

Son thème : Réflexion éthique sur les extractions en ODF

Le travail déjà effectué : la recherche bibliographique et l'enquête.

Nous avons noté simultanément, les réponses avec le maximum de fidélité pour ne pas déformer les propos de nos interlocuteurs.

3.3 Résultats

3.3.1 Paris et région parisienne

Entretien N°1 - Docteur M. - Faculté de Paris 1972

Les parents réagissent mieux en général, sauf les anti-extractions irréductibles. Ils connaissent souvent plusieurs cas traités de cette façon et ils ont pu juger du résultat. Les explications qui sont données avec moulages et radios sont sans doute aussi plus claires. Les questions posées sont par contre à peu près les mêmes.

Entretien N°2 - Docteur P. - Faculté de Nantes 1970

Il y a effectivement un changement important dans les réactions des parents vis à vis des extractions pour leur enfant.

En 1978, au début de mon exercice, parler d'extractions de dents saines pour en mettre d'autres en meilleure position créait un choc chez les parents. Ils n'en comprenaient pas la nécessité. De plus pour leur génération, les soins n'étaient pas aussi performants qu'aujourd'hui. Des dents cariées étaient souvent extraites et il fallait donc garder toutes ses dents. Maintenant, en l'an 2000, les enfants n'ont plus beaucoup de caries. Le message des extractions pour une meilleure fonction ou un meilleur esthétique est bien passé, tant au niveau des praticiens généralistes qu'au niveau des parents. Ils ont vu des résultats concluant dans la famille ou chez des amis.

Les questions posées par les parents ne sont pas différentes, mais il y en a de nouvelles. Ils demandent souvent ce que vont devenir les espaces, si les dents de devant ne seront pas trop rentrées. Ils posent aussi des questions sur la mécanique : Comment allez vous faire ? En fait, ils sont plus curieux qu'autrefois.

Entretien N°3 - Docteur F. - Faculté de Paris 1965

Il n'y a pas de modification dans les réactions des parents, sauf pour les extractions de dents de sagesse en fin de traitement qui ne posent plus de problème. Sinon, extraire des dents saines, ça ne passe pas. Surtout sur des arcades alignées quand il faut juste corriger le décalage antéro-postérieur. Les questions que posent les parents aujourd'hui sont les mêmes qu'il y a quinze ans.

Entretien N°4 - Docteur D. - Faculté de Paris 1970

Aujourd'hui les réactions des parents sont positives, car ils sont mieux informés par leur dentiste généraliste qui nous les adresse que des extractions seront sans doute nécessaires. Les médias jouent aussi un rôle important.

Autrefois, ils nous interrogeaient sur les autres solutions possibles, aujourd'hui il n'y a plus de problème.

Entretien N°5 - Docteur S. - Faculté de Paris 1979

Oui les réactions des parents ont vraiment changé. C'est rentré dans les mœurs. Les gens acceptent beaucoup mieux les extractions.

De plus, on explique mieux nos objectifs car on a davantage d'arguments. Il y a moins de questions.

Entretien N°6 - Docteur H. - Faculté de Paris 1970

Le problème des extractions a beaucoup évolué. Ce n'est plus le combat de « chapelles » que se sont livré CASE et ANGLE ou ANGLE et TWEED. En fait chacun avait raison dans des concepts différents. Il ne faudrait pas réveiller ces vieilles querelles. Les patients en bi-protrusion, sont contents de trouver un extractionniste pour résoudre l'équilibre de leur profil et ne plus ressembler à une bipro ethnique. D'ailleurs dans ce cas ce sont les parents qui sont demandeurs.

Si par contre, on propose des extractions parce que le degré de version des incisives inférieures est augmenté par rapport à la norme d'une école de pensée, c'est inacceptable surtout si le profil du patient est normal. Il y a quelques années déjà que les orthodontistes se réfèrent plus à l'équilibre du profil, qu'à la version des incisives.

Une autre proposition d'extractions ce sont les encombrements. Les parents comprennent bien cette notion de dysharmonie entre les dents et le squelette.

3.3.2 Région Ouest

Entretien N°7 - Docteur G. - Faculté de Nantes 1971

Il est plus facile de faire accepter des extractions aujourd'hui, parce que beaucoup de parents ont dans leurs relations des amis ou de la famille dont un enfant a eu des extractions. L'accord des parents dépend de la force de conviction du praticien, mais la proposition passe mieux si on indique qu'on va essayer d'abord sans extraction et qu'on ne le fera que s'il est impossible de faire autrement.

Il y a quinze ans les parents ne comprenaient pas qu'on enlève des dents qui n'étaient pas malades. Aujourd'hui, ils ne posent plus ce genre de questions.

Entretien N°8 - Docteur R. - Faculté de Nantes 1970

Au début de mon exercice, je faisais davantage d'extractions et s'était difficile à faire admettre. Il fallait démontrer que c'était indispensable, il y avait un grand scepticisme de la part des parents. La céphalométrie était incompréhensible pour eux. Ils posaient aussi des questions sur les espaces après les extractions.

Aujourd'hui, j'en fais rarement, mais la tendance à la réticence vis à vis des extractions tend à augmenter en particulier chez les adeptes des médecines globalisantes et naturelles.

Entretien N°9 - Docteur F. - Faculté de Nantes 1967

Il n'y a aucune différence dans les réactions des parents, tout simplement parce que j'ai toujours justifié la nécessité d'extraire par une argumentation clinique que mes patients n'ont jamais contestée.

Entretien N°10 - Docteur A. Faculté de Nantes 1972

Les trois questions que vous posez me semblent un peu pauvres. On reste sur sa faim, alors qu'on aurait envie de dire beaucoup de choses sur un tel sujet.

Certainement qu'avec les récives, les extractions risquent de poser des problèmes dans l'avenir, sans doute sous la poussée des réflexions éthiques et juridiques aux Etats Unis.

Pour répondre aux questions posées, il n'y a pas de modification des réactions des parents. Ils font confiance, en fait ce qui compte c'est la conviction du praticien.

Pour les dents de sagesse il n'y a plus aucun problème. Souvent ce sont les parents qui demandent s'il ne faut pas les enlever pour éviter que les autres dents bougent après le traitement.

J'ai remarqué un phénomène nouveau : On propose des extractions... les parents disent on va réfléchir et ils reviennent une ou deux semaines après en indiquant que l'adolescent refuse...

Il faudrait développer l'étude en fonction des dysmorphoses et en fonction des « techniques des praticiens»:

Pour les encombrements pas de problème parce que cela se voit, par contre pour les classes II 1 (Incisives supérieures trop en avant ou mandibule trop en arrière) c'est parfois difficile.

3.3.3 Région Sud-est

Entretien N°11 Docteur P. - Faculté de Paris 1961

Oui, les choses ont certainement changé. En fait le problème a surtout existé entre les années 68 et 80 parce que les extractions étaient un phénomène nouveau. A l'époque le nombre d'édentés était important et les gens ne comprenaient pas qu'on enlève des dents qui n'avaient pas de carie. Ils ne comprenaient pas comment on allait réarranger les dents et on n'avait pas de cas traités à leur montrer, avec des arcades en fin de traitement.

Le deuxième problème, c'était de convaincre les dentistes d'enlever des dents saines.

Le troisième problème que j'ai rencontré avec les extractions, provenait quand on était universitaire comme moi, des oppositions qui existaient à l'époque entre les grands patrons. Certains étaient farouchement opposés comme Madame TACAIL et d'autres les acceptaient volontiers comme O'MEYER.

Depuis les années 80, je n'ai pas trouvé de grands changements dans les questions qui sont posées par les parents, ils demandent encore souvent s'il n'y a pas un autre moyen.

3.4 Analyse des résultats

8 praticiens sur 11 estiment qu'il est plus facile aujourd'hui d'obtenir un consentement à une prescription d'extractions de dents saines que par le passé:

5 sur 6 en région parisienne et 2 sur 4 pour la région Ouest. On peut donc penser qu'il y a un réel changement dans la perception des extractions des dents saines en orthodontie par les parents, mais ce changement est plus profond en Ile de France que dans l'Ouest

5 sur 10 estiment que les questions que les parents posent aujourd'hui sont différentes de celles du passé : 3 sur 5 en région parisienne (un des praticiens n'a pas répondu à cette question), 2 sur 4 pour la région Ouest. Les résultats de cette question corroborent ceux de la précédente, sur la prégnance de l'évolution en Ile de France

Six éléments nouveaux sont pour les praticiens interrogés, à l'origine de l'attitude plus favorables des parents face aux extractions :

- La possibilité de mieux expliquer à partir d'autres cas traités : 3 praticiens
- Les expériences similaires vécues par des proches des parents : 3 praticiens
- L'information et les médias : 2 praticiens
- La diminution de l'inquiétude des parents sur la perte des dents: 3 praticiens
- L'attitude plus positive des généralistes vis à vis des extractions : 3 praticiens.
- Une tentative de traitement sans extraction avant de les proposer : 1 praticien

Deux arguments peuvent par contre s'opposer au consentement :

- L'existence d'arcades bien alignées : 2 praticiens
- L'attirance pour les médecines naturelles et globalisantes : 1 praticien

3.5 Discussion

Si le consentement aux extractions de dents saines semble aujourd'hui plus facile à obtenir, il existe des différences régionales importantes dans cette appréciation.

Doit-on en déduire, que dans un contexte où les patients sont de mieux en mieux informés, il existe des pratiques sociales différentes sur les extractions orthodontiques selon les régions ?

Comme les praticiens en font état, l'avis des proches ou d'amis joue un rôle important dans la valeur que le patient accorde à la proposition thérapeutique qui lui est faite. Les préférences régionales dans les pratiques orthodontiques, issues comme nous l'avons précisées des cursus universitaires, modifient les conditions du consentement.

Le consentement libre, tel qu'il est défini dans le code de déontologie n'est pas toujours réel. L'influence des médias et de l'environnement rend souvent inopérante cette liberté, à l'insu du praticien.

La confrontation des résultats de ces entretiens, avec ceux de notre enquête auprès des parents, nous amène à formuler plusieurs remarques :

93% des parents indiquaient que l'annonce des extractions leur posait un problème, or huit praticiens sur onze (73%) estiment qu'aujourd'hui le consentement est obtenu facilement, il y a donc une grande divergence de résultats dans les deux approches méthodologiques.

De toutes les interrogations des parents, c'est la perte d'un organe sain qui est la plus prégnante, alors que les praticiens pensent que cette inquiétude n'est plus d'actualité du fait de l'amélioration des soins conservateurs.

Il faut observer que notre enquête s'est située hors du cadre de la consultation et donc de toutes influences ou de justifications par un praticien. Elle s'est placée sur le fond de la perception des parents ; ce qui correspond à une situation artificielle, mais qui a pour mérite de renforcer l'indépendance des réponses. Les praticiens interrogés par contre, ont fait part de leur vécu clinique. La confrontation de ces deux méthodes, nous permet de formuler l'hypothèse que l'apparente facilité d'obtention du consentement cache peut-être des interrogations réelles de la part des patients et qu'il conviendrait de s'interroger sur la relation patient praticien dans le cadre de cette pratique.

3.6 critique de la méthode

Il ne peut s'agir que d'entretiens exploratoires, compte tenu du peu de questions qui ont pu être posées et du faible nombre de praticiens impliqués.

L'outil Internet par un forum annoncé aurait peut-être été plus efficace. Cette méthode pourrait être retenue pour un approfondissement ultérieur de cette recherche.

Au cours de ces entretiens trois confrères ont souhaité s'exprimer sur le fond de la problématique :

L'un d'entre eux pense qu'elle n'existe pas, c'est la conviction du praticien qui importe. Un autre pense, qu'il faut agir avec prudence pour ne pas réveiller la guerre des « chapelles ». Un dernier estime, que la profession doit s'interroger rapidement avant que les médias ne le fassent, en particulier du fait des récidives.

SYNTHESE

Notre question de départ avait pour but d'évaluer, si la réflexion éthique pouvait apporter un éclairage nouveau à la problématique des extractions de dents saines permanentes en orthodontie.

Au cours de notre démarche exploratoire, nous avons essayé de relever dans les critères décisionnels actuels, de ces extractions, les situations de tension qui conduisent à des antagonismes entre les incertitudes avouées de certains praticiens, et les attitudes dogmatiques des autres.

En rapprochant cet acte chirurgical d'autres modèles spécifiques, comme les amygdalectomies par exemple, nous nous sommes interrogés sur la perception nociceptive et de mutilation que ces extractions pouvaient éventuellement représenter pour les patients. Le consentement est-il toujours serein ou emprunt d'interrogations ?

Cette démarche exploratoire, nous a permis de dégager trois axes de recherche dans l'approche éthique de notre problématique :

- Le premier concerne les fondements historiques de cette décision thérapeutique, et les réflexions éthiques qu'ils suscitent.
- Le deuxième concerne la perception des patients par rapport à cette proposition thérapeutique.
- Le troisième, l'évolution de la nature du consentement.

Notre travail de recherche s'est déroulé en trois étapes :

- La première a consisté en une recherche bibliographique sur les origines historiques des extractions en orthodontie, essentiellement depuis le début du siècle.
- La deuxième, sous forme d'une enquête auprès d'un échantillon d'adultes, a eu pour but de mieux cerner la perception de cette pratique dans la population.
- La troisième a utilisé la méthode des entretiens avec des praticiens, centrés sur le consentement aux extractions orthodontiques.

La confrontation des résultats de ces trois approches aux concepts philosophiques de bienfaisance de la morale médicale, nous a permis d'en souligner les contradictions.

Dans un premier temps, notre recherche bibliographique nous a permis de proposer trois éléments, qui concomitamment auraient participé aux fondements historiques de cette décision.

- La nécessité de trouver des réponses, à la très grande fréquence des récidives orthodontiques, aurait conduit certains orthodontistes américains à construire des modèles interprétatifs de ces récidives, promoteurs des extractions.
- Les échecs de certains orthodontistes, dans la mise en œuvre des thérapeutiques alternatives aux extractions, qui consistent à augmenter par expansion les dimensions des arcades dentaires, les auraient amenés à l'option extractionniste.
- Enfin, le développement des appareillages fixés sur les dents, qui en augmentant à la fois la précision, et l'amplitude possible des déplacements dentaires aurait rendu moins difficiles les traitements comportant des extractions.

Dès les années 30, C.H. TWEED (Tucson U.S.) , postule que la seule solution pour éviter les récidives orthodontiques, alors très nombreuses, est de diminuer le nombre de dents par extractions. Une majorité d'orthodontistes le suivent dans cette thèse. Les progrès de la

radiographie céphalique, permettent à TWEED de déterminer des normes permettant de positionner les dents par rapport au profil de façon à éviter les récidives. Ces normes imposent des extractions dans 80% des cas. Dans les années 80, la publication de travaux américains révèle que les extractions ne permettent aucunement d'éviter les récidives orthodontiques. 20 à 30% seulement des traitements avec extractions sont stables sur le plan dentaire, à moyen et à long terme. Ces publications interrogent la profession sur la valeur épistémologique des modèles de raisonnement qui ont justifié la décision d'extraire et qui devaient prévenir la survenue des récidives.

En France, dès 1948, un pneumologue de renom, affirme les bienfaits sur la physiologie respiratoire, des remodelages indirects des cavités nasales, imputables aux traitements d'orthopédie dento-faciale. Alors que des ORL (GRAY, HAAS) confirmeront cette thèse plus tard, une minorité seulement d'orthodontistes l'intégreront. Un premier clivage s'opère entre les détracteurs et les promoteurs des extractions. Les premiers fondent leur position sur la conservation du capital dentaire et sur les bénéfices fonctionnels de l'expansion orthopédique précoce maxillo-nasale, les seconds réfutent cet argument fonctionnel et s'appuient sur les normes statistiques dento-squelettiques, issues pour la plupart des études américaines. On peut s'interroger sur le rôle d'une spécialisation odontologique trop précoce des orthodontistes dans leur cursus médical, dans cette incapacité à intégrer ces interactions physiopathologiques. La spécialisation conduit à une vision parcellaire du patient, le praticien devenant incapable de l'appréhender dans sa globalité.

L'arrivée de nouveaux moyens thérapeutiques, venus également des Etats unis dans les années 60 en facilitant les déplacements dentaires vont favoriser les indications d'extractions dont la fréquence sera multipliée par cinq entre 1953 et 1963. On doit donc en déduire que les critères décisionnels d'extractions ont été modifiés par les nouveaux moyens thérapeutiques mis à disposition du praticien ? Sans préjuger du bien fondé des indications de ces extractions, ces faits nous interrogent sur l'indépendance des décisions médicales à l'égard de ces nouveaux moyens thérapeutiques. Rappelons que, les principes de responsabilité, de vigilance et d'évaluation des pratiques, imposent au praticien, dans le respect de sa mission de bienfaisance, de s'assurer de leur efficacité réelle en terme de bénéfice pour la santé du patient. Au terme de cette recherche bibliographique, nous devons souligner l'absence dans la littérature que nous avons consultée, de toute approche du consentement des patients aux extractions.

L'enquête que nous avons menée auprès de 65 adultes nous a permis de recueillir 58 questionnaires exploitables.

Notre but, était d'obtenir principalement, des informations sur la perception de la population, vis à vis d'une proposition d'extractions de dents saines permanentes, dans le cadre d'un traitement orthodontique. Les résultats indiquent que pour 93% des personnes de l'échantillon, une telle proposition, est l'objet d'interrogations importantes. La réduction du capital dentaire est la plus prégnante de leurs interrogations, la crainte de la douleur de l'acte chirurgical, et le traumatisme qui pourrait les affecter lors de cette amputation est également présente, mais vient en second plan. Le fait qu'il s'agisse de dents saines joue un rôle important pour 90% d'entre eux. Lorsque l'extraction concerne une dent malade, ils ne sont que 14% à être très affectés par cette perte dentaire. Dix personnes sur les douze qui ont subi des extractions au cours de leur traitement, en ont gardé le souvenir d'un acte traumatisant. Nous devons donc nous interroger, sur la légitimité de la banalisation de cet acte au sein de la profession. Notre devoir de sollicitude, nous impose de prendre en compte cette perception des patients, dans nos décisions thérapeutiques et dans notre relation avec ces derniers. L'enquête révèle par ailleurs, que la confiance dans le praticien reste forte, 25% seulement des adultes dont les enfants n'ont pas eu encore de traitement, demanderaient un deuxième avis thérapeutique. En pratique, au sein de

notre échantillon, une seule personne ayant un enfant dont le traitement s'est accompagné d'extractions a fait état de cette démarche.

Lors de la troisième phase de notre recherche, les onze praticiens avec lesquels nous nous sommes entretenus, avaient tous au moins quinze ans d'expérience dans la pratique de l'orthodontie. Le but de ces entretiens, était d'apprécier l'évolution des comportements des parents, au cours des deux dernières décennies, dans le consentement aux extractions orthodontiques. Huit praticiens sur onze, considèrent que l'évolution a été très positive, et que le consentement ne pose plus les problèmes du passé. La raison principale invoquée par les praticiens face à cette évolution, est l'intégration de cet acte comme pratique courante et banalisée dans l'esprit des patients. Cependant, nous avons relevé des différences régionales, sur cette appréciation. Par ailleurs, les résultats de ces entretiens, sont en contradictions avec ceux de l'enquête que nous avons menée auprès des patients. Nous devons donc nous interroger sur la nature de la relation patient praticien qui s'instaure lors de cette proposition thérapeutique. Quelle est l'influence de la banalisation de cet acte pour le praticien, sur les non-dit des parents ? On peut avancer l'hypothèse, que pour certains l'asymétrie encore prégnante de la relation patient praticien, ne leur permet pas d'exprimer pleinement les interrogations qui les habitent. Quelle place occupe les médias et l'avis des proches dans le consentement ?

CONCLUSION

Concernant la décision thérapeutique, notre recherche bibliographique nous a permis de d'identifier les sources historiques qui ont conduit à cette pratique, et leur rôle dans certaines attitudes dogmatiques aujourd'hui. La réflexion éthique par rapport à ces sources, nous guide vers une révision permanente des valeurs sur lesquelles nous fondons nos pratiques médicales. Ainsi, nous pensons que certains modèles de raisonnement qui ont légitimé les extractions de dents saines en orthodontie, et secondairement ont conduit à leur banalisation doivent être remis en cause.

Pour P. RICOEUR la visée éthique débute par l'estime de soi. C'est le respect du soi à travers la validité de nos actes; c'est savoir rompre avec les idées reçues; agir plutôt que subir. Les travaux de LITTLE et RIEDEL ont prouvé que les extractions n'étaient pas garantes de la stabilité des résultats des traitements orthodontiques, alors que c'est un des arguments principaux qui en avait légitimé la pratique.

Le traitement préventif de l'ostéoporose par le fluor qui avait pourtant reçu l'assentiment des conférences de consensus, s'est révélé vingt ans plus tard inefficace et porteur d'effets secondaires préjudiciables.

Pour J. PHILIPPE, président de la société française d'orthopédie dento-faciale « *si nos déplacements dentaires sont limités dans l'espace, ils le sont encore plus dans le temps.* »

Devons nous continuer à amputer nos patients, dans le but certes légitime, d'une amélioration de l'alignement et de l'occlusion dentaire, voire de l'embellissement du sourire, mais en sachant que ces bénéfices risquent de n'être que temporaires ?

Concernant le consentement aux extractions, nous avons posé l'hypothèse d'une liberté relative, et d'interrogations non avouées de la part des patients. Les résultats de notre enquête confirment la prégnance de ces interrogations, dominées par la perception mutilante d'une perte d'organe sain. Si cette perception, ne conduit pas à une opposition formelle des patients aux extractions, elle justifie de la part du prescripteur de ne pas en ignorer l'existence. Cette dimension, du devoir de sollicitude envers le patient, le « tu » de P. RICOEUR doit occuper une place importante dans nos choix thérapeutiques; place qu'elle n'a pas toujours. De plus, il faut souligner que, dans quatre vingt pour cent des cas, c'est le parent qui consent pour un acte exécuté sur la personne de l'enfant. Cette étude ne nous a permis de connaître le sentiment des enfants vis à vis des extractions, qu'à travers les souvenirs qu'en ont les adultes, qui dans notre échantillon ont bénéficié de soins orthodontiques. Rappelons que dans notre échantillon, les extractions, ont laissé, pour plus de 80% le souvenir d'un acte traumatisant.

Les résultats des entretiens avec les praticiens, soulèvent quant à eux, le problème de l'indépendance du consentement, lorsque les médias et les pratiques sociales participent à la reconnaissance, voire la banalisation d'un acte de soins. Les contradictions de ces résultats avec ceux de l'enquête, signent sans doute une situation complexe de la relation patient praticien, pour lesquelles, M. WOLF remet en cause la méthode disjonctive, souvent utilisée en médecine, et qui dissocie les valeurs scientifiques, des valeurs philosophiques, sociales, et juridiques. Il propose un nouveau modèle paradigmatique de cette relation, par une approche transdisciplinaire, qui inclus d'une part la reconnaissance de la complexité et le refus des modèles réducteurs, et d'autre part la remise en cause d'un seul niveau de réalité.

Si en effet la santé se résume trop souvent pour le praticien, à la relation à des normes connues, pour le patient en revanche, la notion est plus complexe car elle inclut :

- La perception concrète de son corps (bien être physique)
- La relation avec son environnement, essentiellement défini par le milieu socio-culturel.

Par sa constitution morphologique, psychologique, sociale, économique et culturelle, chaque individu est unique.

Cette remarque rappelle, que toute activité médicale, s'inscrit dans le lien social, dont elle ne peut s'absoudre. La prise en charge des soins orthodontiques par la collectivité pose le problème de l'efficacité. Quel est le rendement, en termes de production de santé que les extractions orthodontiques revendiquent à leur actif, en fonction des ressources qui leur sont allouées ?

Cette question s'inscrit dans l'engagement du soignant vis à vis du « tiers absent » dont parle Paul RICOEUR, et qui s'exprime dans l'institution

Faisant référence aux bénéfices respiratoires des expansions maxillo-nasales J.TALMANT fait la remarque suivante « *Et si l'orthodontiste devenait thérapeute* ».

Comme nous l'avons précisé en introduction, l'opposition sur les indications d'extractions en orthodontie porte sur la possibilité ou non d'intervenir sur le déterminisme morphologique des bases osseuses maxillo-faciales. De nombreux travaux confirment l'hypothèse des améliorations de la perméabilité des voies aériennes supérieures, qui accompagnent les thérapeutiques d'expansion orthopédique précoce maxillo-nasale. A condition toutefois, précise J. TALMANT, de s'assurer conjointement de la prise en charge médicale de l'éventuelle pathologie chronique de la muqueuse nasale, dont on connaît la prévalence dans les sociétés modernes. L'orthopédie précoce dans ce cas, permet chez l'enfant, la plupart du temps, d'éviter les extractions. A côté de son rôle prophylactique, sur la pérennité dentaire, social, par l'amélioration du sourire, l'orthopédie dento-faciale pourrait donc contribuer au traitement des pathologies respiratoires chroniques chez l'enfant. En terme de santé publique, cette remarque ouvre des perspectives nouvelles.

Cependant, il n'existe pas aujourd'hui de consensus majoritaire au sein de la profession orthodontique concernant cette thèse. Et, comme tout modèle interprétatif, elle doit faire l'objet d'évaluations et être mise à l'épreuve du temps. En se souvenant qu'« *En recherche, la méthode expérimentale ne produit pas de vérité, elle dit seulement qu'une chose n'est pas fausse.* » Karl POPPER.

Au terme de ce travail et dans ce contexte d'incertitude, nous pensons que les extractions de dents saines, devraient faire l'objet d'une réflexion au sein de la profession, sur de nouvelles bases : C'est dans le respect du devoir de sollicitude vis à vis des patients, et du principe de précaution, que se trouve la justification de cette interrogation et, la légitimité de tout mettre en œuvre pour en diminuer la fréquence, surtout chez l'enfant. C'est en intégrant davantage la dimension éthique dans nos décisions thérapeutiques que nous éviterons le mieux les erreurs. Si l'hypothèse des améliorations respiratoires, attribuées à l'orthopédie précoce se vérifient à long terme, les patients ayant bénéficié d'autres options thérapeutiques pourraient un jour invoquer la perte de chance.

Ce travail ne constitue qu'une première approche de cette problématique. Si nous avons proposé quelques conclusions, nous sommes parfaitement conscients des limites opérationnelles des données que nous avons pu recueillir, tant au niveau de l'enquête, que des entretiens avec les praticiens. Cette étude doit être considérée comme un travail préparatoire, dont l'analyse critique pourrait servir de base à un autre travail, impliquant davantage de praticiens et sollicitant un échantillon plus large de patients, permettant ainsi de confirmer les résultats de notre enquête.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 AKNIN, J.J. : Argumentation de la question mise en discussion sur la contention orthodontique
Orthod. Fr. 2000 ; 71 : 165-67
- 2 AUBOIRON, M. : Vers une responsabilité orthodontique
Inf. Dent. 1990 ; 4 : 229-34
- 3 BACON, W. : La prévalence des extractions orthodontiques dans une consultation de l'Est de la France
S I D 1995 L'orthodontie française
- 4 BASSIGNY, F. CANAL, P. : Le dilemme des extractions dans les classes II division 1 sans
dysharmonie dento-faciale en denture adulte
S I D 1982 ; L'orthodontie française
- 5 BÉNAUWT Alain : Du respect de l'enfant en orthopédie dento-faciale
Revue d'ODF 1992 ; 2 : 99-104
- 6 BÉNAUWT Alain : L'Orthodontiste : technocrate ou stratège ?
Revue d'ODF 1999 ; 33 : 299-303
- 7 BERTHIER Nicole : Les techniques d'enquête en sciences sociales
Armand Colin 1998; Coll. Coursus
- 8 BÉRY Alain : Le consentement du patient
Actualités Odonto-Stomatologiques 1991 ; 173 : 101-5
- 9 BÉRY Alain : Le contrat de soins
S .I.D 1997 ; Odontologie Droit Ethique
- 10 BÉRY Alain : Argumentation du rapport « De la récurrence »
Orthod. Fr. 2000 ; 71 : 105-6
- 11 BOUBLI Carole : Enquête sur la douleur au cours du traitement orthodontique chez le patient adulte
Revue d'ODF 1999 ; 33 : 97-120
- 12 BOUGUE, R : Indication majeure de l'extraction d'une incisive inférieure
S I D 1977 ; L'orthodontie française
- 13 BOURDILLAT Claude : Qualité de vie pendant le traitement d'O.D.F. : prendre en compte l'inconfort et
la douleur ?
Revue d'ODF 1999 ; 33 : 73-92
- 14 BOUVART, D. : Normes, chartes et standards en orthodontie
Rev. Stomatol. Chir. maxillofac. 1993,94 ; 1: 25-32
- 15 CANGUILHEM Georges : La conception de la vie selon Georges Canguilhem
Cours du DEA 1999 – 2000 par Madame Simone PLOURDE
- 16 CHARRON Claude : Le pronostic et la décision orthodontique
Revue d'ODF 1994 ; 28 : 9-22
- 17 CHATEAU, J.-M., CHATEAU Michel : Précis d'orthodontie et d'Orthopédie Maxillo-Faciale
J. Prêlat 1950
- 18 CHATEAU Michel : Orthopédie Dento-Faciale
C.D.P 1993 ; Tome II
- 19 DE COSTER Thierry : Peut-on changer la base apicale ?
Orthod. Fr. 1948 ; 19

- 20 DE COSTER Thierry : L'expansion précoce du maxillaire
Revue d'ODF 1996 ;30 : 469-75
- 21 DENIAUD Joël : Intérêt de la collaboration orthodontistes allergologues dans le traitement des allergies respiratoires
Mémoire de certificat d'études cliniques spéciales mention orthodontie 1996
- 22 DESCAMPS Marc Alain : L'invention du corps
PUF 1986 ; Psychologie aujourd'hui
- 23 DESCAMPS Marc Alain : Le langage du corps et la communication corporelle
PUF 1993 ; Psychologie aujourd'hui
- 24 DEWEL, B.F. : L'extraction en orthodontie
Revue d'ODF 1974 ; 8 : 513-38
- 25 DOUCET Jean Paul : La protection de la vie et de l'intégrité corporelle
La Gazette du palais 1994
- 26 DUTERLOO : Extraction versus Nonextraction
S I D 1995 ; The associated Orthodontic Journals of Europe
- 27 EISENDECK, MM. , GUGNY, LISKENNE : Contribution à l'étude des récives
Orthod. Fr. 1948 ; 19
- 28 ERLICH michel : La mutilation
PUF 1990 ; Coll : les champs de la santé
- 29 FONTENELLE Alain
Revue d'ODF 1994 ; 28 : 25-41
- 30 GEHRIG, E., JOHO, JP. , LANG, R., VON DER MÜHLL, O. : L'activité orthodontique actuelle en Suisse
Acta Orthodontica 1981; 1: 297-309
- 31 GEOFFRION Paul : Clinical application of the twin-wire mechanism
J. Prêlat 1962
- 32 GOLLA Raymond : Etiopathogénie de l'obstruction nasale chez l'enfant
Orthod. Fr. 2000 ;71 : 143-52
- 33 GRABER, T.M. : Orthodontics : Principles and practice
W.B. Saunders company 1972
- 34 GRENIER Bernard : Evaluation de la décision médicale : Introduction à l'analyse médico-économique
Masson 1999 ; Coll Evaluation et statistique
- 35 GUDIN, R.-G., ROUSSEAU, P. : Contribution à la thérapeutique des endognathies du maxillaire supérieur
Orthod. Fr. 1948 ; 19
- 36 GUILLAIN, M., MAUDIER, C. : Résultat d'exploitation de 500 fiches "bilan pedodontique" au centre de consultations et traitements dentaires d'IVRY
Pedod. Fr. 1981 : 211-21
- 37 GYSEL Carlos : Le Docteur Albert KYPER, son discours anticartésien de la méthode (1643) et l'odontologie
Rev. d'Odonto-Stomatologie 1990 ; 2 : 101-11
- 38 GYSEL Carlos : L'évolution, de Bunon (1743) à Schange (1841) du concept de « dysharmonie dento-maxillaire »
Actualités Odonto-Stomatologiques 1994 ; 187 : 345-69

- 39 HANS, M.G. : Le rôle de l'orthodontiste dans l'apnée obstructive du sommeil
Revue d'ODF 1994 ; 28 : 455-471
- 40 HERRERA, P., ISRAEL, L. : Incidences psychologiques des agences
Pedod. Fr. 1982 : 233-40
- 41 HERVE Christian : Médecine biologie : Quelles questions sur l'éthique aujourd'hui ?
L'Harmattan 1992 ; coll. Logiques sociales
- 42 HERVE Christian : Fondements d'une réflexion éthique managériale de santé
L'Harmattan 1996
- 43 HERVE Christian : Ethique médicale ou bioéthique ?
L'Harmattan 1997 ; Les Cahiers d'éthique médicale Vol. 1/97
- 44 HERVE Christian : Ethique de la recherche et éthique clinique
L'Harmattan 1998 ; Les Cahiers d'éthique médicale Vol. 1/98
- 45 HERVE, C., MOUTEL, G., BERY, A. : Ethique et douleur
Revue d'ODF 1999 ; 33 : 25-38
- 46 IOANNIDOU, J., KOLOKITHA, O. : L'expansion rapide maxillaire : présentation de trois cas cliniques
Orthod. Fr. 2000 ; 71 : 95-103
- 47 IZARD G. : Orthodontie et Orthopédie dento-faciale
MASSON. 1950
- 48 JACOB, E. : Etude statistique des indications d'extractions en cas de DDM selon les méthodes
d'analyses céphalométriques de Tweed – Steiner – Ricketts.
Orthod. Fr. 1972 ; 1 : 195-207
- 49 KOURILSKY Raoul : Pathologie respiratoire et Orthodontie
Orthod. Fr. 1948 ; 19
- 50 LAINEY, R. : Aspects juridiques de l'exercice de l'orthopédie dento-faciale
Revue d'ODF 1980 ; 14 : 259-69
- 51 LA ROCHE : Les idées reçues en médecine
HACHETTE Paris
- 52 LEJOYEUX Edith : « Extraire ou ne pas extraire » 9^e Conférence Internationale d'Orthodontie –
Strasbourg 28-30 octobre 1993
Revue d'ODF 1993 ; 27 : 499-507
- 53 L'ORTHODONTIE FRANÇAISE
De la récurrence (Rapport du congrès 1999)
S I D 1999
- 54 MOREAU, J.L., THIAM, M.D., YAM, A., BASSIGNY, F. : Extractions "pilotees" traditionnelles en milieu
maure, au Sénégal : Tinsal
Revue d'ODF 1984 ; 18 : 341-53
- 55 MOREILLON Laurent : L'infraction par omission
DROZ 1993
- 56 MOSER Gabriel : L'agression
PUF 1997 ; Que sais-je ?
- 57 MULLER, L. : L'extraction en Orthodontie
Orthod. Fr. 1948 ; 19

- 58 O'MEYER Roger X. : Indications thérapeutiques de l'avulsion des premières prémolaires
Orthod. Fr. 1960 ; 31
- 59 PAYETTE Martin, PLANTE Réjean : La prévalence des problèmes de malocclusion et les besoins de traitements orthodontiques des écoliers québécois de 13 et 14 ans en 1983-1984
J. dentaire du Québec 1989 ; Vol.XXVI :505-10
- 60 PHILIPPE Julien : 50 ans de récidence
Orthod. Fr. 2000 ; 71 : 87-93
- 61 PHILIPPE Julien : L'Orthodontie du XXI^e siècle
Orthod.Fr. 2000 ; 71 : 7-10
- 62 PLANAS Pedro : Le facteur âge dans la thérapeutique orthodontique
Orthod. Fr. 1949 ; 20
- 63 POURE Jean-Claude : Illustration par la technique de Tweed des objectifs du traitement orthodontique
Le chirurgien dentiste de France 1993 ; 641 :
- 64 RAMEIX Suzanne : Fondements philosophiques de l'éthique médicale
Ellipses ; coll. Sciences humaines en médecine
- 65 RASKIN, S., LIMME, M., POIRRIER, R. : La ventilation orale peut-elle conduire au syndrome des apnées obstructives du sommeil ?
Orthod. Fr. 2000 ; 71 : 27-35
- 66 RUBIN, RM. : Modification du comportement pour la coopération en orthodontie
Rev. Orthop. Dento Faciale 1983; 3: 363-7
- 67 SASSOUNI Viken : Le diagnostic : variable indépendante
Orthod. Fr. 1973 ; 44
- 68 SASSOUNI Viken : La thérapeutique : variable dépendante
Orthod. Fr. 1973 ; 44
- 69 SUEUR Simone : La création orthodontique
Revue d'ODF 1982 ; 16 : 123-48
- 70 TALMANT, J., RENAUDIN, S. : Ventilation et mécanique des tissus mous faciaux :
3 – Développement de l'oropharynx : rôle de la croissance du rachis cervical
Revue d'ODF 1996 ; 30 : 253-69
- 71 TALMANT Jacques : Ventilation et mécanique des tissus mous faciaux : en guise de préambule
Revue d'ODF 1999 ; 29 : 175-188
- 72 TALMANT, J., DENIAUD, J. : Ventilation nasale et récidence
Orthod. Fr. 2000; 71: 127-41
- 73 THEUVENY Franck: Orthopédie Dento-Faciale : Le double-arc Theuveny
J.Prélat 1978; Tome I ET Tome II
- 74 TWEED, C.H.: Interview
Revue d'ODF 1968; 2: 313-20
- 75 TWEED, C.H.: Interview
Revue d'ODF 1969; 3: 61-67
- 76 VAN AMERONGEN, P.: Dymorphophobie
Rev. Orthop. Dento Faciale 1983 ; 3 : 345-52
- 77 VAUGEOIS, M : Indication des extractions en ODF
S I D 1974 L'orthodontie française

78 VILLAIN, R. : Nouvelle synthèse du diagnostic en orthopédie dento-faciale
Orthop. Fr. 1949 ; 20

79 VOIZOT Bernard : L'inquiétude de l'adolescent en situation de soin
Revue d'ODF 1983 ; 17 : 293-300

80 ZURCHER jean-marc, LANG Richard, JOHO Jean-Pierre : Estimation de la demande future en soins
orthodontiques et du nombre approprié d'orthodontistes pour la période 1989-1999
Rev. Mens. Suisse Odontostomatol 1990 ; 100 : 835-40

ANNEXES

**LES EXTRACTIONS DE DENTS SAINES PERMANENTES
EN ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE :
REFLEXION ETHIQUE.**

Joël DENIAUD

RESUME

Les indications d'extractions de dents saines permanentes en orthopédie dento-faciale, font l'objet de controverses entre extractionnistes et non extractionnistes depuis le début du siècle. Le but de ce travail est d'évaluer dans quelle mesure la réflexion éthique peut apporter de nouveaux éléments de réponse à cette problématique.

Un travail de recherche bibliographique nous a permis d'isoler trois évènements qui, dans les origines historiques de cette décision médicale posent un problème d'éthique :

- Le postulat, que les extractions dentaires permettraient d'éviter les récives post thérapeutiques, c'est avéré faux a posteriori.
- L'hypothèse, des bénéfiques respiratoires attribués à l'expansion orthopédique précoce maxillo-nasale, thérapeutiques alternatives aux extractions, pose le problème, s'ils sont stables à long terme, du principe de précaution, voire de la perte de chance.
- Le développement des appareillages fixés, facilitant les déplacements dentaires de grande amplitude en particulier dans les traitements avec extractions a-t-il modifié les décisions médicales ?

L'enquête que nous avons menée auprès de 58 adultes a révélé que pour 93% d'entre eux la réduction du capital dentaire liée aux extractions constituait la première de leur préoccupation, lors de cette proposition thérapeutique. Pourtant sur les onze praticiens avec lesquels nous avons eu un entretien, huit indiquent que le consentement aux extractions de dents saines ne pose plus les problèmes du passé. Dans un contexte médiatique, où les extractions tendent à être banalisées, cette préoccupation non formulée au cours de la consultation, pose le problème de la relation patient praticien.

SUMMARY

The healthy teeth extractions for Dentofacial Orthopedics treatment, are controversial by extractionists and nonextractionists since from the outset century. The purpose of this investigation is estimate what information of the ethic reflection can contributing to clarify this problematic.

Bibliographical research indicate this medical decision has its origins in three events, who pose ethics problems

- the postulate, that extractions will keep the relapse after treatment, proved to be wrong at a later.
- the hypothesis of respiratory improvement, assigning to extractions alternatives therapeutics, besides early orthopedics maxillary nasal expansion, pose the problem of care principles, and even of improvement loss, if they are confirmed.
- the fixed appliances product, easing the bigger movements of teeth, particularly for treatments with extractions, changed it medical choices.

We thing that professional divide, still topical question, due to that difference, will can to get ahead across dialogic methodology, proposed by J. F. Malherbe for solving of ideological conflicts.

The survey, that we have conducted at 58 adults, proved that for 93% to them , teeth potential reduction due extractions, was the first of their worries, front of that therapeutic proposition.

Yet, for eleven of practitioners which we had a conversation, eight indicate that the patients'consent for healthy teeth extractions don't posed the problems of the past.

Because the media coverage, extractions tend to be trivialized, that worry that is not lodged during the consultation , pose the problem of patient practitioner relation.

Mots clefs : Ethique, Orthopédie dento-faciale, Orthodontie, Extractions, Dents saines.

Key-words : Ethic, Dentofacial Orthopedics, Orthodontics, Extractions, Healthy teeth.