



République Algérienne Démocratique Et Populaire

Ministère De L'enseignement

Supérieur Et De La Recherche Scientifique

Université Saad Dahlab Blida 1

Faculté de Médecine

Département de Médecine Dentaire



**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR L'OBTENTION DU DIPLOME
D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE**

**Evaluation de la satisfaction du jeune patient au sein du
service d'orthodontie à la clinique dentaire Zabana.**

CHU Frantz Fanon - Blida

Présenté et soutenu le 14 juillet 2021 par :

BECETTI Asma

NACEUR Mohamed Amine

DJOUABRI Hakima

OUAHIOUNE Redhouane

MOUSSA Abdelwahab

Jury

Dr R. BENNAI

Maître-Assistant En ODF

Président

Clinique Zabana / CHU Frantz Fanon – Blida

Dr S. TABBI

Maître-Assistante En ODF

Examinatrice

Clinique Zabana / CHU Frantz Fanon – Blida

Dr T. BARR

Maître-Assistant En ODF

Promoteur

Clinique Zabana / CHU Frantz Fanon – Blida

Année universitaire 2020-2021

REMERCIEMENTS

*Avant tout, Merci à dieu de nous avoir
donné le courage et la patience d'aller
jusqu'au bout et de terminer ce travail.
Merci ALLAH de nous avoir guidé.*

A NOTRE PRESIDENT DE JURY

Dr Rafik BENNAI

Maitre-Assistant En ODF

Clinique Ahmed Zabana

CHU Frantz Fanon – Blida

Nous vous sommes extrêmement reconnaissant(e)s d'avoir accepté de présider notre mémoire. Nous vous remercions pour votre enseignement, votre disponibilité, votre implication et votre bonne humeur tout au long de notre cursus.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de nos sentiments reconnaissants et de notre plus profonde gratitude et admiration.

A NOTRE EXAMINATRICE

Dr Soraya TABBI

Maitre-Assistante En ODF

Clinique Ahmed Zabana

CHU Frantz Fanon - Blida

Nous vous sommes très reconnaissant(e)s d'avoir accepté de faire partie de notre jury. Nous tenons à vous faire part de notre reconnaissance pour votre enseignement.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de notre plus profond respect.

A NOTRE PROMOTEUR

Dr Tarik BARR

Maitre-Assistant En ODF

Clinique Ahmed Zabana

CHU Frantz Fanon – Blida

Nous vous sommes extrêmement reconnaissant(e)s d'avoir accepté de diriger notre mémoire. Nous vous remercions pour votre enseignement, votre disponibilité et votre implication tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de nos sentiments reconnaissants et de notre plus profonde gratitude.

*Nous remercions également notre chef de service
de stomatologie Unité Ahmed Zabana
CHU Frantz Fanon Madame le Professeur
MEDDAH CHAFAI Souad.*

*Nous désirons aussi remercier nos collaborateurs
scientifiques :*

Dr AMMIMER – Médecin épidémiologiste,

Dr HAMMEDI – Résidente en épidémiologie

et Dr HACHMI – Résident en ODF

*qui nous ont fourni les outils nécessaires à la réussite de
notre mémoire.*

DEDICACES

Je dédie ce mémoire à :

Mes parents

Ma mère, qui a tous sacrifié pour moi et mes frères, qui m'a comblé de son amour, qui m'a appris que les bonnes choses dans la vie n'arrivent pas facilement, qui m'a toujours soutenu et conseillé, pour toute son assistance et sa présence dans ma vie, reçois à travers ce travail aussi modeste soit-il, l'expression de mon gratitude éternelle...

Mon père, a ce bel homme qui a toujours été, et restera toujours mon exemple et mon idole, à mon super-héros qui a sacrifié tous ce qu'il pouvait pour nous voir heureux, je te remercie pour les valeurs nobles et pour ton éducation.

Mon frère Mohamed Akram, sa femme et leur petit ange qui viendra dans quelques mois. Que Dieu leurs donne une longue et joyeuse vie.

Mes petits frères Faissal et Hamza, j'aurais besoin de toute une vie pour vous remercier et vous décrire combien je vous aime.

Ma chère sœur Nadjat, qui n'a pas cessée de me conseiller, encourager et soutenir tout au long de mes études. Que Dieu la protège et lui offre la chance et le bonheur.

Ma plus chère amie avant d'être mon binôme « Asma », au nom de l'amitié qui nous réunit et au nom de nos souvenirs inoubliables, je te remercie de ne m'avoir jamais déçu. Aucun mot ne pourrait exprimer ma gratitude, mon amour et mon respect.

A tous mes amies Amira, Nesrine, Nourelhouda et Mebarqa qui savent toujours comment procurer la joie et le bonheur pour moi, qui m'ont toujours encouragé, et à qui je souhaite plus de succès.

A tous ceux que j'aime.

Merci !

DJOUABRI Hakima.

En tout premier lieu, je remercie le bon dieu, le tout puissant, de m'avoir donné la force et la volonté pour dépasser toutes les difficultés durant toute ma vie.

Je dédie ce mémoire à :

A ma très chère mère, à la femme qui a souffert sans me laisser souffrir, qui n'a jamais dit non à mes exigences et qui n'a épargné aucun effort pour me rendre heureuse. Pour moi, tu es la maman parfaite, qui est toujours prête à sacrifier pour le bonheur de ses enfants. Que dieu te protège.

A mon très cher père, à l'homme de ma vie, mon exemple éternel, celui qui s'est toujours sacrifié pour me voir réussir. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

A vous, ma seule sœur SARAH, mes deux frères ALAEDDINE et SALAH EDDINE, qui m'avez beaucoup soutenu et encouragé tout au long de mon parcours scolaire. En témoignage de mon affection fraternelle, de ma profonde tendresse et reconnaissance, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu, le tout puissant, vous protège et vous garde, merci d'être là pour moi.

A mon binôme Hakîma, pour ton amitié précieuse, ta fidélité, ton soutien moral, ta patience et ta compréhension tout au long de notre amitié. Je te souhaite un avenir plein de succès, que dieu te protège.

A tous mes amies Amira, Nesrine, Nourelhouda, Souad et Mebarîka qui savent toujours comment procurer la joie et le bonheur pour moi, qui m'ont toujours encouragé, et à qui je souhaite plus de succès.

Aux personnes qui m'ont toujours aidé et encouragé, qui étaient à mes côtés, je vous aime !

Sans oublier tous les professeurs que ce soit du primaire, du moyen, du secondaire ou de l'enseignement supérieur, merci pour vos efforts.

BECETTI Asma.

Je dédie ce travail :

À mes chers parents et ma petite famille, qui peuvent trouver ici le résultat de longues années de sacrifices.

Merci pour les valeurs nobles, les conseils précieux, l'éducation, le soutien permanent venu de vous, et votre assistance et présence dans ma vie.

Puisse dieu faire en sorte que ce travail porte son fruit.

MOUSSA Abdelwahab.

Je remercie dieu le tout puissant de m'avoir donné la santé et la volonté d'entamer et de terminer ce cursus et ce mémoire.

Tout d'abord, ce travail ne serait pas aussi riche et n'aurait pas pu avoir le jour sans l'aide et l'encadrement du Dr Barr Tarik. Je le remercie pour la qualité de son encadrement exceptionnel, pour sa patience, sa compréhension et son suivi qu'il nous a prodigué durant notre préparation de ce présent mémoire.

Mes remerciements s'adressent aussi à Dr Hemmadi pour son aide pratique et son soutien moral et ses encouragements.

Mes remerciements s'adressent également à tous mes professeurs pour leurs générosités et spécialement à Mme Oussalem et Lazreg qui ont marqué mon cursus étudiant. Heureux que vous ayez été mes professeurs.

Je remercie par la suite le staff de la clinique Zabana, le département de médecine dentaire et l'ex chef service de scolarité Mr Benali Mohamed.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers les amis et les collègues qui m'ont apporté leurs soutiens moral et intellectuel, un grand Merci à Racim, Anis, Abdelmalek et Nourhane.

Je ne peux pas rédiger ces mots sans dédier une dédicace à ma deuxième famille " Club Wemed ". C'est au sein de ce club que j'ai passé tout mon cursus dès ma première année à la faculté de médecine, de ma rentrée comme un nouveau membre à devenir président.

C'est au sein de ce club que j'ai appris beaucoup de choses j'ai développé mes compétences, et j'ai assimilé du savoir-faire et savoir-être utiles dans le cadre professionnel. Et le plus important c'est au sein de ce club que j'ai rencontré des gens merveilleux et j'ai appris des valeurs humaines.

Mes vifs remerciements à toute personne qui a participé de près ou de loin à l'accompagnement de ce mémoire.

Et le meilleur pour la fin, je dédie particulièrement ce travail à mon seul frère adorable et mes parents, eux qui m'ont doté d'une éducation digne. Son amour a fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Merci d'avoir toujours été là pour moi, merci pour vos encouragements, votre dévouement pour mon bonheur et ma réussite.

Sincèrement, aucune dédicace ne pourrait exprimer mon amour et mon attachement à vous.

NACEUR Mohamed Amine.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon promoteur de mémoire, Dr Tarik BARR. Je le remercie Pour sa supervision éclairée tout au long de la rédaction du mémoire, aussi pour nous avoir encadrés, orientés, aidés et conseillés.

J'adresse également mes sincères remerciements à tous les professeurs, intervenants et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé mes réflexions et ont accepté de répondre à mes questions durant mes recherches.

Un grand merci à mes parents, pour leurs conseils ainsi que leur soutien inconditionnel, à la fois moral et économique, qui m'a permis de réaliser les études que je voulais et par conséquent ce mémoire.

À tous ces intervenants, je présente mes remerciements, mon respect et ma gratitude.

OVAHIOUNE Redhouane.

TABLE DES MATIERES :

REMERCIEMENT	II
DEDICACES	VIII
TABLES DES MATIERES	XIV
Liste des abréviations	XVIII
Liste des figures	XIX
Liste des tableaux	XXI
ANNEXES	XXIII
RESUME	XXIV

Introduction	2
--------------------	---

CHAPITRE I : Notions de base.

1 Définitions.....	5
1.1 L'orthopédie dento-faciale / l'orthodontie :	5
1.1.1 Indications des traitements orthodontiques :	6
1.1.2 Objectifs de l'orthodontie :	7
1.1.2.1 Les objectifs principaux :	7
1.1.2.2 Les objectifs particuliers :	7
1.1.3 Types d'appareillage en orthodontie.	7
1.1.3.1 Les appareils amovibles :	8
1.1.3.2 Les appareils fixes :	8
1.1.4 L'importance de l'orthodontie dans la vie actuelle :	9
1.1.5 Particularités du traitement orthodontique chez l'adolescent :	9
1.1.5.1 Particularités psychologiques :	9
1.1.5.2 Particularités diagnostiques :	10
1.1.5.3 Particularités biologiques :	20
1.1.5.4 Particularités thérapeutiques :	21
1.2 La motivation du patient :	22
1.2.1 La compliance :	22
1.2.2 La coopération :	23
1.2.3 La collaboration :	23
1.3 La satisfaction des patients :	23
1.3.1 Définition :	23

1.3.2	Caractéristiques majeurs de la satisfaction :	23
1.3.3	Comment mesurer la satisfaction des patients ?.....	24
1.3.4	Les facteurs qui influencent la satisfaction :	24
1.3.4.1	La communication :	24
1.3.4.2	Le personnel :	24
1.3.4.3	La ponctualité et durée du traitement :	25
1.3.4.4	Le confort des patients durant le traitement :	25
1.3.4.5	L'âge et le sexe des patients :	25
1.3.4.6	Le résultat final du traitement :.....	25
1.4	Les enquêtes de satisfaction :	25
1.4.1	Définition	25
1.4.2	Paramètres d'une enquête médicale :	25
2	Particularités de l'adolescent :	26
2.1	Identification de la génération Z :.....	26
2.2	Caractéristiques et habitudes :	27
3	Le principe d'amélioration continue de la qualité :	28
3.1	La démarche qualité :	29
3.2	L'amélioration continue :	29
4	Les différents types de qualité mesurables :	30
4.1	Boucle de la qualité :	30
4.1.1	La qualité attendue :	30
4.1.2	La qualité perçue :	30
4.1.3	La qualité prévue :.....	31
4.1.4	La qualité obtenue :	31
4.2	Analyse de la boucle de la qualité	31
5	Revue de la littérature :	32
 CHAPITRE II : Méthodologie de l'enquête.		
1	Problématique :	36
2	Hypothèses :.....	36

3	Objectifs de l'étude :	37
3.1	Objectif principal :	37
3.2	Objectifs secondaires :	37
4	L'importance du sujet :	37
5	Matériels et méthodes :	38
5.1	Type d'étude :	38
5.2	Cadre d'étude :	39
	□ Un aperçu sur le lieu de l'enquête : La clinique dentaire Ahmed Zabana :	39
5.3	Population et échantillonnage :	39
5.3.1	Critères d'inclusion :	39
5.3.2	Critères d'exclusion :	40
6	Outil :	41
6.1	Le questionnaire :	41
6.2	Élaboration du questionnaire :	41
	□ Les phases d'élaboration du questionnaire de satisfaction :	41
6.3	Structure du questionnaire :	42
6.3.1	Introduction du questionnaire :	42
6.3.2	Type des questions :	43
6.3.2.1	Les questions fermées à réponse unique :	43
6.3.2.2	Les questions à choix multiples ou questions préformées :	43
6.3.2.3	Questions de type « échelle d'évaluation » :	44
6.3.3	L'organisation des questions :	44
6.3.3.1	Le premier volet : « Identification »	44
6.3.3.2	Le deuxième volet : « Les motivations et les attentes avant le traitement » ..	44
6.3.3.3	Le troisième volet : « Ressenti pendant le traitement »	44
6.3.3.4	Le quatrième volet : « Ressenti après traitement »	45
6.3.3.5	Le cinquième volet : « Satisfaction globale »	45
6.4	Validation du questionnaire :	45
7	Acquisition des données :	45

8	Exploitation des données :	46
CHAPITRE III : Analyses des résultats et discussion.		
1	Analyse des résultats :	48
1.1	Analyses statistiques univariées.	48
1.1.1	Premier volet : « Identification ».....	48
1.1.2	Deuxième volet : « Les motivations et les attentes avant le traitement »	55
1.1.3	Troisième volet : « Ressenti pendant le traitement »	60
1.1.4	Quatrième volet : « Ressenti après le traitement ».....	65
1.1.5	Cinquième volet : « Satisfaction globale ».....	74
1.2	Analyses statistiques bivariées	79
1.2.1	La variable « venir au RDV »	79
1.2.2	La variable « satisfaction de son expérience»	83
1.2.3	La variable « le recommanderiez-vous à vos proches ? ».....	87
2	Discussion	91
2.1	Sexe	91
2.2	La prise en charge	91
2.3	La durée du traitement :.....	91
2.4	Le principal motif de consultation :.....	91
2.5	La relation avec le médecin traitant :.....	92
2.6	La satisfaction globale des patients :	92
2.7	La venue aux RDV :.....	92
2.8	La recommandation de l'expérience à leurs proches :	92
2.9	La satisfaction globale vis-à-vis de leurs expériences au service d'ODF :	93
2.10	Synthèse et récapitulation :.....	93
3	Considérations méthodologiques et limites de l'étude :	94
4	Etat de la connaissance actuelle sur le sujet :	95
5	Suggestions et propositions :	95
	Conclusion.....	98
	BIBLIOGRAPHIE	104

Liste des abréviations

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.
CHU	Centre Hospitalier Universitaire.
DAM	Dysfonctionnement de l'appareil manducateur.
MeSH	Medical Subject Headings.
ODF	Orthopédie Dento-Faciale.
OIM	Occlusion d'intercuspidation maximale.
OMS	l'Organisation Mondiale de la Santé.
ORC	Occlusion de Relation Centrée.
ORL	Oto-Rhino-Laryngologiste.
RDV	Rendez-vous.
SAHOS	Syndrome d'Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences.
TLR	Téléradiographie.
TRT	Traitement.

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Appareils amovibles.	8
Figure 2 : Appareil fixe multiattache.	9
Figure 3 : Étude de la symétrie du visage.	11
Figure 4 : Étude du développement vertical de face.	11
Figure 5 : Étude du développement sagittal de profil.	12
Figure 6: Étude du développement vertical de profil.	12
Figure 7: Étude du sourire dans le sens transversale.	13
Figure 8 : Étude du sourire dans le sens verticale.	14
Figure 9 : Étude du sourire de profil.	14
Figure 10: Profil d'une patiente en classe II division 2 sur TLR de profil.	18
Figure 11 : Principaux points céphalométriques.	19
Figure 12 : Panoramique dentaire.	19
Figure 13: La roue Deming ou cycle PDCA.	30
Figure 14 : La boucle de la qualité.	31
Figure 15 : Méthode qualitative	38
Figure 16 : Introduction du questionnaire.	42
Figure 17 : Les questions à réponses unique.	43
Figure 18: Les questions à choix multiples.	43
Figure 19: Les questions de type « échelle d'évaluation ».	44
Figure 20: Répartition des malades selon variable « sexe ».	48
Figure 21: Répartition des résultats selon la variable « résultats scolaires ».	49
Figure 22 : Répartition des résultats selon la variable « prise en charge».	50
Figure 23: Répartition des résultats selon la variable « la durée du traitement en années».	51
Figure 24 : Répartition des résultats selon la variable « type d'appareillage».	52
Figure 25 : Répartition des résultats selon la variable « Nécessité d'extraction dentaire».	53
Figure 26 : Répartition des résultats selon la variable « Nombre d'extraction dentaire».	54
Figure 27 : Répartition des résultats selon la variable «initiative du traitement».	55
Figure 28 : Répartition des résultats selon la variable « Principal motif de consultation».	56
Figure 29: Répartition des résultats selon la variable « Principal inquiétude».	57
Figure 30: Répartition des résultats selon la variable «les attentes d'un traitement orthodontique».	58
Figure 31: Répartition des résultats selon la variable « la durée du traitement orthodontique attendue ».	59

Figure 32 : Répartition des résultats selon la variable « le dérangement pendant le traitement.»	60
Figure 33 : Répartition des résultats selon la variable «venir au RDV ».	61
Figure 34 : Répartition des résultats selon la variable « Le moment le plus agréable pendant le traitement».	62
Figure 35 : Répartition des résultats selon la variable « Le moment le plus agréable pendant le traitement».	63
Figure 36 : Répartition des résultats selon la variable « La réaction de vos amis / proches ».	64
Figure 37 : Répartition des résultats selon la variable « La relation patient-praticien».	65
Figure 38 : Répartition des résultats selon la variable « La clarté des explications».	66
Figure 39 : Répartition des résultats selon la variable « La disponibilité à donner des conseils».	67
Figure 40: Répartition des résultats selon la variable «écoute».	68
Figure 41 : Répartition des résultats selon la variable «l'engagement dans le traitement».	69
Figure 42 : Répartition des résultats selon la variable «la durée du traitement».	70
Figure 43 : Répartition des résultats selon la variable «l'alignement dentaire».	71
Figure 44: Répartition des résultats selon la variable «l'amélioration des fonctions orales».	72
Figure 45 : Répartition des résultats selon la variable «l'amélioration des relations avec les autres».	73
Figure 46 : Répartition des résultats selon la variable «la prise en charge au sein du service».	74
Figure 47 : Répartition des résultats selon la variable «le souvenir gardé du traitement».	75
Figure 48: Répartition des résultats selon la variable «la satisfaction globale».	76
Figure 49 : Répartition des résultats selon la variable «la recommandation aux proches».	77
Figure 50 : Score total.	78

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1 : Répartition des malades selon la variable « sexe »	48
Tableau 2 : Âge au début du traitement en années.....	49
Tableau 3 : Résultats scolaires	49
Tableau 4 : La prise en charge	50
Tableau 5 : La durée du traitement en années	51
Tableau 6 : Type d'appareillage	52
Tableau 7 : Nécessité d'extraction dentaire	53
Tableau 8 : Nombre d'extraction dentaire	54
Tableau 9 : Initiative du traitement	55
Tableau 10 : Principal motif de consultation	56
Tableau 11 : Principale inquiétude	57
Tableau 12 : Les attentes d'un traitement orthodontique	58
Tableau 13 : La durée du traitement orthodontique attendue	59
Tableau 14 : Le dérangement pendant le traitement	60
Tableau 15 : Venir au RDV	61
Tableau 16 : Le moment le plus agréable pendant le traitement	62
Tableau 17 : Le moment le plus désagréable du traitement	63
Tableau 18 : La réaction de vos amis / proches	64
Tableau 19 : La relation patient-praticien	65
Tableau 20 : La clarté des explications	66
Tableau 21 : La disponibilité à donner des conseils	67
Tableau 22 : Jugement de l'écoute	68
Tableau 23 : Engagement dans le traitement	69
Tableau 24 : La durée du traitement	70
Tableau 25 : L'amélioration de l'alignement dentaire	71
Tableau 26 : L'amélioration des fonctions orales	72
Tableau 27 : L'amélioration des relations avec les autres	73
Tableau 28 : La prise en charge au sein du service	74
Tableau 29 : Le souvenir gardé du traitement	75
Tableau 30 : La satisfaction globale	76
Tableau 31 : La recommandation aux proches	77
Tableau 32 : Score total	78
Tableau 33 : Croisement Venir au RDV*Sexe	79
Tableau 34 : Croisement Venir au RDV*Age	79

Tableau 35 : Croisement Venir au RDV*Résultats scolaires	80
Tableau 36 : Croisement Venir au RDV*Durée du TRT en années	80
Tableau 37 : Croisement Venir au RDV*Nécessité d'extractions dentaires	81
Tableau 38 : Croisement Venir au RDV*Qui a pris l'initiative du TRT	81
Tableau 39 : Croisement Venir au RDV*Le principale motif de la consultation	82
Tableau 40 : Croisement Venir au RDV*Relation avec le médecin	82
Tableau 41 : Croisement Satisfaction de son expérience*Sexe.....	83
Tableau 42 : Croisement Satisfaction de son expérience*Age.....	83
Tableau 43 : Croisement Satisfaction de son expérience*Résultats scolaires	84
Tableau 44 : Croisement Satisfaction de son expérience *Durée du TRT en années.....	84
Tableau 45 : Croisement Satisfaction de son expérience*Nécessité d'extractions dentaires ...	85
Tableau 46 : Croisement Satisfaction de son expérience*Qui a pris l'initiative du TRT	85
Tableau 47 : Croisement Satisfaction de son expérience*Le principale motif de la consultation	86
Tableau 48 : Croisement Satisfaction de son expérience*Relation avec le médecin	86
Tableau 49 : Croisement Recommandation du TRT aux proches*Sexe	87
Tableau 50 : Croisement Recommandation du TRT aux proches*Age.....	87
Tableau 51 : Croisement Recommandation du TRT aux proches*Résultats scolaires.....	88
Tableau 52 : Croisement Recommandation du TRT aux proches*Durée du TRT en années..	88
Tableau 53 : Croisement Recommandation du TRT aux proches*Nécessité d'extractions dentaires	88
Tableau 54 : Croisement Recommandation du TRT aux proches*Qui a pris l'initiative du TRT	89
Tableau 55 : Croisement Recommandation du TRT aux proches*Le principale motif de la consultation	89
Tableau 56 : Croisement Recommandation du TRT aux proches*Relation avec le médecin..	90

LISTE DES ANNEXES :

Annexe 1 : Questionnaire de satisfaction.	99
Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé du patient.	102
Annexe 3 : Exemple d'un formulaire de consentement éclairé du patient.	103

Résumé de l'étude :

Fruit d'une étude faite au sein du service d'orthodontie à la clinique dentaire Ahmed Zabana, du Centre Hospitalo-universitaire Frantz-Fanon de Blida, encadrée par Dr. BARR T. et supervisée par le chef de service Pr. Meddah S, une enquête a été réalisée auprès d'un échantillon de 30 patients suivis dans le service.

Cette enquête est basée sur un questionnaire de 32 questions, développé par le groupe du mémoire, corrigé par notre encadreur et validé par Madame le Professeur Meddah.

Les patients ont été interrogés à la clinique dentaire, et cela a pris environ quinze minutes de temps pour chacun. Un taux de réponse de 100 % a été obtenu, chiffre très élevé pour ce type d'enquête.

Le but de l'enquête est de mesurer la satisfaction des patients traités au service d'orthodontie, vis-à-vis de l'accueil, du déroulement, de la durée et de la qualité du traitement prodigué, de la relation avec le personnel, de l'information reçue et de la communication.

Les patients évaluent ces différents aspects de la prise en charge, avec des questions à réponse unique, ouverte ou sur une échelle de réponse à cinq points.

Les résultats de cette enquête peuvent aider à la prise de décisions nécessaires afin d'améliorer la qualité de la prise en charge de nos patients.

Dans notre étude, l'analyse des réponses indique un niveau de satisfaction des patients très encourageant, avec un score de satisfaction moyenne de 76,7% qui correspond à une très bonne performance du service.

Cette étude a mis l'accent sur l'importance de la relation patient/praticien, véritable clé de satisfaction des patients, d'où l'intérêt d'établir de bons rapports de confiance, de respect et de dialogue avec nos patients.

Néanmoins, l'étude a pu mettre en exergue quelques points susceptibles d'être à l'origine d'insatisfaction pour les patients, tels que : la durée du traitement, la douleur et l'inconfort ainsi que le manque d'information et de communication.

Cette étude inédite réalisée au service d'ODF est une première dans une volonté d'améliorer sa démarche qualité. Par ailleurs il serait d'autant plus intéressant de renouveler régulièrement cette étude. Nous espérons également que d'autres services s'impliqueront dans cette démarche afin d'avoir des éléments de comparaison à l'échelle nationale.

ثمره دراسة اجريت في مصلحة تقويم الأسنان بعيادة أحمد زبانه لطب الأسنان بالمركز الاستشفائي الجامعي فرانتس فانون بالبلية مؤطرة من طرف الدكتور ط. بار وأشرفت عليها رئيسة القسم البروفيسور س. مداح شملت عينة قوامها 30 مريضاً تم علاجهم على مستوى المصلحة.

تعتمد هذه الدراسة الاستقصائية على استبيان مكون من 32 سؤالاً، تم تطويره بواسطة مجموعة مذكرة التخرج، وتم تصحيحه بواسطة مشرفنا و صودق عليه من قبل السيدة البروفيسور مداح.

تم طرح الأسئلة على المرضى في عيادة الأسنان، واستغرق هذا حوالي خمس عشرة دقيقة لكل واحد منهم. تم الحصول على معدل استجابة بنسبة 100%، وهو رقم مرتفع جداً بالنسبة لهذا النوع من الدراسات الاستقصائية.

الهدف من هذه الدراسة الاستقصائية هو قياس رضى المرضى المعالجين في مصلحة تقويم الأسنان، فيما يخص الاستقبال، سير، مدة وجودة العلاج المقدم، العلاقة مع الطاقم الطبي، المعلومات الواردة والتواصل.

يقوم المرضى بتقييم هذه الجوانب المتعلقة بالتكفل بحالاتهم، باستخدام أسئلة ذات إجابة واحدة، أسئلة مفتوحة أو أسئلة ذات مقياس استجابة من خمس نقاط.

يمكن أن تساعد نتائج هذه الدراسة في اتخاذ القرارات اللازمة لتحسين جودة التكفل بمرضانا.

في دراستنا، يشير تحليل الإجابات إلى مستوى مشجع للغاية من رضى المرضى، بمتوسط درجة رضا 76.7% وهو ما يعكس الأداء الجيد للمصلحة.

أكدت هذه الدراسة على أهمية العلاقة بين المريض وطبيب الأسنان، فهي تعتبر مفتاح حقيقي للحصول على رضى المريض، ومن هنا تأتي أهمية إقامة علاقات جيدة مبنية على الثقة، الاحترام والحوار مع مرضانا. غير أنه، تمكنت الدراسة من تسليط الضوء على بعض النقاط التي من المحتمل أن تكون مصدر لعدم رضى المرضى، مثل: مدة العلاج، الألم، عدم الراحة وكذلك نقص المعلومات والتواصل.

هذه الدراسة غير المسبوقة التي أجريت في مصلحة تقويم الأسنان هي الأولى من نوعها أملاً في تحسين إجراءات ضمان الجودة. علاوة على ذلك، سيكون من الأهمية بمكان تكرار هذه الدراسة بانتظام. كما نأمل أن تشارك المصالح الأخرى في هذه العملية من أجل الحصول على معطيات أكثر للمقارنة على المستوى الوطني.

Summary :

The result of a study carried out in the orthodontic department of the Ahmed Zabana dental clinic, of the Frantz-Fanon University Hospital center of Blida, framed by Dr. BARR T. and supervised by the head of department Pr. Meddah S, a survey was carried out on a sample of 30 patients have been treated in the department.

This survey is based on a questionnaire of 32 questions, developed by the thesis group, corrected by our supervisor and validated by Professor Meddah.

Patients were asked at the dental clinic, and this took about fifteen minutes of time for each. A 100% response rate was achieved, which is a very high score for this type of survey.

The purpose of the survey was to measure the satisfaction of patients treated at the orthodontic department with regard to the reception, the progress, duration and quality of the treatment provided, the relationship with the medical team, the information received and communication.

Patients rate these different aspects of their medical care with single response, open-ended or five-point scale questions.

The results of this survey can help in making the necessary decisions to improve the quality of care for our patients.

In our study, the analysis of the responses indicates a very encouraging level of patient satisfaction, with an average satisfaction score of 76.7%, which corresponds to a very good performance of the service.

This study highlighted the importance of the patient/practitioner relationship, which is the key to patient satisfaction, hence the importance of establishing a good relationship of trust, respect and dialogue with our patients.

Nevertheless, the study was able to highlight a few points likely to be the source of dissatisfaction for patients, such as: the duration of treatment, pain and discomfort, and the lack of information and communication.

This unprecedented study carried out in the orthodontics department is a first in a desire to improve its quality approach. It would be even more interesting to repeat this study on a regular basis. We also hope that other services will get involved in this process in order to have elements of comparison on a national scale.

INTRODUCTION

Introduction

Avec le développement de la société, les besoins et les exigences des populations s'accroissent non seulement dans leurs activités sociales et familiales quotidiennes, mais aussi au regard de leur santé lors de la prise en charge dans les services de soins médicaux, étatique ou privé.

Chaque patient espère recevoir un traitement dans les conditions les plus humaines sur la base des données scientifiques actuelles. Autrefois, les praticiens dispensaient les soins qui leur semblaient les mieux adaptés pour un patient totalement confiant et passif. A présent, le patient est devenu un acteur principal et informé qui veut comprendre et décider de son traitement (1), avec des exigences plus élevées en matière de qualité de service.

Il est plus attentif à l'accueil, à l'écoute, au confort, à l'information transmise, et il considère l'accès à la santé comme un droit (2).

Depuis ces dernières années le nombre de patients demandeurs de soins orthodontiques a évolué très considérablement en rapport avec l'amélioration du niveau socioéconomique des citoyens, le développement des techniques qui sont adaptées à l'âge des patients et l'essor de l'apparence.

Le principal motif qui pousse les patients à suivre un traitement orthodontique est l'amélioration de l'apparence dento-faciale, la bouche représente le premier organe qui relie l'être humain à son entourage, permettant aux gens de se nourrir, d'établir des relations sociales et de promouvoir le développement cognitif personnel (3), le visage représente également un élément clé d'attractivité et de développement personnel de l'estime de soi.

Un alignement correct des dents aura un impact important sur l'esthétique, la relation sociale et la réussite professionnelle, à l'inverse les patients présentant des anomalies de la région dento-faciale peuvent ressentir de l'anxiété, de la détresse et de l'insécurité personnelle.

Afin d'assurer le traitement le plus efficace possible pour ces patients, il faut que les orthodontistes assimilent et comprennent leur attentes et évaluent d'une manière efficace leur satisfaction, afin de leur apporter une assistance qui corresponde à leur préoccupations (4).

Le geste technique réalisé par le soignant n'est plus suffisant pour satisfaire nos patients, ces derniers demandent une prestation globale d'excellence en termes d'accueil, d'écoute, d'information et de confort (5).

L'insatisfaction est souvent associée avec la durée, le niveau de la douleur et l'inconfort ressenti durant le traitement.

Dans le but d'identifier et de cerner les différents facteurs susceptibles d'influencer la satisfaction de nos patients et limiter ceux qui peuvent être à l'origine de leur insatisfaction, nous avons réalisé une enquête de satisfaction basée sur un questionnaire à la clinique dentaire de Zabana.

Ce travail de thèse représente les résultats de cette enquête.

CHAPITRE I

Notions de base

1 Définitions

1.1 L'orthopédie dento-faciale / l'orthodontie :

L'orthopédie dento-faciale (ODF) est une discipline de l'art dentaire qui associe « orthopédie » (redressement d'une difformité du corps chez l'enfant - Petit Larousse. Paris, Larousse, 1980) et orthodontie (redressement des dents) (6).

Selon la société française d'orthopédie dento-faciale (SFODF), l'ODF permet le traitement des malformations maxillo-dento-faciales, elle consiste à rétablir un équilibre fonctionnel, restaurer une bonne fonction masticatrice et aider à prévenir les maladies des dents et de leur support.

Selon Bassigny (7) l'ODF a pour but :

- L'étude et le développement de la face, des maxillaires et des dents ;
- L'analyse des anomalies de ce développement ;
- La correction de ces anomalies.

Dès 1978 l'Association américaine d'orthodontie avait considéré que les termes « orthodontie » et « orthopédie dento-faciale » étaient synonymes (8,9) et précisait que cela s'applique au complexe cranio-facial et aux fonctions dépendantes de ce complexe.

En résumé, l'ODF se fixe pour objectif l'établissement :

- De contacts dento-dentaires corrects pour assurer la fonction masticatoire ;
- D'une occlusion fonctionnelle et statique non pathogène ;
- De facteurs assurant un déroulement normal des fonctions oro-faciales ;
- D'un équilibre musculaire de l'appareil stomatognathique ;
- De la protection de l'articulation temporo-mandibulaire ;
- D'une esthétique acceptable par le patient ;
- De la pérennisation des résultats.

Il faut savoir aussi que l'orthodontie est une discipline très particulière où la perception de la nécessité d'un traitement par celui qui sollicite les soins (le patient et/ou ses parents) et celui qui les prodigue (l'orthodontiste) peut relever des motivations assez différentes même si elles sont souvent liés (10).

De plus, le traitement orthodontique se déroule au long terme, voire plusieurs années, le patient est partie prenante de son traitement autant au niveau de l'hygiène bucco-dentaire, que pour le respect des instructions dispensées par l'orthodontiste. Ces deux effets couplés, durée de traitement et participation active du patient, peuvent conduire celui-ci à une lassitude et une perte de motivation. Il est donc crucial de savoir maintenir une bonne implication du patient, et par conséquent de le comprendre et de travailler de concert avec lui.

En effet, le traitement orthodontique ne repose pas uniquement sur les capacités du praticien, mais également sur les efforts que va devoir faire le patient pour atteindre l'objectif fixé.

1.1.1 Indications des traitements orthodontiques :

A chaque période de la morphogenèse des arcades, peut se situer une étape du traitement orthodontique, mais la règle c'est de ne considérer le traitement actif comme réellement terminé qu'après évolution et mise en place correcte des deuxièmes molaires, et idéalement des dents de sagesse. Plusieurs raisons peuvent justifiées le besoin d'un traitement orthodontique chez l'adolescent.

Que les raisons soient d'ordre esthétique ou fonctionnel, l'orthodontie peut répondre à tous besoins(7) :

1) En denture temporaire :

- Les anomalies fonctionnelles.
- Les anomalies occlusales à répercussion fonctionnelle (pro et latéro-glissements mandibulaires).
- Les anomalies alvéolaires.
- Les anomalies squelettiques.

2) En denture mixte :

- Les DDM, les inclusions dentaires...
- Les anomalies dento-alvéolaires.
- Certaines anomalies squelettiques.

3) En denture définitive :

- Les anomalies dentaires (anomalies de nombre, de forme, de position et d'évolution),
- Les anomalies dento-alvéolaires y compris certains traitements de compensation.

1.1.2 Objectifs de l'orthodontie :

1.1.2.1 Les objectifs principaux :

- 1) Objectifs occlusaux : assurer une fonction occlusale optimale.
- 2) Objectifs esthétiques : rechercher une harmonie du visage, un alignement plaisant de la denture et des proportions satisfaisantes entre les tissus de recouvrement et les dents.
- 3) Pérennité à court et à long terme :
 - Stabilité : stabilité du résultat obtenu, sans récurrence, à court et moyen terme ;
 - Longévité à très long terme : par le jeu des différentes fonctions et la situation des arcades dentaires par rapport à la morphologie osseuse et gingivale, conférer une assurance de durée au système manducateur.
- 4) Eviter les lésions iatrogènes.

1.1.2.2 Les objectifs particuliers :

- Améliorer la ventilation nasale
- Faciliter la phonation par un placement correct de la denture et de la langue
- Créer des conditions favorables au traitement des parodontopathies.

1.1.3 Types d'appareillage en orthodontie.

Les appareils orthodontiques peuvent être définis comme des dispositifs qui créent et/ou transmettent des forces aux dents, un groupe de dents et/ou des bases maxillaires, de manière à provoquer des changements dans l'os, avec ou sans mouvement des dents, ce qui permet d'atteindre les objectifs du traitement : efficacité fonctionnelle, équilibre structurel et esthétique.

L'appareil orthodontique est un appareil permettant de gérer les forces qui peuvent être intrinsèques ou extrinsèques.

Ce qui constitue l'une des plus grandes richesses de l'orthodontie est la multiplicité des procédés dont dispose le praticien pour corriger une malocclusion dentaire ou une dysmorphose squelettique.

Une des classifications possibles de ces dispositifs consiste à distinguer :

- Les appareils amovibles :
- Des appareils fixes.

1.1.3.1 Les appareils amovibles :

Ce sont des appareils qui peuvent être ôtés facilement par le patient (repas ou nettoyage). En dehors des repas, ils restent fermement solidaires aux dents par des moyens d'ancrage (crochets) Ces appareils ont une action purement mécanique, exercée essentiellement par l'intermédiaire d'éléments actifs (ressorts ou vérins).

Les appareils amovibles se composent :

-D'une base : réalisée en résine ou en silicone, elle s'appuie contre le palais au maxillaire et contre les tables osseuses linguales à la mandibule constituant ainsi un ancrage appréciable.

-Des éléments de rétention passifs : crochets.

-Des éléments actifs : ressorts, vérin, élastiques.

Les appareils amovibles sont des appareils qui génèrent des forces simples, peu contrôlées. La force appliquée s'exerce à distance du centre de résistance de la dent, et de ce fait, les déplacements provoqués seront limités à des mouvements de versions (11).



Figure 1 : Appareils amovibles.

1.1.3.2 Les appareils fixes :

Longtemps appelés multibagues, les appareils multiattaches, comme il est plus juste de les nommer aujourd'hui, permettent le control tridimensionnel du déplacement dentaire, en réponse à une force appliquée sur la couronne des dents.

Les appareils multiattaches se composent d'unités passives (bagues, attaches, arcs de stabilisation) et d'unités actives (arcs continus ou sectionnels, élastiques ressorts, tractions extraorales, aimants...).

Ce sont des dispositifs orthodontiques fixes développant des forces extrinsèques à l'aide d'arcs ou de ressorts adaptés sur des bagues ou des attaches fixées sur chaque dent. Ces dispositifs permettent d'effectuer des déplacements contrôlés dans les trois sens de l'espace, donc de déplacer les apex.

Ces appareils ne peuvent et ne doivent pas être ajustés ou retirés par le patient.

Parmi eux, le système Edgewise reste le plus répandu, et ce quel que soit la conception orthodontique utilisée, Edgewise standard, de TWEED MERRIFIELD, technique d'arc droit, technique linguale et technique segmentée.



Figure 2 : Appareil fixe multiattache.

1.1.4 L'importance de l'orthodontie dans la vie actuelle :

L'orthodontie s'est extrêmement développée ces dernières années. Elle permet de réaliser des traitements de plus en plus complexes en des temps de plus en plus courts. L'évolution des appareils dentaires a permis ces avancées scientifiques et thérapeutiques. Cette avancée thérapeutique est d'une part le reflet d'une avancée technologique des biomatériaux et d'autre part le résultat d'une plus grande compréhension des effets thérapeutiques sur le squelette facial et sur les tissus mous.

1.1.5 Particularités du traitement orthodontique chez l'adolescent :

Les adolescents sont de nos jours de plus en plus demandeurs de traitement orthodontique pour des raisons à la fois esthétiques mais aussi fonctionnelles.

Ainsi, l'orthodontiste doit pouvoir répondre à ces exigences tout en connaissant les impératifs et les particularités liés à ce traitement car, même si certains principes orthodontiques ne diffèrent pas de ceux de l'enfant et de l'adulte, il existe plusieurs différences que l'orthodontiste doit connaître et intégrer dans son plan de traitement. Nous évoquons successivement les particularités liées au traitement de l'adolescent, à savoir les particularités psychologiques, diagnostiques, biologiques et enfin thérapeutiques.

1.1.5.1 Particularités psychologiques :

Le praticien doit prendre en compte la personnalité et le profil psychologique conforme à la tranche d'âge du patient. La première consultation doit être un départ de recherche des motivations propres de l'adolescent, et les croiser avec celles des parents(12).

1.1.5.2 Particularités diagnostiques :

A) **Anamnèse** : L'interrogatoire recherche essentiellement (13):

- Les pathologies générales associées, particulièrement celles qui peuvent influencer sur le développement des dysmorphoses ou la conduite du traitement orthodontique. Ce sont surtout :
 - Les pathologies générales avec retentissement sur le développement global de l'enfant (diabète, cardiopathies, cancers, déficits immunitaires...)
 - Les pathologies générales avec répercussions directes sur la croissance craniofaciale (Syndrome de Crouzon, Syndrome de Pierre-Robin, Syndrome d'Apert...)
 - Troubles hormonaux avec retard de croissance (insuffisance hypophysaire...)
- Les pathologies en relation avec les troubles ventilatoires (asthme, rhinopharyngites, otites...)
- Les allergies qui peuvent induire une ventilation buccale ou interdite l'utilisation de certains composants des appareils orthodontiques (nickel, chrome, latex...)
- Les habitudes alimentaires de l'enfant : type d'allaitement, alimentation mixée, consommation de sucre, grignotage...)
- Les indicateurs du développement psycho-affectif de l'enfant : âge d'acquisition de la marche, de la propreté, du langage, intégration et résultats scolaires, comportement (renfermé, hyperactif...)
- Des antécédents familiaux : présence de dysmorphoses ou d'anomalies similaires.

B) **Examen clinique** : L'examen clinique doit être complet et relaté de façon extensive.

❖ **Examen extra-oral :**

La tête doit être droite et orientée selon le plan de Francfort.

➤ **De face** : On étudie la symétrie du visage, son développement transversal et vertical. La forme générale du visage, carrée, ronde ou au contraire allongée, donne déjà une idée de l'équilibre entre les développements transversal et vertical :

- **Symétrie et développement transversal :**

-La forme de la ligne joignant les points médians du visage.

-La situation du menton par rapport au plan sagittal médian ou à l'axe de symétrie vertical.

-La symétrie ou non de développement des deux hémifaces dans les dimensions transversales et verticales.

-Le parallélisme des lignes horizontales.

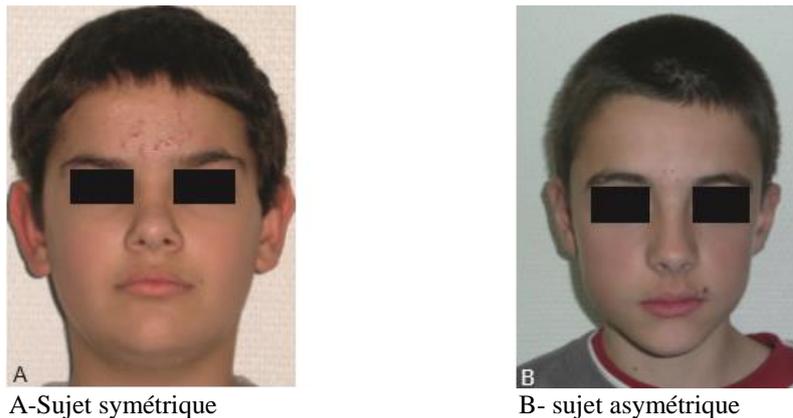


Figure 3 : Étude de la symétrie du visage.

- **Développement vertical :**

-L'égalité des étages ophryon sous-nasal et sous-nasal- menton.

-Les plis faciaux.

-L'occlusion labiale.

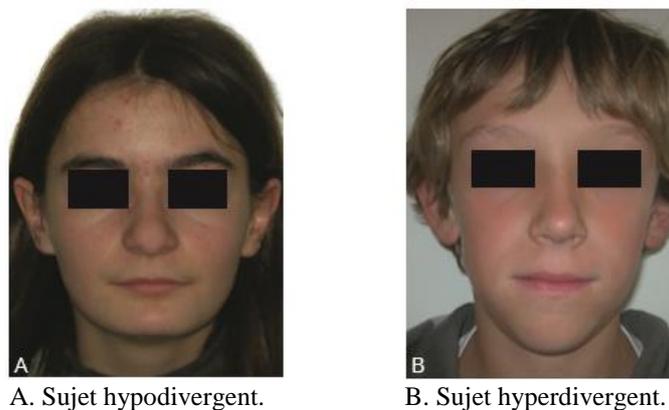


Figure 4 : Étude du développement vertical de face.

➤ **De profil :**

L'examen de profil permet d'étudier le développement sagittal et l'équilibre vertical de la face.

- **Développement sagittal :**

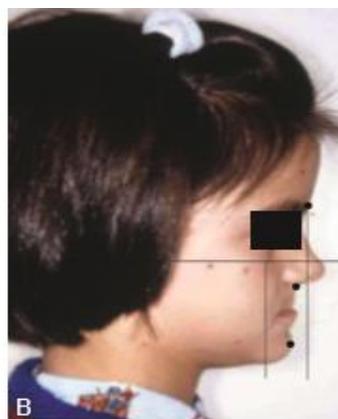
-La profondeur faciale et au type de profil.

-La convexité du profil. (Figure n°05)

- La position relative du maxillaire et de la mandibule.
- L'intégration du nez dans le profil et la forme de l'angle sous-nasal.
- La position du menton et la distance cervico-mentonnaire.



A. Patiente en classe II squelettique.



B. Patiente en classe III squelettique

Figure 5 : Étude du développement sagittal de profil.

- **Développement vertical :**

- Les hauteurs faciales antérieures totale, inférieure et supérieure
- L'égalité des étages.
- L'aspect des plis faciaux.

L'observation de profil permet d'étudier (*Figure n°06*) :

- Le développement de la face postérieure.
- L'inclinaison et la forme du bord mandibulaire.



A. Sujet hypodivergent.



B. Sujet hyperdivergent.

Figure 6: Étude du développement vertical de profil.

❖ **Examen du sourire :**

L'examen clinique exobuccal au repos et en occlusion est complété par un examen du sourire de face et de profil, il est essentiel dans le remplacement de la denture dans le contexte facial.

➤ **De face** : on observe d'abord l'harmonie du sourire et son intégration dans le visage, puis on s'attache à l'étude des relations dento-labiales et de la position des dents dans le sourire en observant :

• **Dans le sens transversal :**

-La concordance du point inter-incisif maxillaire avec le plan sagittal médian.

-La largeur de l'arcade maxillaire et l'existence ou non d'un corridor buccal, qui signe une insuffisance transversale de la denture dans le sourire.

-Les inclinaisons frontales des dents des secteurs latéraux maxillaires : leur convergence vers le bas contribue à la sensation d'insuffisance de développement transversal de la denture dans le sourire.



A. Sourire harmonieux.

Figure 7: Étude du sourire dans le sens transversale.

• **Dans le sens vertical :**

-La hauteur de la lèvre supérieure par rapport au collet des dents. Lors du sourire la lèvre découvre la totalité de la couronne des incisives maxillaires et affleure leur collet. Chez les filles, l'exposition de 1mm de gencive est considérée également comme normale. Au-delà, le sourire est dit « gingival » et doit être corrigé (*Figure n°08*).

-L'exposition des dents mandibulaire qui, normalement ne doivent pas être visibles surtout chez l'enfant et l'adolescent.



B. Sourire gingivale.

Figure 8 : Étude du sourire dans le sens verticale.

➤ **De profil :**

-Positionnement sagittal de la denture dans le profil.

-L'inclinaison des faces vestibulaires des incisives : la face vestibulaire des incisives doivent être perpendiculaire au plan de Francfort. Cependant, une linguo-version, même minime, est mal perçue.

-La profondeur du sourire est l'exposition ou non des prémolaires lors du sourire.



B. Sourire harmonieux.

Figure 9 : Étude du sourire de profil.

❖ **Examen intra-oral :**

- **Hygiène et état dentaire :** elle est contrôlée afin, si nécessaire, de mettre en place une motivation à l'hygiène avant le traitement.
- **La formule dentaire :** l'établissement de la formule dentaire permet d'estimer l'âge dentaire et sa concordance avec l'âge civil. Il permet de repérer des anomalies de dentition et leurs conséquences éventuelles (perte prématurée / persistance des dents temporaires, dents absentes avec suspicion d'agénésie ou d'inclusion).

- **Les dystopies dentaires** : qui résultent du manque ou d'excès de place sur l'arcade (version, rotation, égression...)
- **Examen parodontal** : le parodonte doit être assaini avant tout déplacement orthodontique, donc l'établissement d'un bilan parodontal complet est recommandé, car il peut mettre en évidence d'éventuelles atteintes du parodonte (gingivites, récessions gingivales associées parfois à certains dystopies dentaires, parodontite agressive du jeune, surtout chez l'adolescent(12)).
- **Relations occlusales** :
 - **Relation Intra-arcade** :
 - Etablissement de la formule dentaire, du stade de dentition et de l'âge dentaire.
 - Recherche de dystopies dentaires.
 - Examen de l'orientation des procès alvéolaires et des tables occlusales.
 - Examen de la forme des arcades.
 - Examen de la symétrie intra-arcade.
 - Examen des courbes occlusales (Spee, Wilson, Manson).
 - Forme et profondeur de la voûte palatine au maxillaire.
 - **Relation Inter arcade** :
 - **Etude statique** :
 - **Dans le sens transversal** : correspondance des milieux inter-incisifs, recherche d'une dysharmonie du sens transversal : occlusion « en bout à bout cuspidien » voire « croisée » ou, au contraire, occlusion « en ciseaux », encore appelée syndrome de Brodie.
 - **Dans le sens vertical** : examen du recouvrement antérieur et latéral (supraclusion ou infraclusion antérieures, béance latérale ...), mesure de l'espace libre d'inocclusion au niveau molaire.
 - **Dans le sens sagittal** :
 - Classe d'Angle, classe canine, surplomb incisif.
 - Concordance des formes arcades.
 - **Etude dynamique** :
 - **Centrage** : correspondance entre OIM et ORC.
 - **Guidage** :
 - Propulsion : désocclusion postérieure (recherche d'interférences).
 - Latéralité : fonction de groupe ou fonction canine (recherche d'interférences).
L'abaissement mandibulaire en latéralité doit être symétrique à droite et à gauche (Angles Fonctionnels Masticatoires de Planas égaux).

❖ **Examen clinique fonctionnel :**

• **Evaluation de la musculature au repos :**

- Muscles masticateurs : palpation du masséter (tonicité).
- Sangle labiale : aspect et forme de lèvres, posture labiale au repos, tonicité labiale.
- Langue : position, mobilité, tonicité
- Recherche de contractures péri-orales.

• **Examen des fonctions :**

○ **Ventilation :**

- **Physiologique** : elle doit être nasale stricte, langue au palais.
- **Pathologique** : buccale stricte ou mixte.

La ventilation orale est un facteur de risque de développement du SAHOS. En cas de trouble, un bilan complet doit être réalisé chez l'ORL.

- Signes exobuccaux : visage allongé, plat, inexpressif; paupières lourdes, yeux cernés ; lèvres souvent gercées et en inoclusion ; narines afunctionnelles et pincées ; posture céphalique en extension ; possible empâtement de la région mentonnière.
- Signes endobuccaux : palais profond, étroit ; gingivite chronique sur le bloc incisivo-canin; amygdales palatines parfois hypertrophiées

- **Examen fonctionnel** : tester la perméabilité des narines (test du miroir de Glatzel), la capacité de ventilation nasale (test de Rosenthal) et le réflexe narinaire (test de Gudin)

○ **Déglutition :**

-**Mature** : arcades en occlusion, la pointe de la langue appuyée sur la papille rétro-incisive, sans contraction des muscles orbiculaire des lèvres et mentonniers.

-**Atypique** : contraction des muscles labiaux et jugaux et interposition de la langue entre les arcades en inoclusion. Considérée comme dysfonctionnelle après 7 ans - Rechercher les signes de déglutition atypique : activité labiale et mentonnière, position linguale ...

○ **Phonation :**

- Recherche d'une interposition ou d'une pulsion linguale (normalement, pas d'interposition linguale entre les arcades).

- Etudier la prononciation des dentales et des palatines DTLN (« dînette », « tartine », « le lait » ...) pendant laquelle la langue doit être en contact avec la papille rétro-incisive sans contact dentaire.

- Etudier la prononciation des sifflantes et des chuintantes (« chien », « chat » ...) pendant laquelle la langue ne doit pas s'interposer dans les secteurs latéraux.

- Etudier le comportement des lèvres lors de la prononciation de certains phonèmes «mamama», « ve ».

○ **Mastication :**

- Doit être unilatérale alternée.

- Recherche d'un côté préférentiel de mastication à travers l'interrogatoire ou l'observation de la mastication (chewing-gum).

- Valeur des Angles Masticateurs Fonctionnels de Planas (AFMP).

- Observation des facettes d'usure et leur répartition.

- Recherche de signes d'asymétrie traduisant une mastication unilatérale dominante.

○ **Recherche des parafonctions :**

- Comportement répétitif et pulsionnel dont la réalisation n'apporte rien à l'économie du sujet.

- Succions non nutritives (digitales, objets ...).

- Onychophagie.

- Bruxisme.

- Aspiration labiale ou jugale.

- Tétée labiale ou linguale ...

- **La dynamique mandibulaire :**

- Rechercher des anomalies cinétiques en relation avec des interférences occlusales.
- Examen des articulations temporo-mandibulaire : Rechercher les signes de prédisposition ou de présence d'un dysfonctionnement temporo-mandibulaire et en noter l'intensité, la survenue et l'évolution.
- Bruits : claquements, crépitements.
- Algies : douleurs musculaires ou articulaires.
- Dyscinésie mandibulaire : examen des mouvements d'ouverture-fermeture, amplitude, rectitude ou présence de déviation ou de déflexion.

L'axiographie est une aide au diagnostic en cas de D.A.M.

C) Examen complémentaire :

- ❖ **Imagerie :**

- **La téléradiographie :** ces radiographies donnent une image du crâne et de la face avec une déformation minime permettant la céphalométrie ; grâce à la standardisation des conditions de prise du cliché et d'orientation de la tête, il est possible de comparer des clichés entre eux et donc d'étudier la croissance du patient ou les effets thérapeutiques.

Trois incidences sont utilisées en orthopédie dentofaciale :

- TLR profil en normalateralis.
- TLR de face en normafrontalis.
- TLR basale en normaaxialis.



Figure 10: Profil d'une patiente en classe II division 2 sur TLR de profil.

- Analyses céphalométriques : réalisées à partir d'un tracé des structures cranio-faciales ou informatisées, les analyses céphalométriques permettent de localiser et de quantifier les anomalies du patient.

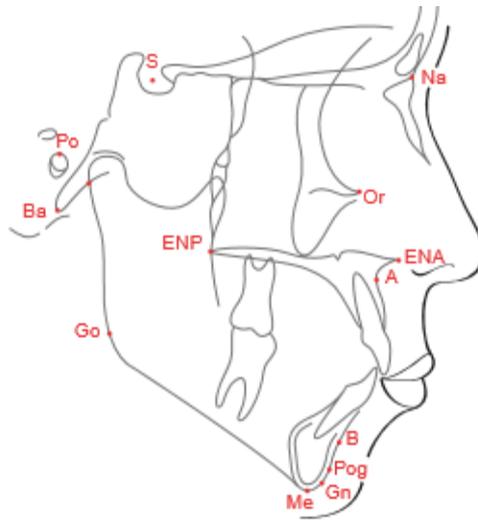


Figure 11 : Principaux points céphalométriques.

- **Panoramique dentaire** : cet examen de dépistage, indispensable dans le dossier orthodontique, il fournit une vision globale des arcades dentaires et des structures environnantes. Après avoir recherché des images radio-claires ou radio-opaques laissant suspecter une pathologie de type kyste, tumeur..., on étudie en particulier :
 - Les sinus et les fosses nasales.
 - Les articulations temporo-mandibulaires.
 - La morphologie des deux héli-mandibules et leur symétrie.
 - La formule dentaire.
 - L'état et la morphologie dentaires.

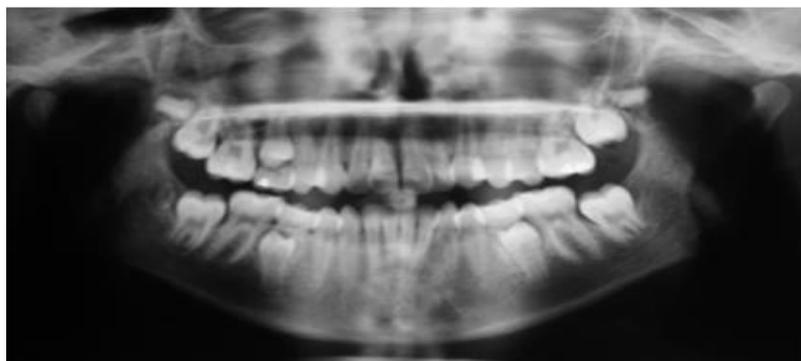


Figure 12 : Panoramique dentaire.

- **Rétro-alvéolaire** : elle est nécessaire lorsque l'examen de la radio panoramique montre le besoin d'un examen précis des zones alvéolaires (image apicale, racines fines, coudures radiculaires, etc.). La radiographie occlusale est le complément de la radiographie panoramique pour situer une dent incluse ectopique ou rechercher la présence d'odontomes ou germes surnuméraires.
- ❖ **La photographie** : les photographies font partie du dossier orthodontique car elles permettent de compléter et de détailler l'examen clinique et surtout d'en conserver une image objective, référence pour les comparaisons ultérieures. Les photographies sont destinées à effectuer un enregistrement anthropométrique de la tête et plus particulièrement de la face et de la zone dentaire dans des conditions standardisées, le sujet étant debout la tête placée dans une position naturelle de repos.
Les incidences photographiques comprennent les photographies extrabuccales et intrabuccales. Les photographies extrabuccales comprennent par consensus six incidences de face lèvres au repos, de face avec le sourire, de profil (droit et gauche) lèvres au repos, de $\frac{3}{4}$ (orientation à 45°), visage entier de face avec les arcades dentaires visibles en occlusion de face.
- ❖ **Les moulages** : ils font partie intégrante du dossier orthodontique. Ils permettent de visualiser les changements opérés et d'effectuer des comparaisons entre les différents stades du traitement. Les moulages sont examinés arcades séparées et en occlusion d'intercuspidie maximale, selon les trois plans de l'espace, et éventuellement montés en articulateur en relation centrée.

1.1.5.3 Particularités biologiques :

❖ **La Croissance** :

Croissance de la base du crâne : organisée autour du sphénoïde, la base du crâne intervient par sa morphologie (longueur et angulation) sur les relations spatiales maxillo-mandibulaires. Elle donne, en effet, insertion à la mandibule au niveau des cavités glénoïdes à sa partie postérieure, alors que la face supérieure est appendue à sa partie antérieure. Elle fixe aussi les dimensions transversales de la face et participe à la projection du massif facial supérieur.

Croissance de la face supérieure : la croissance de la face supérieure est essentiellement suturale et périostée. Ces deux types de croissance sont initialement synchrones, mais la croissance périostée se poursuit plus tardivement. Les effets de ces deux types de croissance s'ajoutent dans le sens vertical contribuant à la descente du palais mais s'opposent dans le sens antéropostérieur.

Croissance de la mandibule : la croissance post-natale de la mandibule s'effectue au niveau du cartilage condylien et par des phénomènes de remodelage sur l'ensemble de la mandibule.

1.1.5.4 Particularités thérapeutiques :

En fonction de l'âge dentaire, plusieurs possibilités thérapeutiques sont possibles :

De 0 à 6 ans, en denture temporaire (traitement précoce) : c'est principalement une période de dépistage des différentes anomalies et de prévention ou d'interception des anomalies fonctionnelles.

À la fin de cette période, en fonction de la maturité de l'enfant, une éducation fonctionnelle, avec ou sans appareillage, peut être instaurée pour rétablir des fonctions normales, en particulier une ventilation nasale.

Il est aussi possible d'intercepter les anomalies cinétiques de la mandibule, proglissement et latérodéviation.

Une action orthopédique peut être conduite dans les classes III afin de rétablir le plus tôt possible la clé incisive.

De 6 à 12 ans, en denture mixte (traitement orthopédique) : la prise en charge thérapeutique durant cette période a pour but :

- Harmoniser la croissance maxillaire et mandibulaire et corriger : les dysharmonies transversales basales et alvéolaires (endognathies et endo-alvéolies) dès leur dépistage, les décalages squelettiques sagittaux de classe II ou de classe III par action sur la croissance.
- Guider les phénomènes de dentition pour permettre l'évolution des dents permanentes dans les meilleures conditions possibles.
- Corriger certaines anomalies alvéolaires susceptibles de générer un risque potentiel de fractures ou de luxations dentaires (pro-alvéolie maxillaire), de dysfonctions labiales ou linguales (béance incisive et augmentation du surplomb) ou de blocage de la croissance mandibulaire (supraclusion incisive).

Après 12 ans, en denture permanente (traitement orthodontique) : une action orthopédique est encore possible en fonction de la croissance résiduelle, mais c'est aussi la période du traitement orthodontique des anomalies dentaires et occlusales en technique multi-attache le plus souvent.

Après la fin de croissance (les thérapeutiques orthodontico-chirurgicales): ces traitements ont des indications précises et ne doivent pas être systématisés(10). Initialement destinée aux traitements des grands syndromes, les décalages squelettiques sévères qui dépassent les possibilités de compensations alvéolaires, les traitements orthodontiques à risque esthétiques et les récives ou les échecs thérapeutiques. Ils sont réservés, surtout, aux patients adultes motivés et parfaitement informés.

➤ **Moment et durée du traitement :**

C'est l'évaluation subjective par le patient de cette durée globale qui peut amener une rupture de la coopération. La plupart du temps, la durée globale du traitement est augmentée si le traitement est débuté précocement(5).

Par ailleurs entre 8 et 11 ans, il s'agit d'une période psychologiquement favorable : le patient est très ouvert aux conseils et à l'autorité des adultes.

Enfin la période pubertaire est souvent une époque délicate pour faire accepter des dispositifs visibles et toutes les contraintes d'un traitement d'orthodontie. Il y a donc antagonisme entre les impératifs techniques et le développement psycho-affectif de l'enfant

Donc, en générale, la durée du traitement varie en fonction de :

- La sévérité de l'anomalie.
- La coopération et l'assiduité du patient.
- L'âge du patient.
- La compétence du praticien.

1.2 La motivation du patient :

La motivation du patient peut être définie comme l'investissement du patient dans son traitement. Elle décrit la façon dont le patient suit les instructions données par son orthodontiste.

La motivation du patient est un facteur clé de la réussite d'un traitement, et passe généralement par différents stades en fonction de l'âge du patient. On peut les classer en trois stades (14,15) :

1.2.1 La compliance :

C'est un stade retrouvé de manière générale vers **8-10 ans**. On demande rarement aux enfants leur avis, Vers cet âge, l'enfant cherche à plaire aux adultes (parents, professeur et

même l'orthodontiste), et va donc obéir, respecter et ainsi faire ce qu'on lui demande.

1.2.2 La coopération :

La plupart des enfants coopérants ont entre **12 et 14 ans**. A ce stade, ils sont plus concentrés sur leurs pairs, que ce soit leur groupe d'amis, leurs proches. Ils vont s'assimiler à un groupe de référence, d'où l'importance du groupe qui les entoure et les influences qu'ils subissent.

1.2.3 La collaboration :

Il concerne souvent les adolescents de plus de **14 ans**, qui sont capables de créer des stratégies, et qui comprennent que leur comportement va avoir un impact sur les résultats finaux du traitement, ils font donc le lien entre effort et performance.

La compliance étant le plus bas niveau d'engagement, c'est à nous de mettre en place des stratégies pour développer les aptitudes et les compétences de chaque patient et les emmener à leur plus haut stade de participation.

1.3 La satisfaction des patients :

1.3.1 Définition :

Une définition traditionnelle consiste à dire que la satisfaction tient du degré de conformité entre attente et réalisation (16).

La relation entre la satisfaction ressentie et les soins ou services effectivement rendus recouvrent plusieurs natures de variables. Dans le domaine bucco-dentaire, ces variables se répartissent en différents groupes ; certaines sont sociodémographiques indépendantes des services proposés (âge, sexe, etc.), d'autres sont relatives à la prise en charge (accueil, confort, communication, durée de traitement, etc.).

Si ces catégories mettent en évidence des aspects de l'expérience d'un patient qui peuvent être évalués, la satisfaction du patient est largement subjective et dépend des perceptions du patient par rapport à ses attentes. Au regard de cette diversité, la satisfaction globale des patients, bien que difficile à atteindre, doit être un objectif majeur pour un service de santé.

1.3.2 Caractéristiques majeurs de la satisfaction :

- La satisfaction est une notion subjective : elle est un sentiment de contentement que nous éprouvons quand les choses sont telles que nous

les souhaitons. La satisfaction subjective du patient diffère de la satisfaction objective du médecin (17).

- La satisfaction est une notion relative : deux patients peuvent avoir des satisfactions différentes alors qu'ils reçoivent pratiquement le même traitement et dans les mêmes conditions (17).
- La satisfaction est une notion évolutive : elle évolue avec le temps sur deux niveaux différents, en fonctions à la fois des attentes et des standards, et du cycle d'utilisation des services (17).
- La satisfaction est une notion individuelle plus que collective : elle est d'abord attachée à des individus plutôt qu'à un groupe d'acteurs (17).

1.3.3 Comment mesurer la satisfaction des patients ?

Mesurer la satisfaction du patient nécessite une connaissance plus précise de ce que le patient attend, perçoit et évalue. Dans ce domaine particulier, l'approche est expérimentale, c'est une réflexion qui prend en compte les résultats de différentes enquêtes qui permettent le développement progressif d'un concept expérimental.

La plupart des méthodes font appel à des questionnaires standardisés avec des cases à cocher, qui sont remplis par des patients encore traités ou en phase de la contention. Cette technique permet d'évaluer un grand nombre de patients.

Les résultats des enquêtes sont complétés par les analyses et recommandations d'un épidémiologue.

1.3.4 Les facteurs qui influencent la satisfaction :

La satisfaction des patients est une mesure fondamentale de la qualité de la prestation des soins de santé. Il est important de comprendre que les patients adolescents peuvent différer des enfants et des adultes ; cependant, la satisfaction est le résultat d'un processus complexe comportant de nombreux facteurs(18) :

1.3.4.1 La communication :

Les patients apprécient qu'on leur demande leur avis et qu'on les implique dans le processus de traitement ; lorsque cela se produit, la satisfaction est accrue et les patients ont confiance dans la probabilité d'obtenir un bon résultat(19).

1.3.4.2 Le personnel :

Le professionnalisme, le bon travail d'équipe et les bonnes capacités techniques du personnel ont un effet positif sur la satisfaction des patients. Il est aussi important que le praticien fait en sorte que le patient se sente au centre du processus(19).

1.3.4.3 La ponctualité et durée du traitement :

Le bon fonctionnement, la ponctualité des rendez-vous ainsi que la durée du service influence sur la satisfaction des patients

1.3.4.4 Le confort des patients durant le traitement :

Leurs expériences de douleur ou d'inconfort pendant le traitement, en particulier pendant les phases initiales peuvent influencer sur leur satisfaction

1.3.4.5 L'âge et le sexe des patients :

La satisfaction de l'apparence dentaire a été corrélée à l'âge et au sexe. Il a été signalé que la satisfaction à l'égard de l'apparence dentofaciale diminue avec l'âge, Par conséquent, on s'attend à ce que les adultes soient moins satisfaits de leur apparence dentofaciale qu'un adolescent. Les femmes sont plus insatisfaites de l'apparence de leur dentition que les hommes.

1.3.4.6 Le résultat final du traitement :

Le résultat final du traitement orthodontique a une grande influence sur la satisfaction du patient, un bon résultat lui permettra de retrouver son sourire et le mettra en confiance dans son environnement, cela va permettre d'accroître sa satisfaction.

1.4 Les enquêtes de satisfaction :

1.4.1 Définition

La satisfaction des patients ne pouvant être observée directement, les enquêtes de satisfaction sont largement utilisées comme outil de mesure, elles tentent de traduire les résultats subjectifs en données significatives, mesurables et réalisables.

Mesurer la satisfaction des patients et en extraire des informations utiles et pertinentes comprend la détermination des aspects de la satisfaction des patients qui doivent être mesurés, l'élaboration de questions fiables et valides, l'échantillonnage aléatoire de personnes de la population de patients et l'utilisation de techniques standard telles que les enquêtes par courrier, les enquêtes téléphoniques et les entretiens en face à face.

1.4.2 Paramètres d'une enquête médicale :

Il y a lieu de noter qu'il faut commencer par définir clairement les objectifs pour pouvoir identifier les questions auxquelles il faudra trouver des réponses statistiques.

-Elle doit être établie une description statistique clairement formulée des informations recherchées et de la population.

-Il faut indiquer comment le résultat doit être utilisé. Le statisticien chargé de la préparation de l'enquête devra définir les objectifs.

-Tenir dûment compte des contraintes possibles, en effet, ceci facilitera la planification et la réalisation de l'enquête.

2 Particularités de l'adolescent :

Les facteurs affectant la majorité des adolescents sous traitement orthodontique viennent généralement de l'attention portée à l'apparence des dents et aux taquineries peut être lié à ceci.

Selon l'OMS : l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Le traitement orthodontique est généralement effectué pendant cette période où les jeunes passent par une transition importante, physiquement et moralement. Il s'agit également d'une période de la vie où le changement et la confusion sont les règles, le jeune oscille entre son désir d'autonomie et celui d'être encore dépendant de ses parents, et entre l'adoption d'un mode de vie sain, ou vice versa, formes le comportement opposé, qui est susceptible de nuire à sa santé.

Au point de vue physiologique, la maturation du cerveau se termine aux alentours de 25 ans par le cortex frontal, on observe donc la maturation du centre de la raison après celui de l'émotion (cortex occipital). L'adolescent fait donc preuve d'un manque d'anticipation et de planification avec des difficultés à se projeter sur le long terme. De plus on note que l'adolescent est plus sensible aux récompenses qu'aux punitions d'un côté, et aux gains plutôt qu'aux pertes de l'autre. Par conséquent, afin de gagner et de maintenir sa motivation, il est nécessaire de fixer son objectif sur le court et moyen terme.

2.1 Identification de la génération Z :

Le Concept de "génération" est décrit par McCrindle et Wolfinger (2010) comme, le groupe d'individus, qui sont nés dans le même âge historique, ils sont dans la même vie et, de ce fait, ils ont été influencés par la même technologie et les mêmes expériences.

La génération Z est l'ensemble des adolescents nés à partir de l'année 2000, ils représentent aujourd'hui plus de 30% de la population mondiale. Cette dernière arrive dans un monde où les réseaux sociaux et l'internet contrôlent et dominent la vie contemporaine.

Actuellement, les Z représentent la majorité des patients traités aux services d'orthodontie. Comprendre et traiter cette génération impose de comprendre l'incroyable changement sociologique observé depuis 30ans.

2.2 Caractéristiques et habitudes :

Ainsi dite la génération 4C (Créative, Collaborative, Confiante et Connectée), elle se caractérise par son impatience, son pragmatisme et ses prises de position, ces adolescents sont bien décidés à faire entendre leurs voix grâce à leur pouvoir d'influence indéniable, non seulement sur leurs parents mais également sur leur communauté.

Il s'agit d'une génération qui n'a pas connu le monde sans Internet et les réseaux sociaux. C'est une notion importante qui a influencé leur façon de communiquer et leur ouverture sur le monde, mais qui induit en contrepartie une incompétence émotionnelle.

Dans son livre « The z generation », **Annamària Tari** définit cette génération comme :

- Des enfants/adolescents qui montrent des liens familiaux moins forts que les générations précédentes,
- Intelligents mais faisant preuve d'une intelligence émotionnelle sous développée,
- Difficulté de mémorisation sur le long terme, de précision et de concentration
- Narcissique, avec une attention très développée sur l'opinion de leurs pairs et l'impact augmenté qu'ont les célébrités sur leur comportement,
- De nouvelles méthodes d'apprentissage apparaissent : plus grande place pour la motivation et l'encouragement de l'apprentissage indépendant, augmentation de l'importance de l'activité physique

C'est quelque chose qu'une génération de prédécesseurs a appris, il y a un renversement de la hiérarchie, la légitimité des adultes n'est plus innée, donc l'exclusion de la forme classique de l'autorité par les adolescents qui cherchent des explications et qui n'acceptent pas trop les commandes.

Connaître les codes de cette génération permet d'ajuster la relation thérapeutique et d'éviter les malentendus, la communication avec eux ne peut réussir que si nous apprenons à connaître leurs caractéristiques

Olivier Revol (20) nous fait ainsi part de quelques pistes pour les soigner :

- Ils vivent dans l'instant présent : proposer des solutions rapides avec des résultats visibles et des objectifs sur le court terme,
- Ils préfèrent comprendre plutôt qu'apprendre : il faut veiller à les convaincre plutôt que les contraindre,
- Ils sont hyper connectés : leur permettre de nous contacter par SMS, Facebook ou Messenger crédibilise notre posture et légitimise notre fonction de médecin d'enfants,
- Ils recherchent l'ordre moral : se montrer juste et authentique,

- Ils savent plus de choses que leurs parents : accepter de se laisser enseigner, entendre leurs idées.
- Ils recherchent la stabilité et la sécurité
- Ils ont un rapport décomplexé à l'échec : accepter de se remettre en question toute en gardant son cap. Savoir accepter les critiques.

La jeune génération possède un langage unique :

Petit lexique pour mieux comprendre la génération Z :

TQT GR: t'inquiète, je te gère!

Être en Bad : filer du mauvais coton

Liker: aimer un article, une photo sur Facebook .Obtenir le plus de "like "est une fin en soi.

KSOS, Boloss : cas social, ceux qui ne sont pas populaires et souvent rejetés du groupe.

OMG: Oh My God! Quell choc!

OKLM: tout va bien! Je suis au calme!

Poseyyyy: tranquille...

3 Le principe d'amélioration continue de la qualité :

Ces dernières années, sous la forte influence des résultats d'enquêtes dans les pays industrialisés, les pays en développement se sont montrés de plus en plus intéressés par l'évaluation de la qualité des soins fournis par leurs systèmes de santé. Ce faisant, ils accordent une attention particulière aux résultats comme mesure de la qualité.

La définition la plus communément admise de la qualité des soins est celle de l'OMS en 1982 : « Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (21).

Le résultat de l'évaluation présente un double avantage : il peut fournir des indicateurs de l'efficacité de diverses interventions, et il peut également devenir un élément d'un système d'observation visant à améliorer la qualité des soins et à détecter sa détérioration. En règle générale, les études d'évaluation de la qualité évalueront l'un des trois types de résultats : les résultats médicaux, le coût ou la satisfaction du patient. Dans ce dernier cas, le patient n'est pas tenu d'évaluer l'état de santé après avoir reçu le traitement, mais d'évaluer le degré de satisfaction à l'égard des soins reçus. C'est pour cela, **comprendre et répondre aux attentes et**

aux besoins des patients aujourd'hui représentent l'orientation fondamentale de la démarche qualité(22).

ANAES, 2002, L'écoute du patient est une composante indispensable de tout système qualité. Elle fournit des informations qui pourront être utilisés pour identifier les processus clés, orienter les objectifs, corriger les dysfonctionnements, améliorer les produits ou services existants, concevoir de nouveaux produits ou services.

3.1 La démarche qualité :

Rachis et Kushner en 1992, ont défini la démarche qualité comme : «Le bon service, au bon moment, délivré par la bonne personne au bon endroit».

C'est une démarche volontaire dont les objectifs sont centrés autour du patient et concernent l'accueil, l'information, le conseil du patient (dialogue et communication), l'hygiène et la sécurité au sein du cabinet (23).

Elle permet à l'établissement de satisfaire les patients et de s'adapter en permanence aux modifications du contexte économique, social et scientifique.

Laurent Allouche en 1999 : « La démarche qualité aide le praticien à passer d'une dentisterie centrée sur la pathologie à une dentisterie centrée sur le patient avec la rationalisation de l'organisation de notre activité et ceci pour un meilleur service » (24).

La qualité en santé est « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient, l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa satisfaction, en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur d'un système de soins» (39).

3.2 L'amélioration continue :

C'est la progression qui est réaliser étape par étape grâce à un effort continue et ininterrompue chaque jour, d'une façon que chaque action entreprise, chaque «petit pas» doit améliorer la satisfaction du patient.

Donabedian en 1988, insiste sur le caractère incontournable de l'évaluation de la satisfaction pour la mesure de la qualité des soins et l'amélioration du système de santé. Il décrit les préférences et les attentes des patients, reflétées par leurs perceptions.(25)

L'amélioration continue est plus une philosophie qu'une technologie elle-même. Cependant, elle repose sur de multiples outils qui peuvent être mobilisés en fonction des besoins et des objectifs à atteindre, nous discutons dans notre étude la roue Deming :

La roue Deming ou cycle PDCA est un outil d'amélioration continue, qui est divisé en quatre phases : Plan (planifier), Do (réaliser), Check (vérifier) et Act (réagir et améliorer). On la qualifie de « roue » pour mieux insister sur la récursivité du processus (22).

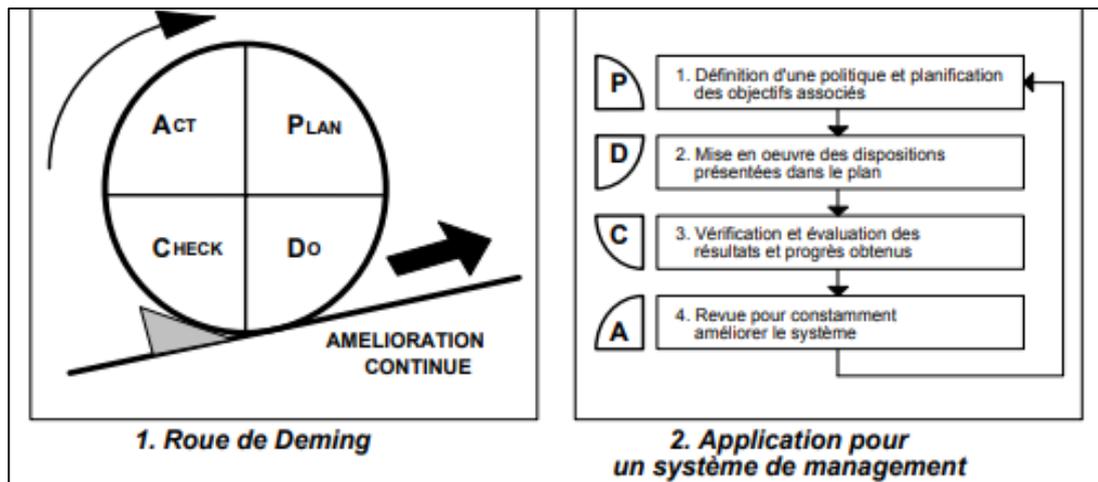


Figure 13: La roue Deming ou cycle PDCA.

4 Les différents types de qualité mesurables :

4.1 Boucle de la qualité :

Il est possible d'identifier quatre types de qualités que l'on peut placer sur "La Boucle de Qualité"

- Deux concernant le patient, et qui définissent sa satisfaction :

4.1.1 La qualité attendue :

Elle correspond au niveau de qualité souhaitée par le patient.

4.1.2 La qualité perçue :

C'est le niveau de qualité ressentie, d'une façon plus ou moins confuse par les patients à partir de leurs propres attentes.

- Deux concernant l'établissement de santé :

4.1.3 La qualité prévue :

C'est le niveau de qualité que le service ou l'établissement souhaite atteindre.

4.1.4 La qualité obtenue :

C'est le niveau de qualité obtenue et réalisé par le service réellement.

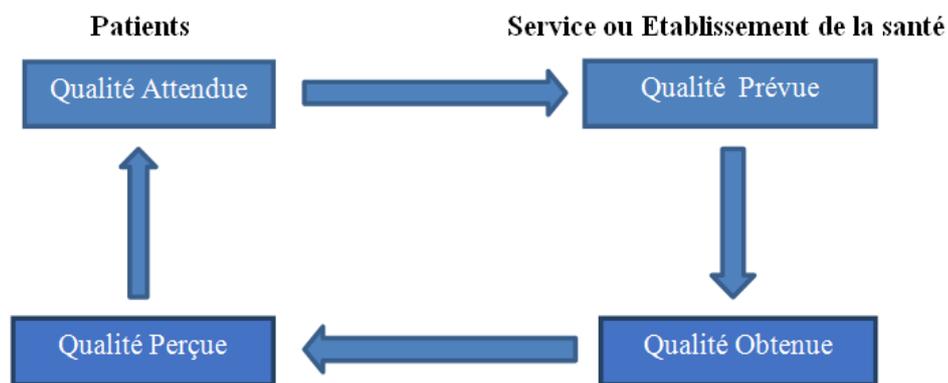


Figure 14 : La boucle de la qualité.

4.2 Analyse de la boucle de la qualité

La boucle de qualité est composée de quatre éléments (types de qualités) qui sont en relation complémentaire entre eux. Deux éléments s'intéressent principalement à la performance du service (qualité prévue et obtenue) et les deux autres à la satisfaction des patients (qualité attendue et qualité perçue). La boucle de qualité a pour objectif d'améliorer le fonctionnement et le savoir-faire de l'établissement. La satisfaction dépend donc du type d'attente des patients, la théorie de l'attente permet d'apprécier la satisfaction par l'expression de l'écart entre ce qui est attendu et ce qui est perçu.(26)

5 Revue de la littérature :

Nous avons procédé à une revue systématique de la littérature à travers une recherche dans Pubmed, Google et Google scholar, concernant tous les articles parus en anglais ou en français. La stratégie de recherche était basée essentiellement sur un vocabulaire bien précis (MeSH) et s'est appuyée sur des mots clés en rapport avec notre thème : « Patient's expectations », « Patient's Satisfaction » auxquels sont associés les termes «Questionnaire» ou «Questionnaire survey », «Adolescent orthodontics ». Nous avons ensuite combiné plusieurs mots clés : «Expectation», «Patient's and parent's expectations of orthodontic treatment*», «Perception of orthodontic treatment*» pour chercher des références pouvant fournir un large aperçu du sujet.

Cette recherche électronique a été complétée par une consultation manuelle des documents et des livres orthodontiques à notre disposition. Cette stratégie de recherche a abouti à la sélection de plus de « 50 » références bibliographiques.

Les patients expriment des attentes différentes relatives au traitement orthodontique et ces différences résultent fréquemment de facteurs tels que l'âge, le sexe, le degré de satisfaction avec l'aspect de ses dents, de même que de l'influence de l'avis des parents, des amis, et d'autrui (27,28).

Shaw et al., en 1979 ont examiné les attentes concernant les résultats des traitements orthodontiques, et a révélé des différences minimales entre les patients et les parents en ce qui concerne leurs attentes quant aux résultats du traitement orthodontique (29).

Thompson et Sunol, en 1995 ; Newton et Cunningham, en 2013 ont dit que la connaissance préalable des traitements orthodontiques influençait les attentes des patients, et que les informations fournies aux patients pouvaient avoir un effet similaire (30).

Bennett et al., en 1997 ont constaté que les parents ayant des revenus plus élevés s'attendent à davantage de désagréments liés au traitement, notamment à devoir s'absenter du travail pour amener leur enfant à leurs rendez-vous chez l'orthodontiste (31).

Tung et Kiyak., en 1998 ont indiqué que les parents s'attendaient également à une amélioration de l'image de soi de leur enfant plus importante que ce que les patients eux-mêmes avaient prévu (32).

Il ont, aussi, observé des similitudes chez les patients âgés de 9 à 12 ans en ce qui concerne leurs attentes par rapport aux résultats du traitement, notamment une amélioration de l'apparence et de la fonction orale, mais les filles ont également fait état d'attentes sociales plus importantes(33).

Baird JF et Kiyak HA en 2003, il a été démontré que les patients bien informés ont des attentes plus raisonnables et plus réalistes et, par voie de conséquence, ont plus de chances d'être satisfaits du résultat de leur traitement. De plus, il est possible d'identifier et de conseiller de façon appropriée les patients qui ont besoin d'un accompagnement prétraitement plus poussé et minimiser ainsi le risque d'insatisfaction en fin de traitement et un contentieux potentiel (34).

Sayers et Newton., en 2007 ont constaté que les parents avaient des attentes plus réalistes que les patients en ce qui concerne la durée du traitement et ce qui se passerait lors de la visite initiale (35).

Bernabe' et al., en 2008, ont indiqué qu'il est largement connu que le traitement orthodontique provoque parfois de la douleur, de l'inconfort et des limitations fonctionnelles. La confiance en soi des patients pendant le traitement peut être affecté par des troubles de la parole et de la visibilité de l'appareil (36).

De plus, l'inconfort causé par le traitement orthodontique peut affecter l'observance du traitement par les patients, leur satisfaction à l'égard du traitement et il peut entraîner un stress entre le patient et le praticien.

Hiemstra et ses collègues en 2009 ont montré que les parents avaient moins d'attentes, par rapport à leurs enfants, sur les traitements impliquant des extractions dentaires et une réaction positive du public au port d'appareils orthodontiques fixes (36).

Ils ont, aussi, révélé que les attentes relatives au traitement orthodontique augmentent avec l'âge, les adultes sont plus mécontents avec leur apparence dento-faciale que les enfants. En général, les garçons et les filles âgés de 10 à 14 ans semblent avoir des attentes similaires vis-à-vis du processus de traitement orthodontique.

Nasr et al., en 2011 a constaté que l'Internet et les applications pour Smartphone pourraient potentiellement avoir une plus grande influence sur les attentes des patients à l'ère numérique actuelle (37).

Sadek et al., en 2015 ont fait une étude des attentes orthodontiques des enfants britanniques noirs et blancs et de leurs principaux soignants, ils ont révélé que les soignants avaient des attentes différentes lors de la visite initiale. Les enfants britanniques noirs étaient plus susceptibles de s'attendre à ce qu'un appareil orthodontique leur soit posé lors de leur première visite que les enfants britanniques blancs (38).

Boudreaux et O'Hea ont montré à partir d'une revue de la littérature sur 50 articles anglo-saxons que le niveau de satisfaction dépendait essentiellement des relations

interpersonnelles qui s'établissent entre le personnel soignant et les patients, de la perception des compétences techniques et de la perception des temps d'attente (39). D'autres auteurs se sont intéressés à des modèles de satisfaction globale en incluant dans leur enquête des questions d'intention comme le souhait de « recommander le service à des proches » ou le souhait de « revenir si besoin »(40,41).

Dans la littérature, deux modèles de relation praticien-patient sont principalement décrits. Le premier, le **modèle paternaliste** où le malade doit obéissance au médecin considéré comme représentant de Dieu. Dans le second modèle, ou **modèle d'autonomie**, le patient est libre de prendre des décisions concernant sa santé à partir des informations qu'il a reçues (42).

Le principe est le respect de l'autonomie et d'un contrat réciproque entre le patient et le soignant. Une fois informé et éclairé, le patient peut décider de donner ou de refuser son consentement aux soins (43).

CHAPITRE II

Méthodologie de l'enquête

1 Problématique :

La majorité des études publiées sur l'orthodontie n'ont porté que sur des mesures cliniques objectives, et très peu d'études ont évalués et analyser les mesures centrées sur l'opinion, les doléances, les attentes des patients, et même sur leur satisfaction en fin de traitement.

Sachant que la satisfaction « subjective » du patient diffère de la satisfaction « objective » du médecin, et pour atteindre une compatibilité entre ces deux notions, il est important d'avoir une vision claire des motivations et des attentes de tout un chacun avant de commencer un traitement. Du moment que c'est le patient qui est concerné, nous nous sommes posé la question : les patients pris en charge au sein du service d'ODF CHU Blida sont-ils **satisfaits ou non** ?

2 Hypothèses :

L'élaboration d'un questionnaire doit être précédée d'une définition des hypothèses générales de l'enquête ainsi que de ses objectifs (44,45).

Les hypothèses contribueront à définir les aspects du problème qui seront recueillis par le questionnaire et à préciser l'information désirée (46,47).

Nous avons élaboré 3 hypothèses de recherche qui seront testées grâce aux résultats de l'enquête de satisfaction.

Hypothèse 1 : Les patients pris en charge au sein du service d'ODF CHU Blida sont satisfaits.

Hypothèse 2 : Avoir une vision claire des motivations et des attentes de nos patients, permet d'améliorer leurs prises en charge et de leurs prodiguer une satisfaction correcte.

Hypothèse 3 : Une relation positive entre l'orthodontiste, le patient et le parent est importante pour assurer la conformité et la satisfaction du patient.

3 Objectifs de l'étude :

3.1 Objectif principal :

- Evaluer la satisfaction des patients tout en essayons de cerner les facteurs qui peuvent l'influencer.

3.2 Objectifs secondaires :

- Identifier les motivations ainsi que les attentes des patients avant le début du traitement et les évaluer.
- Mettre en évidence les insatisfactions rapportées par les patients.
- Apprécier le point de vue des patients sur le déroulement, le résultat ainsi que sur l'intérêt du traitement qu'ils viennent d'achever, autrement dit l'expérience vécue au service d'ODF correspond-elle bien aux attentes ?
- Cibler les changements à effectuer pour optimiser la prise en charge des patients.
- Mettre en évidence l'importance de la relation patient-praticien.

4 L'importance du sujet :

- La satisfaction des attentes des patients est devenue l'un des principaux objectifs des systèmes de santé.
- C'est un problème de santé public que nous avons voulu identifier, évaluer pour ensuite essayer de trouver des solutions.
- Une meilleure compréhension de nos patients va permettre de cibler les mesures nécessaires pour améliorer la qualité de soins.
- La satisfaction du patient demeure un critère essentiel et conditionne très souvent la poursuite ou non d'un traitement.
- Améliorer les prestations des soins fournis, cela en généralisant l'étude pour tous les services.

5 Matériels et méthodes :

5.1 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive, longitudinale, réalisée en milieu clinique, et comprenait 30 patients âgés entre 10 et 15 ans.

C'est une méthode qualitative qui permet d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins (48).

Les études qualitatives constituent un passage souvent incontournable dans toute recherche de ce type, elle s'appuie sur les règles suivantes :

- Les informations sont collectées auprès d'un petit nombre d'individus sans soucis de représentativité.
- Le recueil des données se fait dans le cadre de discussions collectives ou d'entretiens individuels traitant de questions peu précises.
- Les résultats obtenus ne se prêtent pas à la quantification, mais à l'analyse du contenu.
- Les informations recherchées portent sur les perceptions, les attitudes et les motivations.

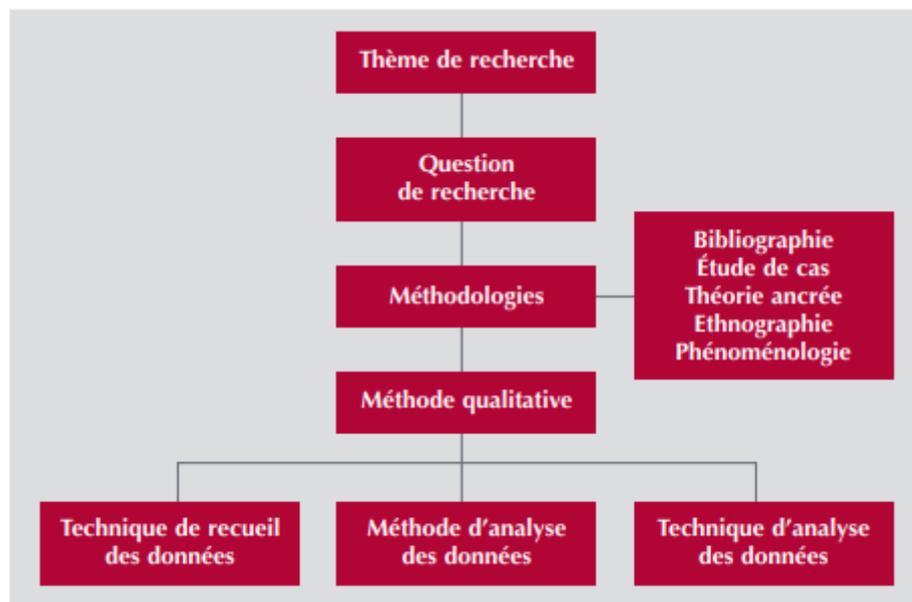


Figure 15 : Méthode qualitative

5.2 Cadre d'étude :

Cette étude a été réalisée au sein du service d'ODF à la clinique dentaire Zabana CHU Frantz-Fanon de Blida.

➤ Un aperçu sur le lieu de l'enquête : La clinique dentaire Ahmed Zabana :

La clinique dentaire Ahmed Zabana est un établissement public spécialisé en médecine dentaire, c'est l'une des quatre unités qui composent le CHU Blida qui sont : l'hôpital Frantz Fanon, l'unité Hassiba Ben Bouali et l'unité Mhamed Yazid.

La clinique se situe dans la ville de Blida, à environ 2 km au sud de l'hôpital Frantz Fanon.

La clinique est constituée de deux grandes salles de soins, deux salles de cours, une salle pour les urgences bucco-dentaires, une salle pour la consultation d'ODF et un laboratoire de prothèse dentaire, elle est opérationnelle depuis 1986.

La clinique assure les activités de consultation, des soins, de la prise en charge des urgences bucco-dentaires et contribue de manière effective à la promotion de la santé dentaire en se basant sur l'importance des moyens préventifs et la nécessité de l'hygiène bucco-dentaire.

La clinique Zabana englobe les différentes spécialités de la médecine dentaire et elle assure les différents actes dentaires (extractions dentaires, soins dentaires et endodontiques, détartrage, traitements prothétiques et les traitements ODF), elle assure également en collaboration avec les établissements d'enseignement supérieur la formation pratique des médecins dentistes.

La clinique assure la couverture médicale en matière de santé bucco-dentaire pour toute la wilaya de Blida, ainsi que pour les autres wilayas limitrophes ; la clinique accueille en moyenne 12.000 patients chaque année dont 1.700 patients au service d'ODF (bilan 2019/2020).

5.3 Population et échantillonnage :

30 patients (15 filles et 15 garçons) âgés entre 10 et 15 ans, ont été recrutés consécutivement à la clinique Zabana.

5.3.1 Critères d'inclusion :

Les patients ont été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion suivants :

- Les patients ayant été pris en charge au service d'ODF, à la clinique Zabana.
- Les patients ayant un dossier clinique complet.
- Les patients des 2 sexes.

- Les patients âgés entre 10 et 15 ans en début de traitement.
- Les patients traités sans recours à une chirurgie orthognathique.
- L'absence de tout problème de santé pouvant influencer sur le traitement orthodontique.
- Les patients qui sont en fin du traitement ou en période de contention.

5.3.2 Critères d'exclusion :

- Les patients que nous n'avons pas réussi à joindre.
- Les patients présentant des troubles syndromiques.
- Les patients toujours en cours de traitements.

6 Outil :

6.1 Le questionnaire :

Le questionnaire est l'outil prépondérant utilisé dans les enquêtes de satisfaction, c'est l'une des trois principales méthodes de collecte de données, les deux autres méthodes utilisées sont les entretiens et les observations. Les entretiens et les observations sont des méthodes individuelles et collectives, tandis que les questionnaires sont une méthode collective uniquement (49).

L'enquête par questionnaire est un outil basé sur la collecte d'informations, qui repose sur l'analyse des réponses à une série de questions. Dans toutes les étapes de l'enquête par questionnaire, les principes de mise en œuvre de la question et les règles techniques du questionnaire doivent être respectés.(50)

6.2 Élaboration du questionnaire :

A chaque enquête correspond un questionnaire différent, le questionnaire universel n'existe pas, même si on peut utiliser d'autres questionnaires déjà validés tout en adaptant les questions à la population ciblée et aux objectifs voulus, il est préférable d'en créer un pour chaque étude. « Aucun système d'enquête n'a été validé pour qu'il soit considéré comme fiable, valide pour la mesure de la satisfaction » Hall, 1990

Nous avons élaboré notre questionnaire en tenant compte des recommandations de l'Association Dentaires Françaises (ADF) relatives à l'élaboration d'un questionnaire de satisfaction à savoir :

- La prise en compte de l'environnement d'exercice de l'orthodontie ;
- L'exploration des multiples dimensions de la satisfaction par des questions simples ;
- La formulation des questions qui ne doivent pas suggérer de réponse ;
- La longueur du questionnaire qui doit être raisonnable (48).
- L'ordre des questions doit être logique et compris par tous.

➤ Les phases d'élaboration du questionnaire de satisfaction :

Pour produire une information fiable et valide, la recherche doit obéir très strictement aux règles de la méthodologie scientifique.

Plusieurs étapes sont requises pour élaborer un questionnaire valide (Peterson, 1982)(51) :

- ✓ Définir les objectifs de l'enquête, autrement dit cerner ou identifier les informations que nous souhaitons recueillir.
- ✓ Elaborer les questions qui conduisent à obtenir ces informations de la manière la plus pertinente possible.
- ✓ Evaluer la compréhension et la perception des questions.
- ✓ Organiser et ordonner les questions par thème de façon à rationaliser et ergonomiser le renseignement des fiches et le recueil des données.
- ✓ Tester le questionnaire sur la population. A l'issue de ce test certaines questions sont réévaluées et modifiées afin d'en améliorer leur compréhension.

Le vocabulaire employé doit être compréhensible par toutes les personnes de la population cible et les questions doivent avoir le même sens pour tous (52,53)

6.3 Structure du questionnaire :

6.3.1 Introduction du questionnaire :

Tous les questionnaires doivent être introduits par des phrases explicatives, qui doivent :

- Déterminer les objectifs de recherche et souligner leur importance.
- L'anonymat doit également être garanti et le répondant doit être remercié d'avoir sacrifié son temps.
- Demander la collaboration des répondants.

L'introduction doit être courte et efficace. Habituellement, l'enquêteur est le responsable de la lecture de l'introduction.

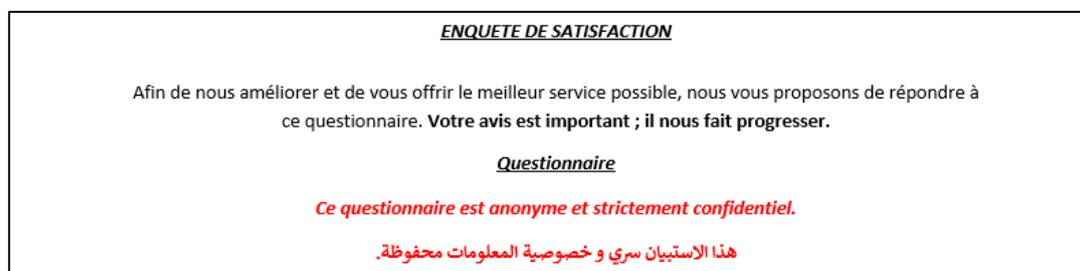


Figure 16 : Introduction du questionnaire.

6.3.2 Type des questions :

Il s'agit ici de décrire le type de questions que le rédacteur peut choisir pour composer son questionnaire.

6.3.2.1 Les questions fermées à réponse unique :

Ce sont les questions les plus simples. La question est le plus souvent sous forme interrogative, ce qui provoque des réponses, on répond en cochant une case ou en encerclant la bonne réponse.

3/Résultats scolaires :	faibles <input type="checkbox"/> ضعيفة	moyens <input type="checkbox"/> متوسطة	(3) النتائج المدرسية :
	bons <input type="checkbox"/> جيدة	excellents <input type="checkbox"/> ممتازة	
4/Étiez-vous pris en charge par un :	Etudiant <input type="checkbox"/> طالب	résident <input type="checkbox"/> طبيب مقيم	spécialiste <input type="checkbox"/> طبيب مختص
5/Durée du traitement en années :	une <input type="checkbox"/> سنة	deux <input type="checkbox"/> سنتان	trois <input type="checkbox"/> ثلاثة
		quatre <input type="checkbox"/> أربعة	plus <input type="checkbox"/> أكثر

Figure 17 : Les questions à réponses unique.

L'avantage des questions fermées est le suivant(49) :

- Facilité de faire un questionnaire.
- Facilité pour coder un questionnaire.
- Facilité de réponse pour le questionné.

6.3.2.2 Les questions à choix multiples ou questions préformées :

L'enquêté choisit parmi plusieurs réponses, celles qui conviennent le mieux à son opinion.

10/Le principale motif de consultation :	esthétique(améliorer l'apparence) <input type="checkbox"/>	fonctionnel(améliorer les fonctions orales) <input type="checkbox"/>	les autres à l'école ont un appareille <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>	(10) الدافع الرئيسي للاستشارة الطبية :
	la durée <input type="checkbox"/> طول المدة	la douleur <input type="checkbox"/> الألم	difficulté pour manger <input type="checkbox"/> الصعوبة في الأكل	آخر <input type="checkbox"/> آخر	(11) مصدر قلقك الرئيسي كان :
11/Votre principale inquiétude était :	l'aspect inesthétique de l'appareil <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>			
12/Pensiez-vous que le traitement orthodontique va :	aligner vos dents <input type="checkbox"/> تسوية أسنانك	faciliter le brossage <input type="checkbox"/> تسهيل تنظيف الأسنان	faciliter la communication avec les autres <input type="checkbox"/>		(12) هل كنت تعتقد أن التقويم سيساعد على :
					تحسين ابتسامتك <input type="checkbox"/> تسهيل عملية المضغ <input type="checkbox"/>
					تسهيل التواصل مع الآخرين <input type="checkbox"/>

Figure 18: Les questions à choix multiples.

L'avantage de ces questions est qu'elles facilitent la tâche de la personne enquêtée, de l'enquêteur et du dépouillement mais elles peuvent également ne pas donner à l'enquêté la possibilité d'exprimer fidèlement son opinion, pour remédier à ceci, on a créé la catégorie «Autres» et «Aucun».

6.3.2.3 Questions de type « échelle d'évaluation » :

Dans une enquête de satisfaction, il est parfois difficile ou délicat de trouver un qualificatif pour évaluer un produit ou un service.

Il est donc plus facile d'utiliser un système de notation pour mettre à disposition de l'enquêté une échelle de valeurs dans le questionnaire.

1très mauvais(e) سيء جداً 1	2mauvais(e) سيء 2	3moyen(ne) متوسط 3	4bon(ne) جيد 2	5 très bon(ne) جيد جداً 5
Comment jugez-vous :				
كيف تُقيم :				
20. La relation avec votre médecin	العلاقة مع طبيبك المعالج			
21. La clarté de ses explications	وضوح تفسيراته			
22. Sa disponibilité à donner des conseils	توفره لتقديم النصائح			

Figure 19: Les questions de type « échelle d'évaluation ».

6.3.3 L'organisation des questions :

Il est préférable de regrouper les questions par thème. Le regroupement par thèmes canalise l'attention de l'enquêté, rend le questionnaire cohérent.

Le questionnaire se décompose en cinq parties distinctes qui permettent de répondre aux objectifs de cette analyse.

6.3.3.1 Le premier volet : « Identification »

Le premier volet contient huit questions simples qui mettent l'enquêté en confiance.

Les trois premières questions permettent d'obtenir les informations suivantes : le sexe, l'âge au début du traitement et les résultats scolaires.

Les cinq questions restantes donnent une idée générale sur la démarche thérapeutique du patient.

6.3.3.2 Le deuxième volet : « Les motivations et les attentes avant le traitement »

Le deuxième volet contient six questions qui visent à déterminer : l'initiateur de la décision du traitement, le motif de la consultation, les aspirations avant le traitement et les principales inquiétudes.

6.3.3.3 Le troisième volet : « Ressenti pendant le traitement »

Le troisième volet contient cinq questions qui permettent une évaluation précise de l'acceptation du traitement par le patient et ses proches.

6.3.3.4 Le quatrième volet : « Ressenti après traitement et relation patient- praticien »

Le quatrième volet est fait de neuf questions destinés à évaluer le ressenti du patient après avoir été traité par le praticien et la relation avec lui, en utilisant une échelle de 1 à 5.

6.3.3.5 Le cinquième volet : « Satisfaction globale »

Ce dernier volet est formé de quatre questions générales avec lesquelles on essaiera d'évaluer la satisfaction du patient dans l'ensemble.

6.4 Validation du questionnaire :

En absence de gold standard, notre questionnaire était approuvé et validé par le Professeur Meddah chef de service de chirurgie dentaire / CHU de Blida. Le questionnaire a été rédigé et présenté dans deux langues : l'arabe et le français. **(Voir annexe 01)**

Nous avons réalisé également une enquête teste auprès de 03 patients afin de vérifier si les questions étaient claires et les termes utilisés compréhensibles et univoques, suite à quoi, des modifications mineures ont été apportées au questionnaire.

7 Acquisition des données :

Afin d'obtenir le plus grand nombre de participants, nous avons examinés leurs dossiers médicaux dans les archives de la clinique, qui comprenaient leurs numéros de téléphone portable, nous les avons contactés et leur avons demandé de venir à la clinique pour répondre à notre questionnaire.

A leur arrivée à la clinique, une explication a été fournie sur l'objectif du questionnaire et sa contribution à l'amélioration de la qualité de nos services à l'avenir. Les patients qui ont accepté de participer ont signé un formulaire de consentement, et pour ceux de moins de 12 ans, c'est leurs parents qui l'ont signé. **(Voir annexe 02)**

Les questionnaires ont été administrés directement aux patients inclus dans l'étude par un étudiant parlant et comprenant les langues française et arabe.

La confidentialité et l'anonymat ont été soulignés et les patients ont été informés qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses ; ce sont leurs opinions personnelles qui étaient recherchés, puis des questions ont été posées oralement aux enquêtés de manière simple et leurs réponses ont été enregistrées.

Les réponses étaient collectées du lundi le 1^{er} mars jusqu'à jeudi le 20 mai 2021 et concernaient tous les patients répondant aux critères d'inclusion.

8 Exploitation des données :

La gestion des données était totalement informatisée, ils seront exploités en fonction du plan d'analyse déterminé au départ :

- **Microsoft Excel** : à l'aide duquel les différents tableaux et les différentes figures ont été réalisés.
- **Microsoft Word** : a été utilisé pour la rédaction du document.
- **Le logiciel Zotero** : a été utilisé pour l'enregistrement chronologique des références bibliographiques.
- **Le logiciel IBM SPSS .23** : a été utilisé pour l'analyse des données et la réalisation des études statistiques.

CHAPITRE III

Analyses des résultats et discussion

1 Analyse des résultats :

Dans le cadre de notre étude, 30 patients ont été interrogés au sein du service d'orthopédie dento-faciale, clinique Zabana du CHU Blida.

L'analyse des résultats s'est fait de façon globale par le calcul des pourcentages des avis exprimés par les patients. Ensuite, nous avons procédé à l'analyse des questions précises et des associations entre les avis exprimés et les différentes variables que nous avons jugées capables d'influencer la satisfaction des patients.

1.1 Analyses statistiques univariées.

1.1.1 Premier volet : « Identification »

➤ Sexe :

Tableau 1: Répartition des malades selon variable « sexe ».

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Féminin	15	50,0
Masculin	15	50,0
Total	30	100,0

La répartition de l'échantillon était équilibrée avec une sex-ratio de 1.

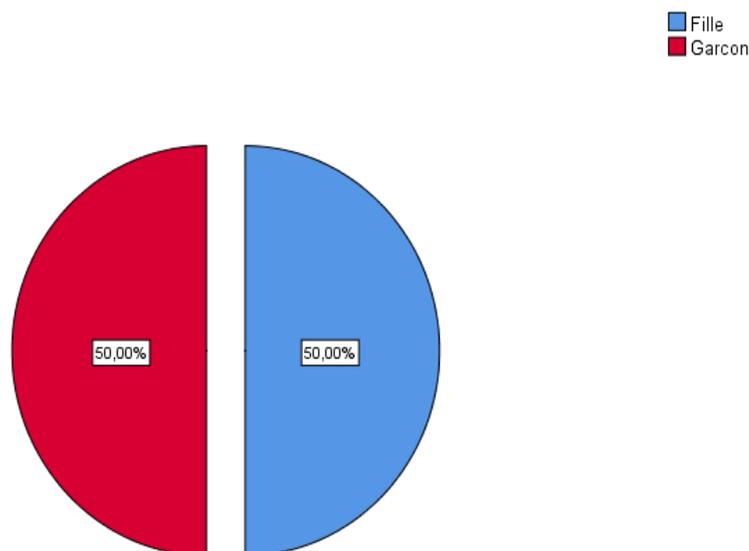


Figure 20: Répartition des malades selon variable « sexe ».

➤ Âge :

Tableau 2 : Âge au début du traitement en années.

Âge au début du traitement en années.	
Effectif total	30
Moyenne	12,2
Médiane	12,0
Ecart type	1,7
Minimum	10
Maximum	15

La moyenne d'âge de notre population était de 12.2 ± 1.7 ans.

➤ Résultats scolaires :

Tableau 3 : Résultats scolaires.

Résultats scolaires	Fréquence	Pourcentage
Excellents	7	23,3
Bons	15	50,0
Moyens	7	23,3
Faibles	1	3,3
Total	30	100,0

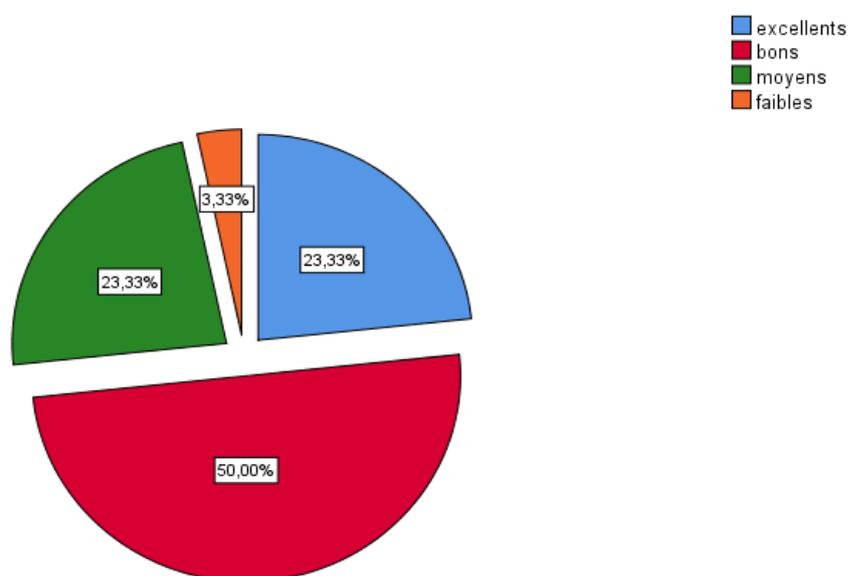


Figure 21: Répartition des résultats selon la variable « résultats scolaires ».

➤ La prise en charge :

Tableau 4 : La prise en charge.

PEC	Fréquence	Pourcentage
Résident	22	73,3
Spécialiste	7	23,3
Etudiant + résident	1	3,3
Total	30	100,0

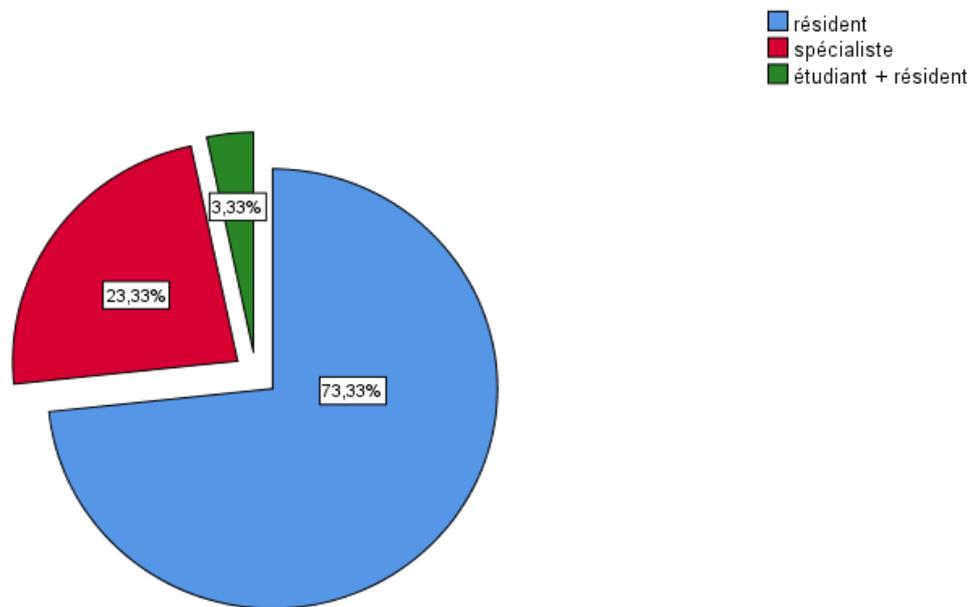


Figure 22 : Répartition des résultats selon la variable « prise en charge ».

La plupart des patients sélectionnés étaient pris en charge par des résidents.

➤ **Durée de traitement en années :**

Tableau 5 : La durée du traitement en années.

Durée de traitement en années	Fréquence	Pourcentage	Pourcentages cumulés
Une année	4	13,3	13,3
2 ans	6	20,0	33,3
3 ans	6	20,0	53,3
4ans	5	16,7	70
Plus	9	30,0	100
Total	30	100,0	100

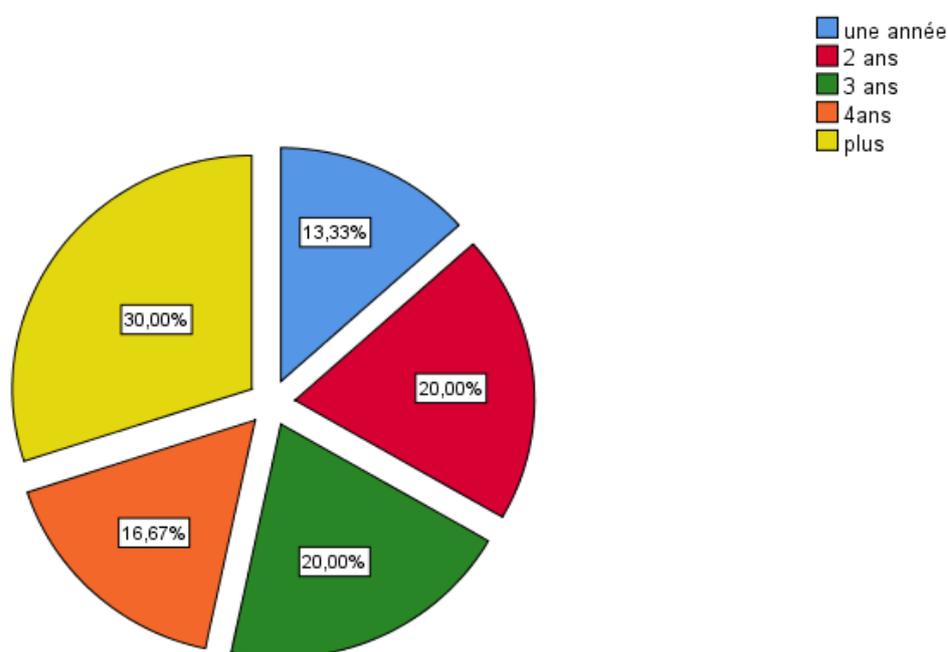


Figure 23: Répartition des résultats selon la variable « la durée du traitement en années».

La majorité des patients retenus, ont été traités pour une période de 4ans ou plus.

➤ Type d'appareillage :

Tableau 6: Type d'appareillage.

Type d'appareillage	Fréquence	Pourcentage
Fixe	23	76,7
Amovible	1	3,3
Fixe + amovible	6	20,0
Total	30	100,0

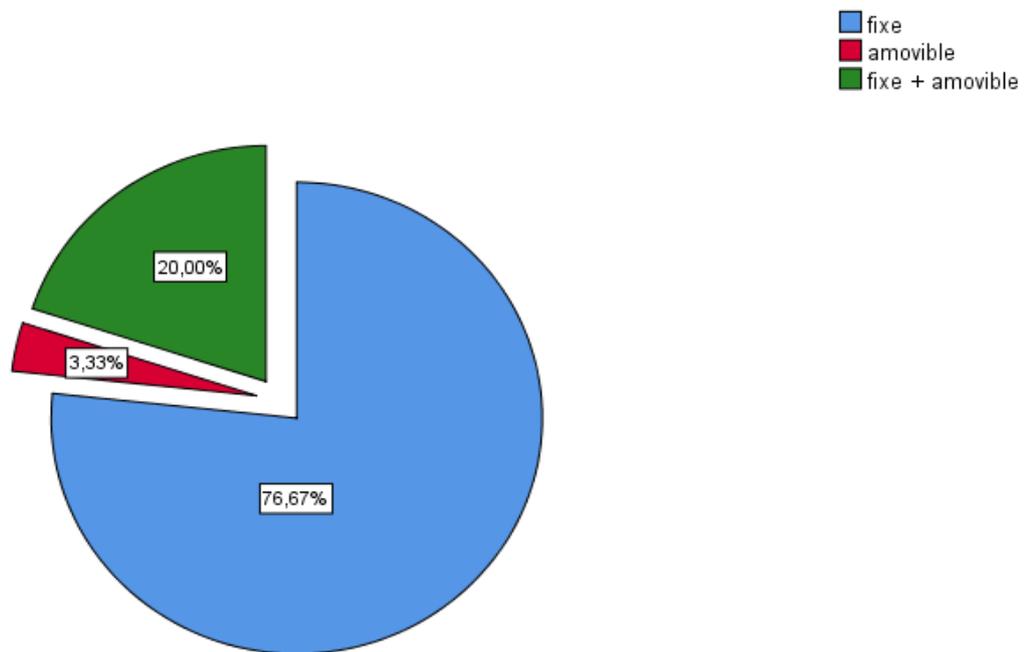


Figure 24 : Répartition des résultats selon la variable « type d'appareillage ».

La majorité des patients ont été traités par un appareillage fixe.

➤ Nécessité d'extraction dentaire :

Tableau 7 : Nécessité d'extraction dentaire.

Nécessité d'extraction dentaire	Fréquence	Pourcentage
Oui	22	73,3
Non	8	26,7
Total	30	100,0

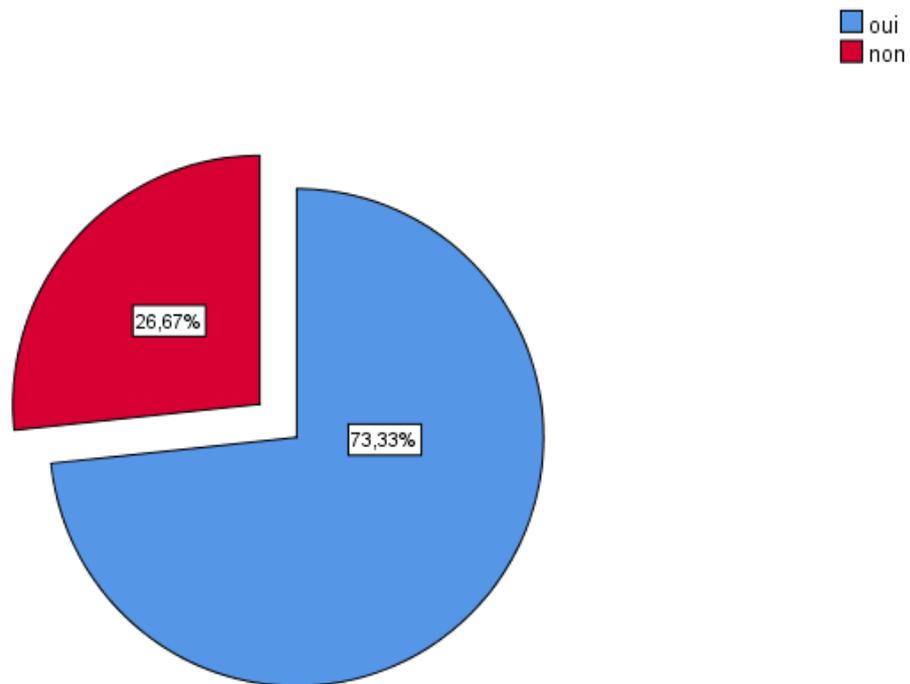


Figure 25 : Répartition des résultats selon la variable « Nécessité d'extraction dentaire ».

La majorité des patients ont subi des extractions.

➤ Combien d'extraction dentaire ?

Tableau 8 : Nombre d'extraction dentaire.

Combien d'extraction dentaire?	Fréquence	Pourcentage
1	4	18.2
2	8	36,4
3	1	4.6
4	7	31.8
Plus	2	9.1
Total	22	100.0

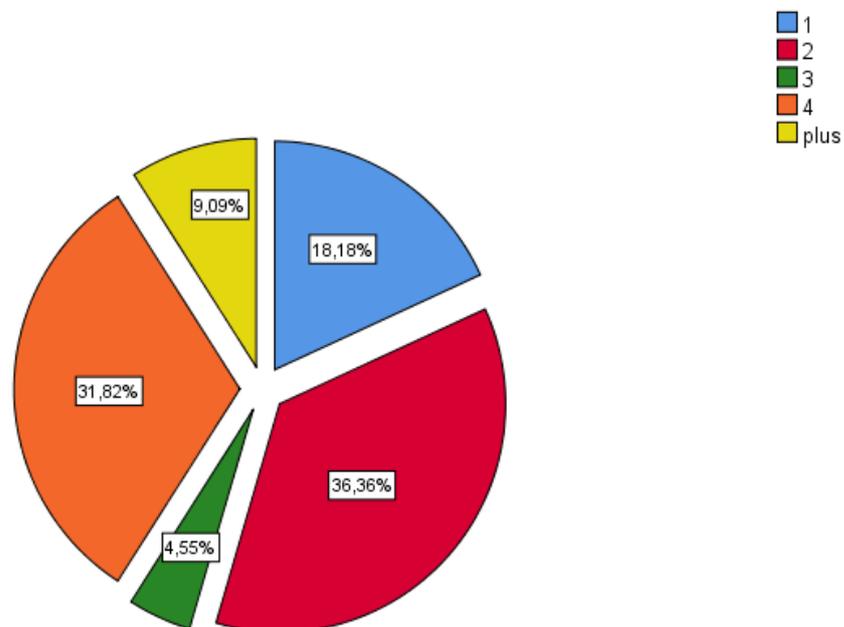


Figure 26 : Répartition des résultats selon la variable « Nombre d'extraction dentaire».

L'extraction de deux dents été la plus fréquente.

1.1.2 Deuxième volet : « Les motivations et les attentes avant le traitement »

➤ Initiative du traitement :

Tableau 9 : Initiative du traitement.

Qui a pris l'initiative du traitement ?	Fréquence	Pourcentage
Vous-même	9	30,0
Vos parents	13	43,3
Un confrère	8	26,7
Total	30	100,0

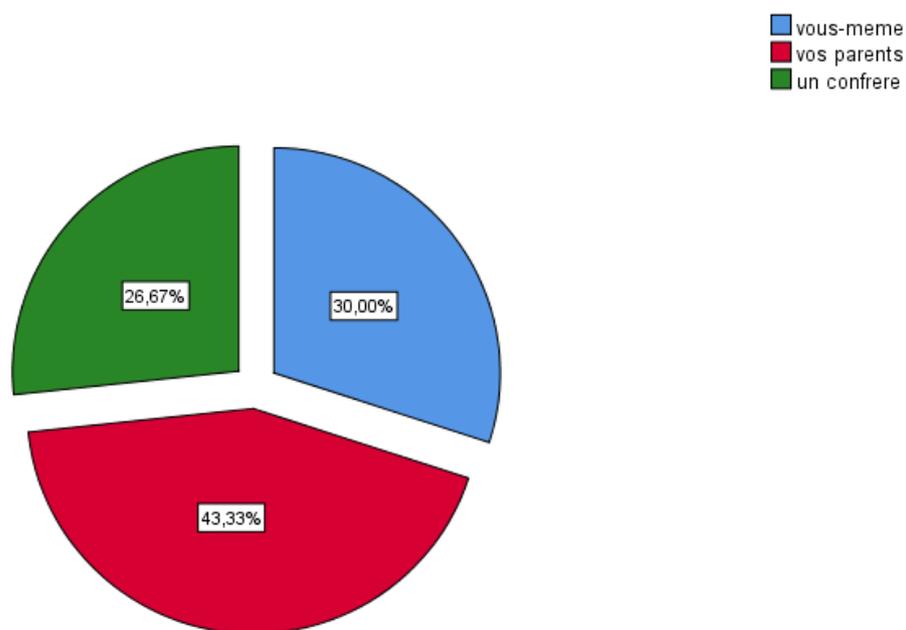


Figure 27 : Répartition des résultats selon la variable «initiative du traitement».

La décision du traitement prise par les parents était la plus fréquente.

➤ **Principal motif de consultation :**

Tableau 10 : Principal motif de consultation.

Le principal motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Esthétique	16	55.2
Fonctionnel	5	17.2
Esthétique + fonctionnel	6	20.7
Autre	2	6.9
Total	29	100.0

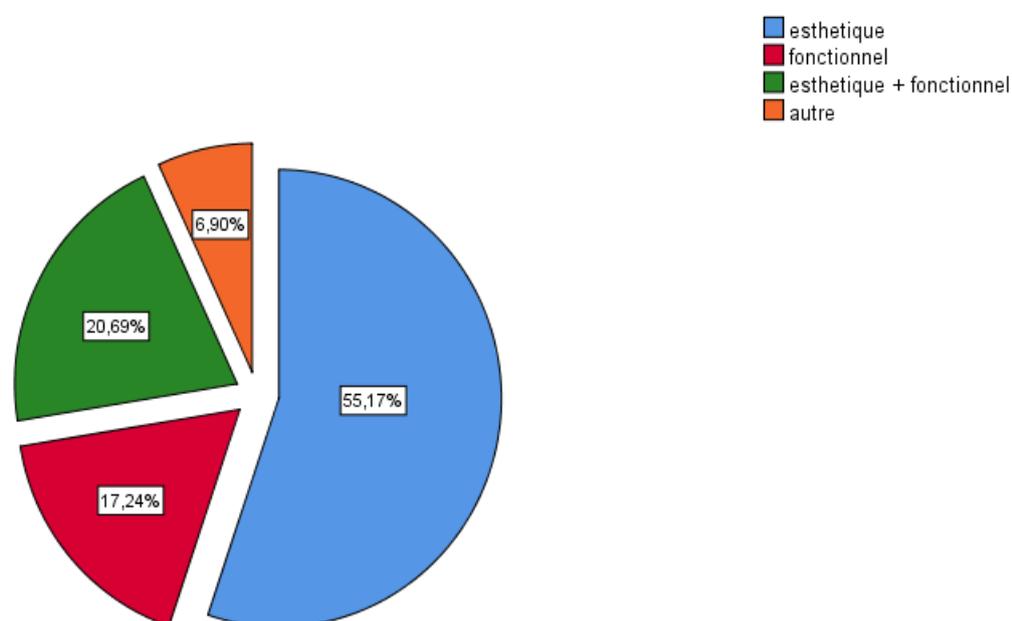


Figure 28 : Répartition des résultats selon la variable « Principal motif de consultation ».

La majorité des patients retenus, étaient venus consulter pour des raisons esthétiques.

➤ **Principale inquiétude :**

Tableau 11 : Principale inquiétude.

Principale inquiétude	Fréquence	Pourcentage
La durée	3	10.3
La douleur	6	20.7
Difficulté pour manger	1	3.5
Autres	6	20.7
La douleur + l'aspect inesthétique de l'appareil	5	17.2
La douleur + difficulté pour manger	3	10.3
La durée + la douleur	2	7.0
Difficulté pour manger + aspect inesthétique de l'appareil	1	3.5
La douleur + l'aspect inesthétique de l'appareil + difficulté pour manger	1	3.5
La durée + la douleur + difficulté pour manger	1	3.5
Total	29	100.0

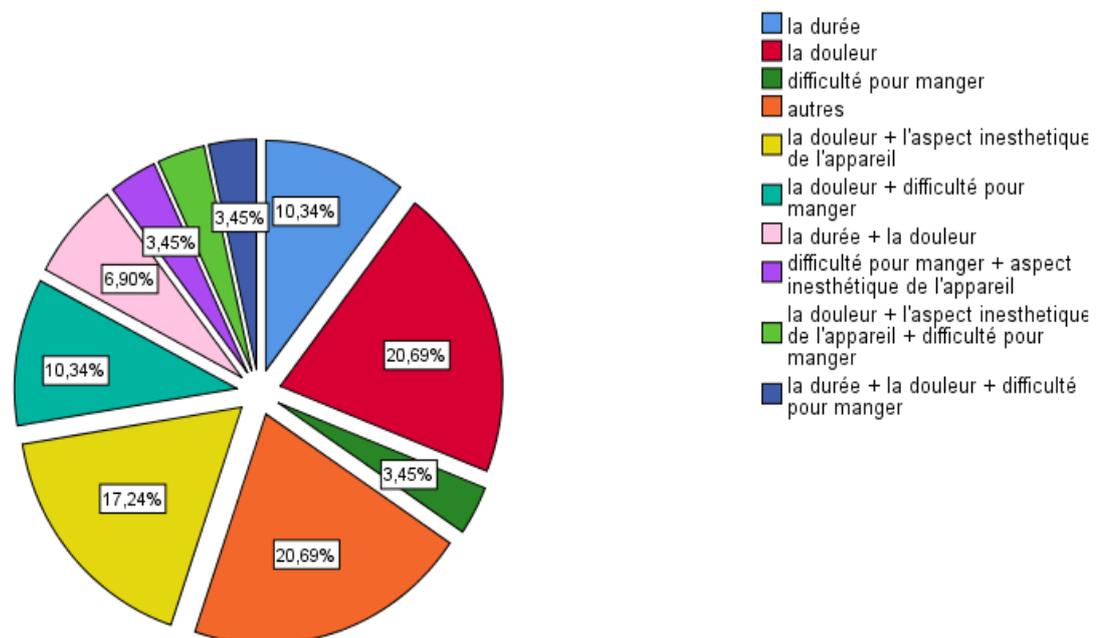


Figure 29: Répartition des résultats selon la variable « Principale inquiétude ».

« Autres » et « douleurs » étaient les plus fréquentes.

➤ **Le traitement orthodontique :**

Tableau 12 : Les attentes d'un traitement orthodontique.

Le TRT orthodontique va :	Fréquence	Pourcentage
Aligner vos dents	12	40,0
Améliorer votre sourire	4	13,3
Faciliter le brossage	1	3,3
Aligner vos dents + améliorer votre sourire + faciliter la communication avec les autres	1	3,3
Aligner vos dents + améliorer votre sourire + faciliter la mastication	1	3,3
Aligner vos dents + améliorer votre sourire	8	26,7
Améliorer votre sourire + faciliter la communication avec les autres	2	6,7
Aligner vos dents + faciliter la communication avec les autres	1	3,3
Total	30	100,0

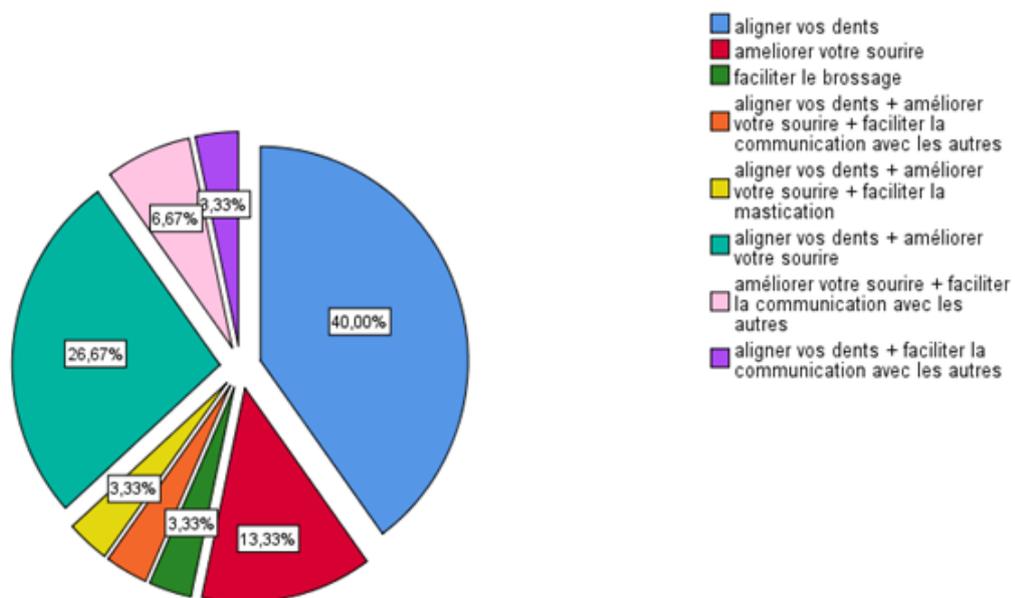


Figure 30: Répartition des résultats selon la variable «les attentes d'un traitement orthodontique».

L'alignement des dents était la principale attente avec un pourcentage de 40%.

➤ A quelle durée de traitement orthodontique vous attendiez vous ?

Tableau 13 : La durée du traitement orthodontique attendue.

A quelle durée de traitement orthodontique vous attendiez vous ?	Fréquence	Pourcentage
1 année	8	26,7
2ans	13	43,3
3ans	7	23,3
4ans	1	3,3
Plus	1	3,3
Total	30	100,0

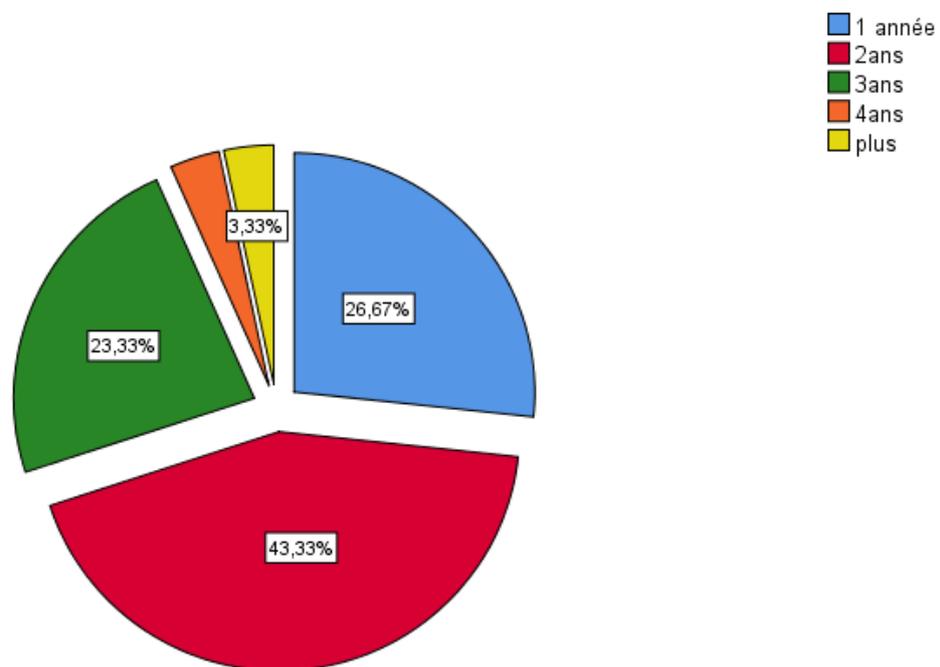


Figure 31: Répartition des résultats selon la variable « la durée du traitement orthodontique attendue ».

La plupart des patients retenus, ont attendu que le traitement va durer 2ans.

1.1.3 Troisième volet : « Ressenti pendant le traitement »

➤ Que dérangeait vous le plus ?

Tableau 14 : Le dérangement pendant le traitement.

Que dérangeait vous le plus ?	Fréquence	Pourcentage
Blessure de la gencive ou langue	3	10.4
Difficulté du brossage	1	3.45
Modification de l'alimentation	1	3.45
La douleur après les activations	12	41.4
Blessure de la gencive ou langue + la douleur après les activations	8	27.6
Blessure gencive/langue + modification de l'alimentation + la douleur après les activations	1	3.45
Blessure de la gencive ou langue + difficulté de brossage	1	3.45
Blessure de la gencive ou langue + modification de l'alimentation	2	6.9
Total	29	100.0

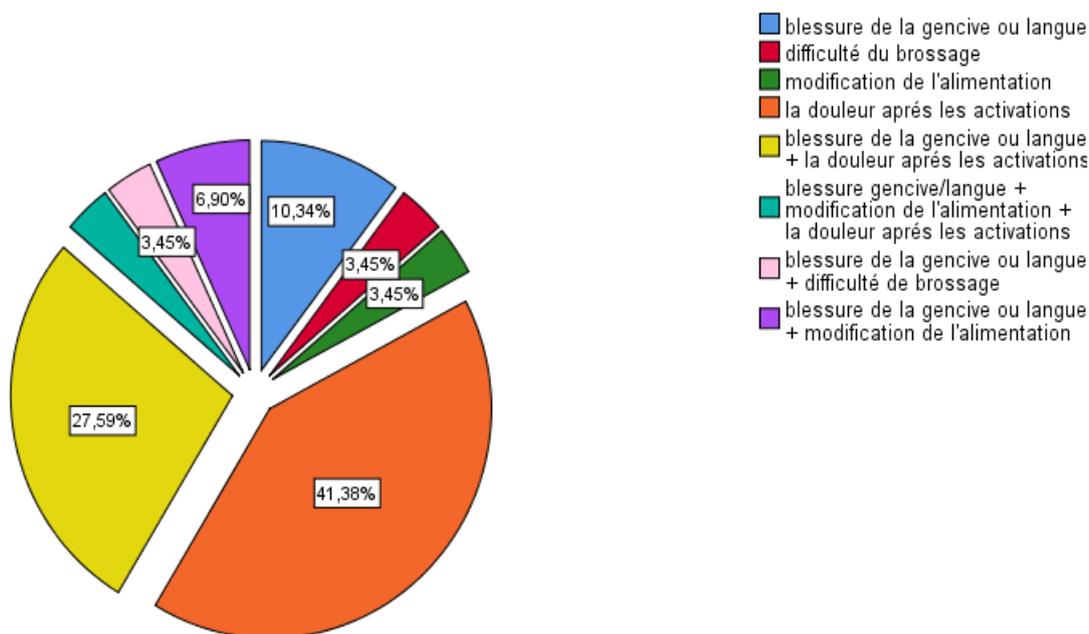


Figure 32 : Répartition des résultats selon la variable « le dérangement pendant le traitement. »

Le principal désagrément pendant le traitement était la douleur après les activations.

➤ Venir au rendez-vous était :

Tableau 15 : Venir au RDV.

Venir au rendez-vous était :	Fréquence	Pourcentage
Un plaisir	9	30,0
Une contrainte	11	36,7
Ni l'un ni l'autre	10	33,3
Total	30	100,0

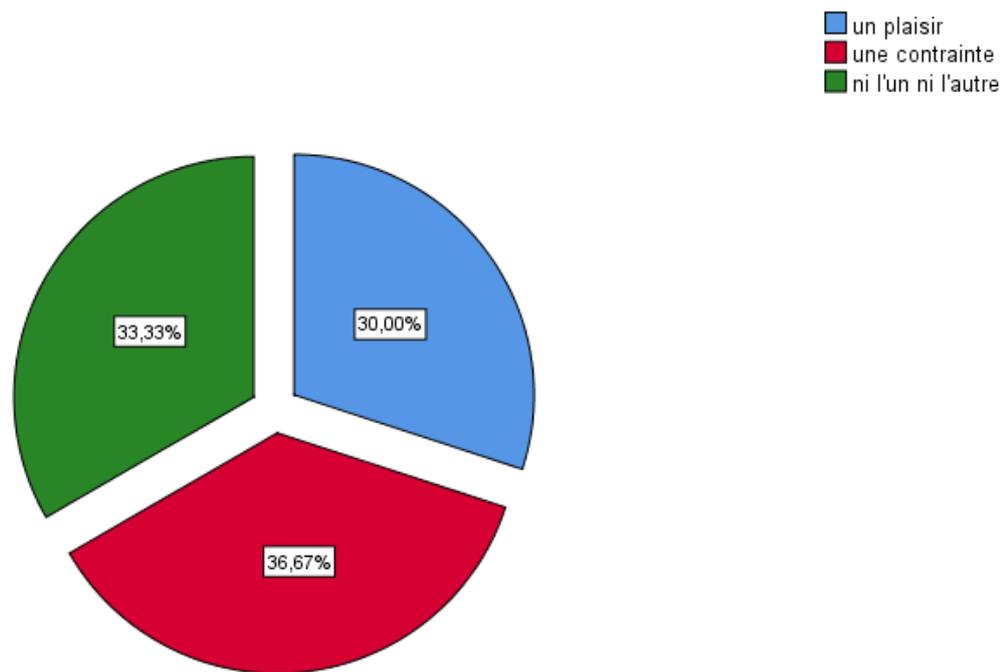


Figure 33 : Répartition des résultats selon la variable «venir au RDV ».

Les avis sont partagés entre les trois propositions.

➤ **Le moment le plus agréable du traitement :**

Tableau 16 : Le moment le plus agréable pendant le traitement.

Le moment le plus agréable du traitement	Fréquence	Pourcentage
Prise d'empreinte	1	3,3
Pose de l'appareil	9	30,0
Dépose de l'appareil	7	23,3
Séance d'activation	2	6,7
Aucun	11	36,7
Total	30	100,0

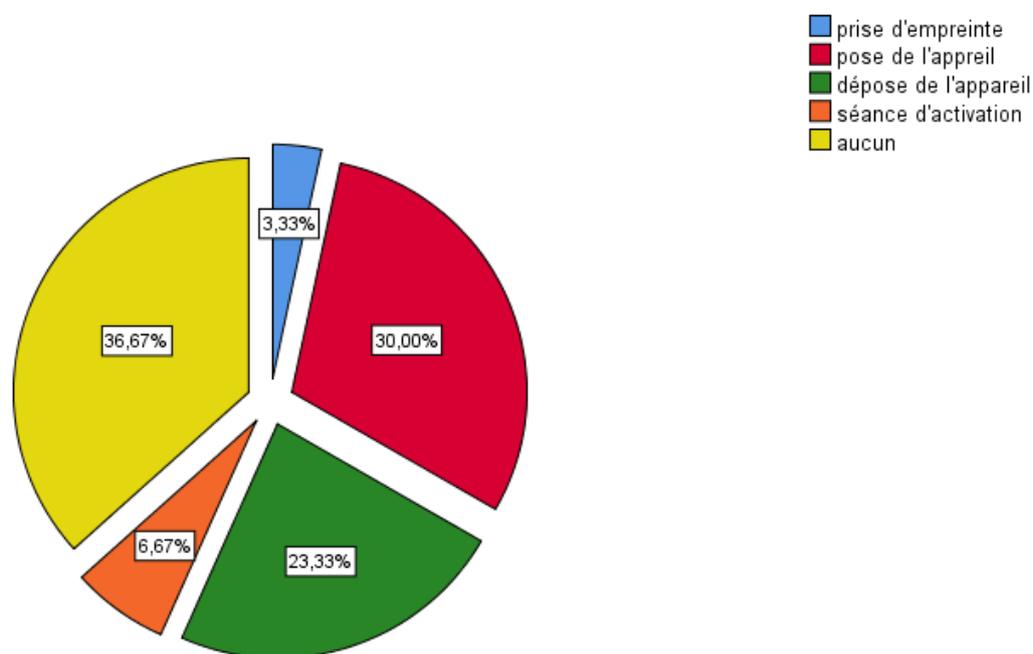


Figure 34 : Répartition des résultats selon la variable « Le moment le plus agréable pendant le traitement ».

Les moments de pose et de dépose étaient les préférés chez plus de la moitié des patients.

➤ **Le moment le plus désagréable du traitement :**

Tableau 17 : Le moment le plus désagréable du traitement.

Le moment le plus agréable du traitement	Fréquence	Pourcentage
Prise d'empreinte	2	6,7
Pose de l'appareil	0	00,0
Dépose de l'appareil	0	00,0
Séance d'activation	21	70,0
Aucun	6	20,0
Total	30	100,0

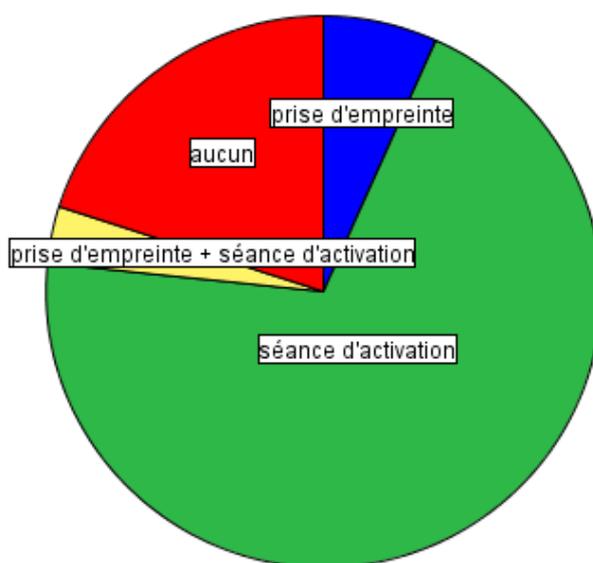


Figure 35 : Répartition des résultats selon la variable « Le moment le plus désagréable pendant le traitement ».

Le moment le plus désagréable du traitement était les séances d'activations.

➤ **La réaction de vos amis / proches :**

Tableau 18 : La réaction de vos amis / proches.

La réaction de vos amis / proches	Fréquence	Pourcentage
Moquerie	1	3,3
Envie	17	56,7
Indifférent	12	40,0
Total	30	100,0

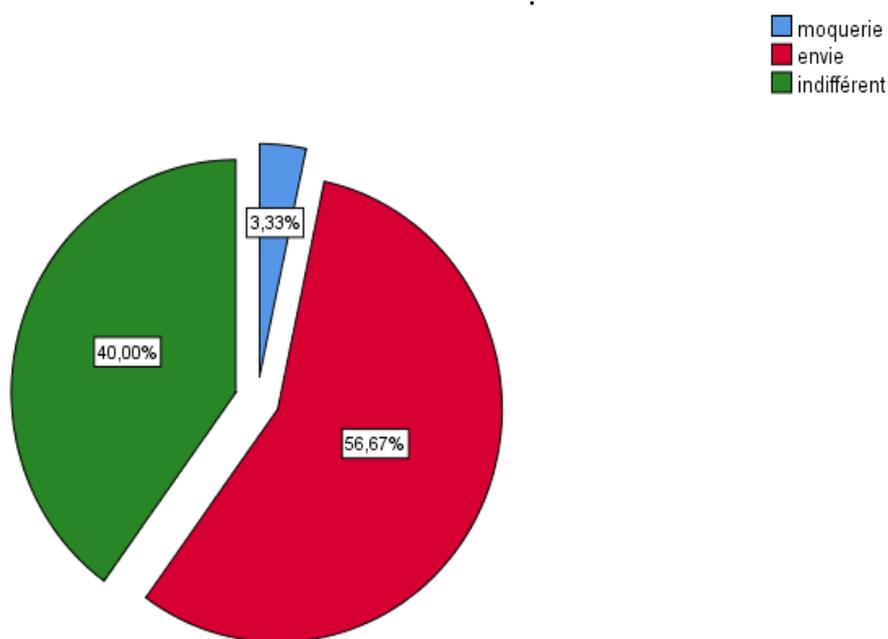


Figure 36 : Répartition des résultats selon la variable « La réaction de vos amis / proches ».

Les amis /proches de 56,67% des patients désiraient avoir un traitement similaire.

1.1.4 Quatrième volet : « Ressenti après le traitement et relation patient/praticien »

➤ Comment jugez-vous la relation avec votre médecin ?

Tableau 19 : La relation patient-praticien.

Comment jugez-vous la relation avec votre médecin ?	Fréquence	Pourcentage
3	5	16,7
4	11	36,7
5	14	46,7
Total	30	100,0

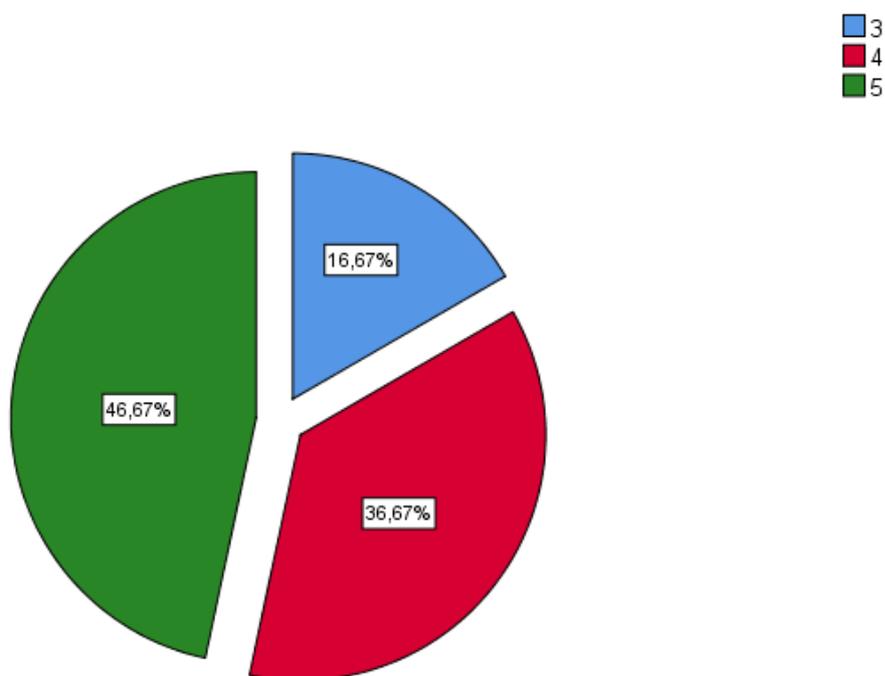


Figure 37 : Répartition des résultats selon la variable « La relation patient-praticien ».

46,67% des patients étaient très satisfaits de la relation avec leurs praticiens.

➤ **Comment jugez-vous la clarté de ses explications ?**

Tableau 20 : La clarté des explications.

Comment jugez-vous la clarté de ses explications ?	Fréquence	Pourcentage
2	3	10,0
3	11	36,7
4	3	10,0
5	13	43,3
Total	30	100,0

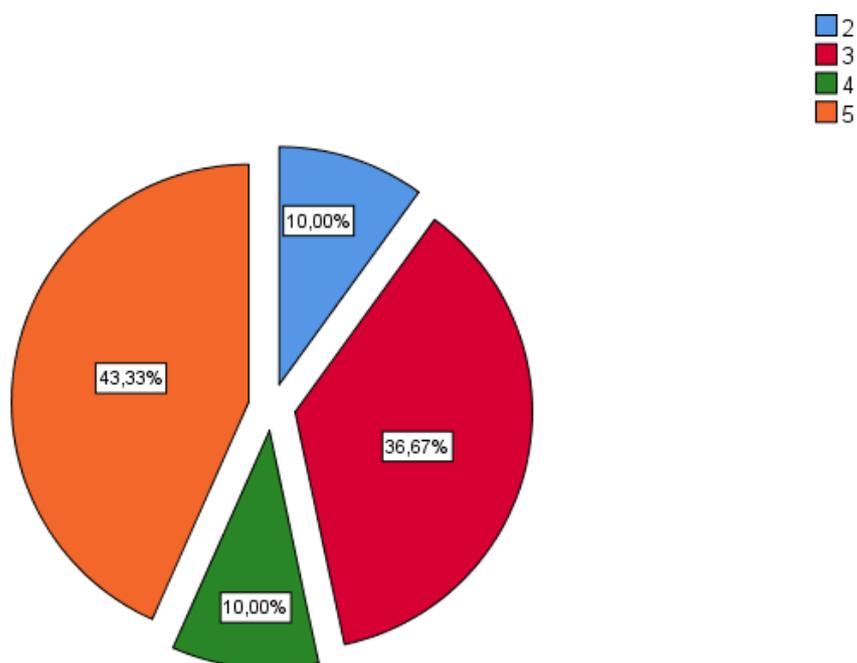


Figure 38 : Répartition des résultats selon la variable « La clarté des explications ».

43,33% des patients étaient très satisfaits sur la clarté des explications donnés.

➤ Comment jugez-vous sa disponibilité à donner des conseils ?

Tableau 21 : La disponibilité à donner des conseils.

Comment jugez-vous sa disponibilité à donner des conseils ?	Fréquence	Pourcentage
2	2	6,7
3	6	20,0
4	10	33,3
5	12	40,0
Total	30	100,0

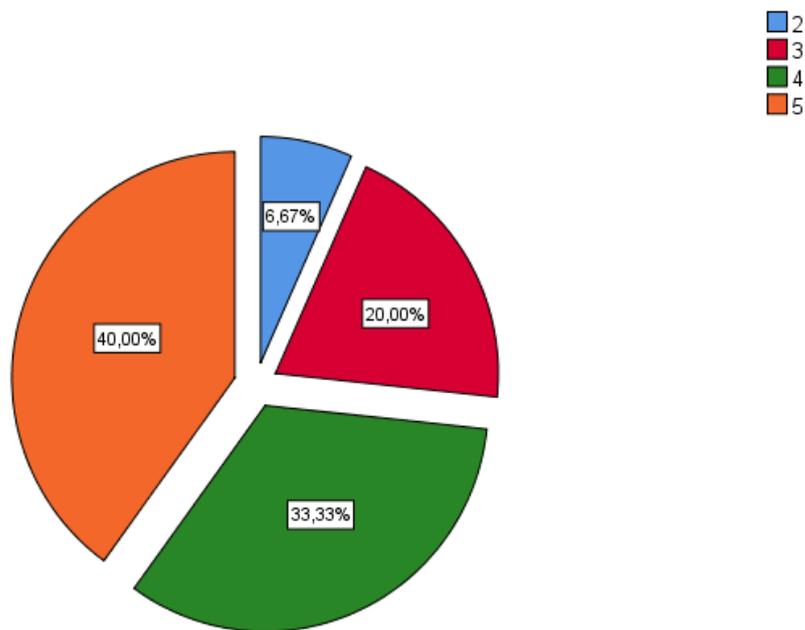


Figure 39 : Répartition des résultats selon la variable « La disponibilité à donner des conseils ».

40% des patients étaient très satisfaits de la disponibilité des praticiens pour donner des conseils.

➤ **Comment jugez-vous son écoute ?**

Tableau 22 : Jugement de l'écoute.

Comment jugez-vous son écoute ?	Fréquence	Pourcentage
2	1	3,3
3	5	16,7
4	12	40,0
5	12	40,0
Total	30	100,0

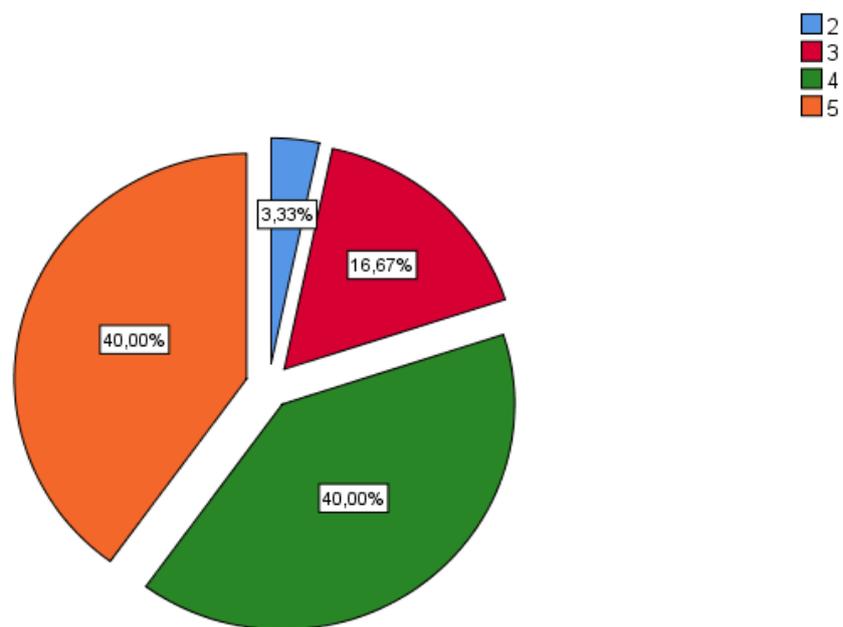


Figure 40: Répartition des résultats selon la variable «écoute».

Une similitude majoritaire (40%) entre les patients satisfaits et très satisfaits vis-à-vis l'écoute du praticien.

➤ Comment jugez-vous son engagement dans le traitement ?

Tableau 23 : Engagement dans le traitement.

Comment jugez-vous son engagement dans le traitement ?	Fréquence	Pourcentage
3	4	13,3
4	13	43,3
5	13	43,3
Total	30	100,0

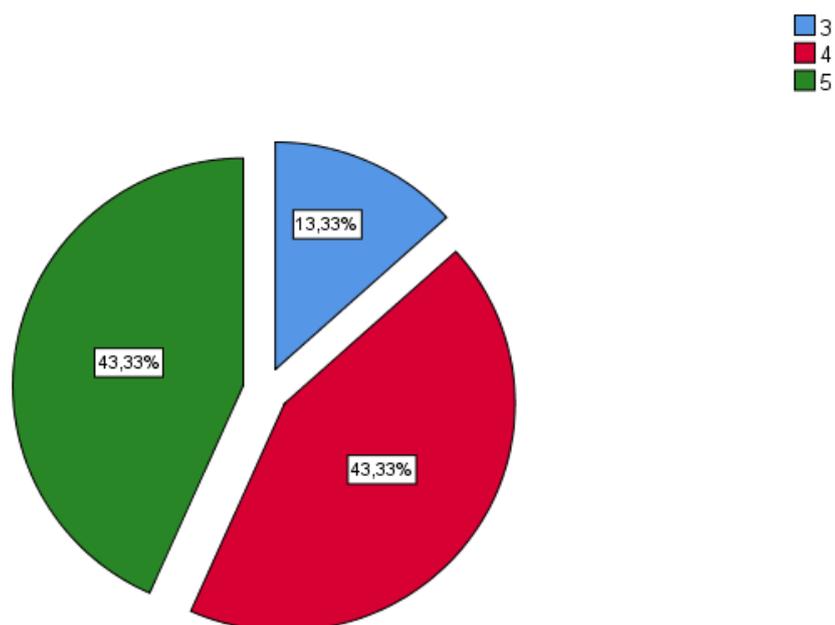


Figure 41 : Répartition des résultats selon la variable «l'engagement dans le traitement».

Une similitude majoritaire (43,33%) entre les patients satisfaits et très satisfaits vis-à-vis l'engagement du praticien dans le traitement.

➤ Comment jugez-vous la durée totale du traitement ?

Tableau 24 : La durée du traitement.

Comment jugez-vous la durée totale du traitement ?	Fréquence	Pourcentage
2	7	23,3
3	13	43,3
4	8	26,7
5	2	6,7
Total	30	100,0

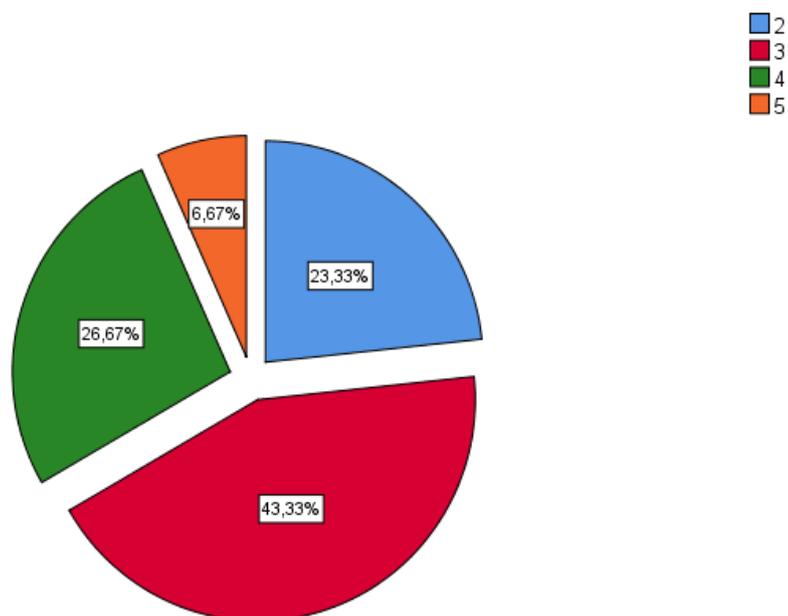


Figure 42 : Répartition des résultats selon la variable «la durée du traitement».

43,33% étaient moyennement satisfaits sur la durée totale du traitement.

➤ **Comment jugez-vous l'amélioration de l'alignement dentaire ?**

Tableau 25 : L'amélioration de l'alignement dentaire.

Comment jugez-vous l'amélioration de l'alignement dentaire ?	Fréquence	Pourcentage
3	5	16,7
4	19	63,3
5	6	20,0
Total	30	100,0

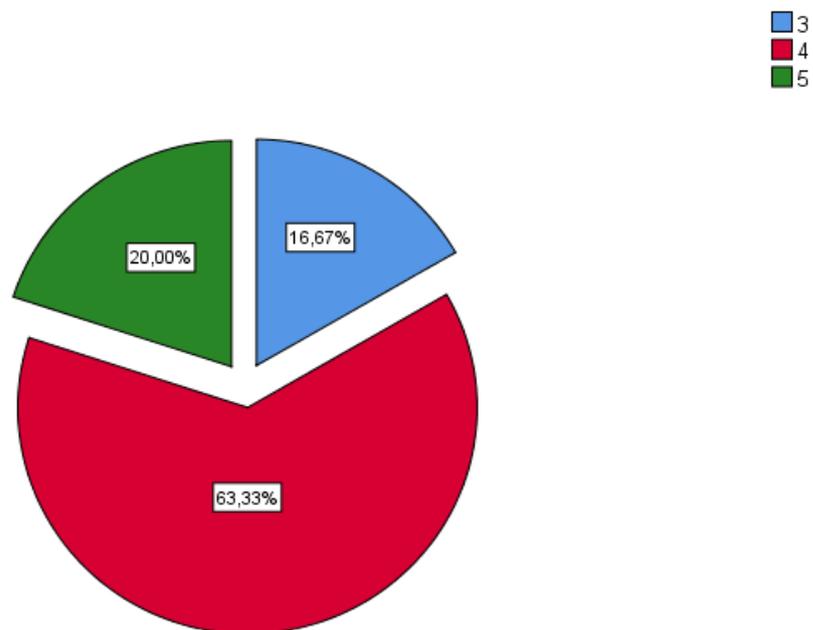


Figure 43 : Répartition des résultats selon la variable «l'alignement dentaire».

63,3% des patients étaient satisfaits de l'amélioration de l'alignement de leurs dents.

➤ Comment jugez-vous l'amélioration des fonctions orales ?

Tableau 26 : L'amélioration des fonctions orales.

Comment jugez-vous l'amélioration des fonctions orales ?	Fréquence	Pourcentage
3	6	20,0
4	17	56,7
5	7	23,3
Total	30	100,0

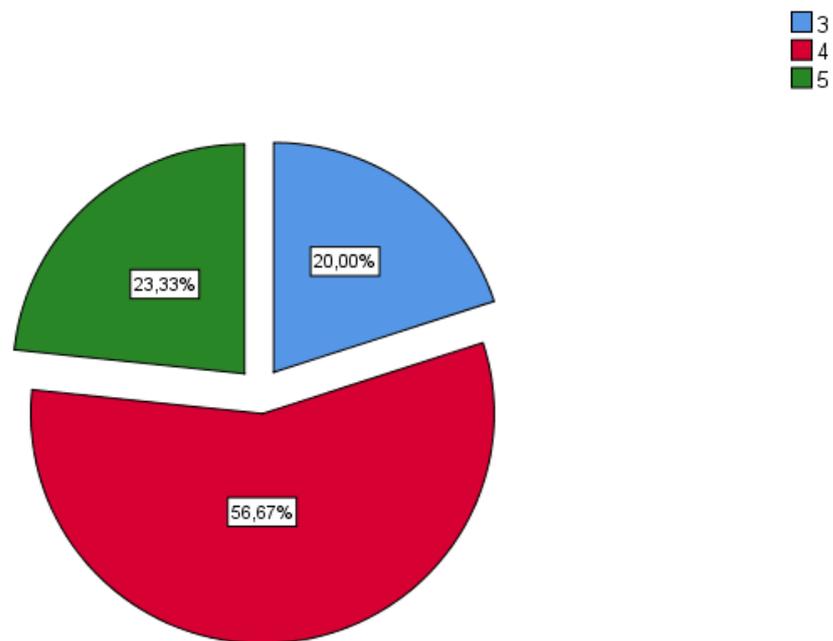


Figure 44: Répartition des résultats selon la variable «l'amélioration des fonctions orales».

56,67% des patients étaient satisfaits de l'amélioration des fonctions orales.

➤ Comment jugez-vous l'amélioration de vos relations avec les autres ?

Tableau 27 : L'amélioration des relations avec les autres.

Comment jugez-vous l'amélioration de vos relations avec les autres ?	Fréquence	Pourcentage
1	1	3,3
3	7	23,3
4	12	40,0
5	10	33,3
Total	30	100,0

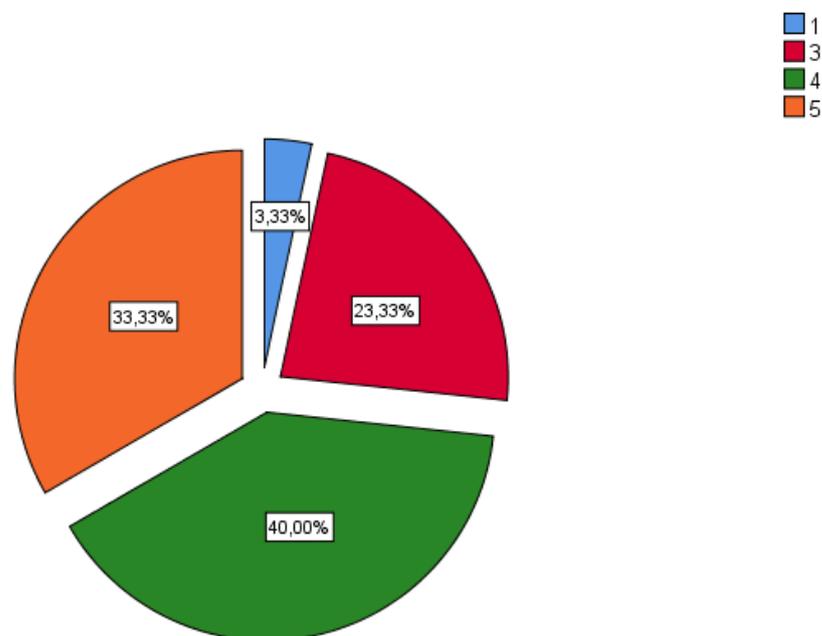


Figure 45 : Répartition des résultats selon la variable «l'amélioration des relations avec les autres».

Les relations des 40% des patients avec les amis/proches ont été améliorées.

1.1.5 Cinquième volet : « Satisfaction globale »

➤ Pensez-vous avoir bénéficié d'une bonne prise en charge ?

Tableau 28 : La prise en charge au sein du service.

Pensez-vous avoir bénéficié d'une bonne prise en charge ?	Fréquence	Pourcentage
Oui	23	76,7
Non	3	10,0
Pas d'avis	4	13,3
Total	30	100,0

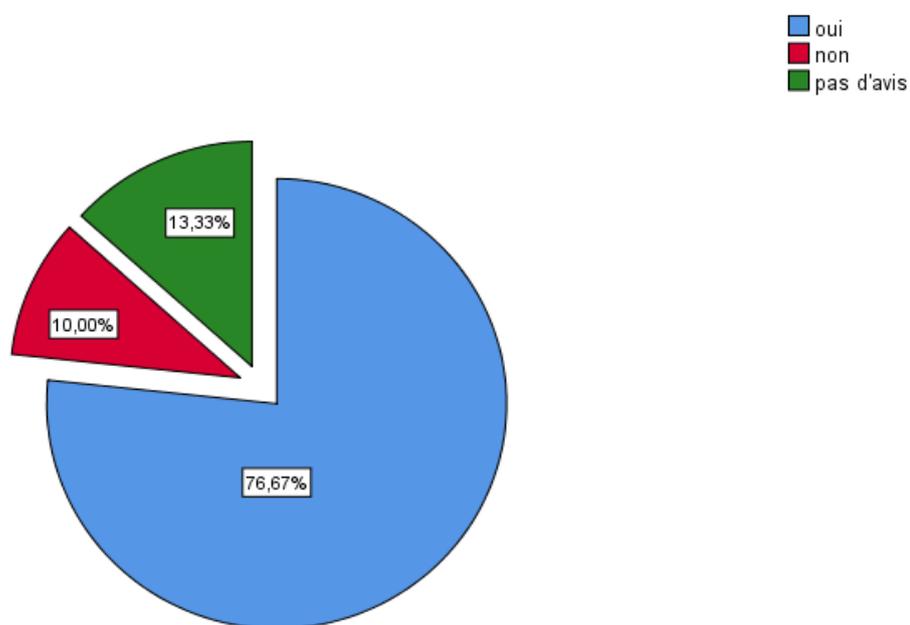


Figure 46 : Répartition des résultats selon la variable «la prise en charge au sein du service».

76,67% des patients pensent avoir une bonne prise en charge au service d'O.D.F.

➤ Quel souvenir gardez-vous de votre traitement ?

Tableau 29 : Le souvenir gardé du traitement.

Quel souvenir gardez-vous de votre traitement ?	Fréquence	Pourcentage
Bon	15	50,0
Mauvais	4	13,3
Pas d'avis	11	36,7
Total	30	100,0

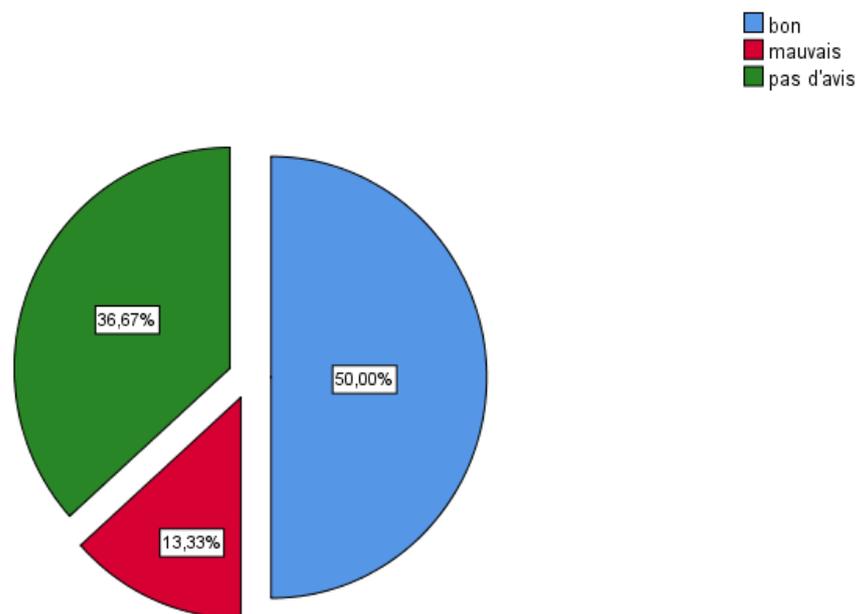


Figure 47 : Répartition des résultats selon la variable «le souvenir gardé du traitement».

La moitié des patients gardent un bon souvenir.

➤ Etes-vous globalement satisfait de votre expérience au service ODF ?

Tableau 30 : La satisfaction globale.

Etes-vous globalement satisfait de votre expérience au service ODF ?	Fréquence	Pourcentage
Oui	25	83,3
Non	1	3,3
Pas d'avis	4	13,3
Total	30	100,0

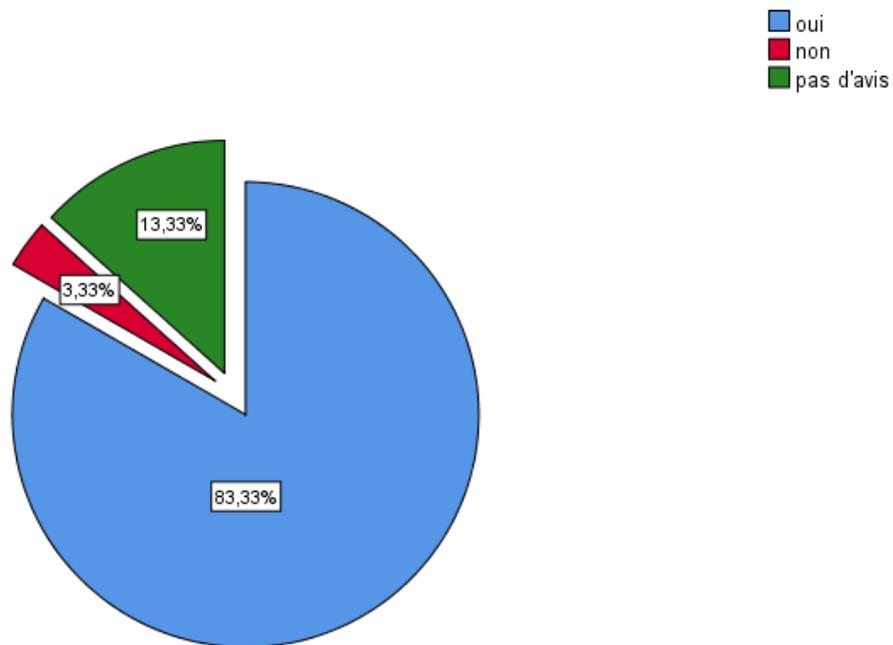


Figure 48: Répartition des résultats selon la variable «la satisfaction globale».

83,33% des patients sont globalement satisfaits de leur expérience au service d'O.D.F.

➤ Si oui la recommanderiez-vous à vos proches ?

Tableau 31 : La recommandation aux proches.

Si oui la recommanderiez-vous à vos proches ?	Fréquence	Pourcentage
Oui	23	76,7
Pas d'avis	7	23,3
Total	30	100,0

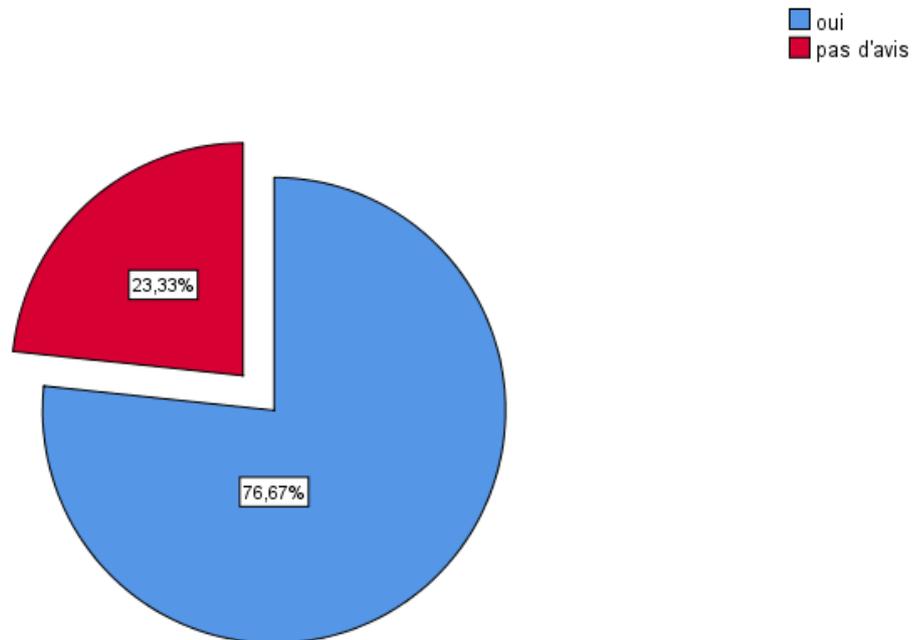


Figure 49 : Répartition des résultats selon la variable «la recommandation aux proches».

76,67% des patients vont le recommander à leurs proches.

➤ Score total :

Tableau 32 : Score total.

Score total	Fréquence	Pourcentage
20-29	2	6,7
30-39	20	66,7
40-45	8	26,7
Total	30	100,0

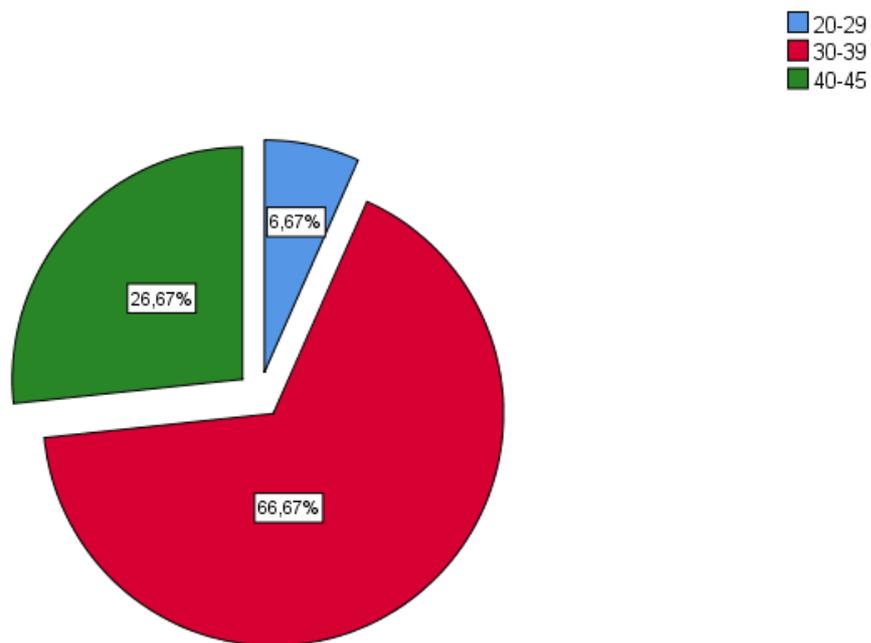


Figure 50 : Score total.

1.2 Analyses statistiques bivariées :

Nous avons procédé au croisement de plusieurs variables entre elles afin d'établir d'éventuels liens entre ces différentes variables, et afin de tirer le maximum de conclusions utiles.

1.2.1 La variable « venir au RDV » en fonction de :

- **Sexe * Venir au rendez-vous :**

Tableau 33 : Croisement Venir au RDV*Sexe.

Variable	Venir au rendez-vous								p
	Total		Un plaisir		Une contrainte		Ni l'un ni l'autre		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Sexe									
Féminin	15	50.0	6	66.7	6	54.5	3	30.0	0.26*
Masculin	15	50.0	3	33.3	5	45.5	7	70.0	
Total	30	100.0	9	100.0	11	100.0	10	100.0	-

*Test de chi-deux de Pearson

- **Age * Venir au rendez-vous :**

Tableau 34 : Croisement Venir au RDV*Age.

Age en années		Effectif	Moyenne	Ecart type	p
Venir au rendez-vous	Un plaisir	9	11.8	1.6	0.33**
	Une contrainte	11	12.0	1.8	
	Ni l'un ni l'autre	10	12.9	1.7	

**ANOVA (analyse de la variance)

• **Résultats scolaires * Venir au rendez-vous :**

Tableau 35 : Croisement Venir au RDV*Résultats scolaires.

Variable	Venir au rendez-vous								p
	Total		Un plaisir		Une contrainte		Ni l'un ni l'autre		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Résultats scolaires									
Excellents	7	23.3	5	55.6	2	18.2	0	0.0	0.08*
Bons	15	50.0	3	33.3	5	45.5	7	70.0	
Moyens	7	23.3	1	11.1	4	36.4	2	20.0	
Faibles	1	3.3	0	0.0	0	0.0	1	10.0	
Total	30	100.0	9	100.0	11	100.0	10	100.0	-

*Test de chi-deux de Pearson

• **Durée du traitement en années * Venir au rendez-vous :**

Tableau 36 : Croisement Venir au RDV*Durée du TRT en années.

Variable	Venir au rendez-vous								p
	Total		Un plaisir		Une contrainte		Ni l'un ni l'autre		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Durée de traitement en années									
Une année	4	13.3	2	22.2	1	9.1	1	10.0	0.26*
2 ans	6	20.0	1	11.1	1	9.1	4	40.0	
3 ans	6	20.0	3	33.3	2	18.2	1	10.0	
4 ans	5	16.7	1	11.1	4	36.4	0	0.0	
Plus	9	30.0	2	22.2	3	27.3	4	40.0	
Total	30	100.0	9	100.0	11	100.0	10	100.0	-

*Test de chi-deux de Pearson

• **Nécessité d'extraction dentaire * Venir au rendez-vous :**

Tableau 37 : Croisement Venir au RDV*Nécessité d'extractions dentaires.

Variable	Venir au rendez-vous								p
	Total		Un plaisir		Une contrainte		Ni l'un ni l'autre		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Nécessité d'extraction dentaire									
Oui	22	73.3	5	55.6	10	90.9	7	70.0	0.20*
Non	8	26.7	4	44.4	1	9.1	3	30.0	
Total	30	100.0	9	100.0	11	100.0	10	100.0	-

*Test de chi-deux de Pearson

• **Qui a pris l'initiative du traitement ? * Venir au rendez-vous :**

Tableau 38 : Croisement Venir au RDV*Qui a pris l'initiative du TRT.

Variable	Venir au rendez-vous								p
	Total		Un plaisir		Une contrainte		Ni l'un ni l'autre		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
L'initiative du traitement									
Vous-même	9	30.0	2	22.2	4	36.4	3	30.0	0.23*
Vos parents	13	43.3	6	66.6	2	18.2	2	20.0	
Un confrère	8	26.7	1	11.1	5	45.5	5	50.0	
Total	30	100.0	9	100.0	11	100.0	10	100.0	-

*Test de chi-deux de Pearson

• **Le principal motif de consultation * Venir au rendez-vous :**

Tableau 39 : Croisement Venir au RDV*Le principale motif de la consultation.

Variable	Venir au rendez-vous								p
	Total		Un plaisir		Une contrainte		Ni l'un ni l'autre		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Motif principal de consultation									
Esthétique	16	55.2	3	33.3	9	81.8	4	44.4	0.004*
Fonctionnel	5	17.2	5	55.5	0	0.0	0	0.0	
Esthétique et fonctionnel	6	20.7	1	11.1	2	18.2	3	33.3	
Autre	2	6.9	0	0.0	0	0.0	2	22.2	
Total	29	100.0	9	100.0	11	100.0	9	100.0	-

*Test de chi-deux de Pearson

• **Comment jugez-vous la relation avec votre médecin ? * Venir au rendez-vous :**

Tableau 40 : Croisement Venir au RDV*Relation avec le médecin.

Variable	Venir au rendez-vous								p
	Total		Un plaisir		Une contrainte		Ni l'un ni l'autre		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Relation avec le médecin									
3	5	16.7	1	11.1	3	27.3	1	10.0	0.36*
4	11	36.7	4	44.4	5	45.5	2	20.0	
5	14	46.7	4	44.4	3	27.3	7	70.0	
Total	30	100.0	9	100.0	11	100.0	10	100.0	-

*Test de chi-deux de Pearson

Conclusion :

La relation entre toutes ces variables et la variable (venir au rendez-vous) était **non significative**, sauf pour la variable (**motif principal de consultation**) qui était significative au seuil 0.05 (5%) avec un petit $p = 0.004$.

1.2.2 La variable « satisfaction de son expérience» en fonction de :

NB. Cette variable était redéfinie et rendue **dichotomique** par regroupement des modalités «non» et « pas d’avis » en non.

- **Sexe * Satisfaction de son expérience :**

Tableau 41 : Croisement Satisfaction de son expérience * Sexe

Variable	Satisfaction vis-à-vis le service d’ODF						p
	Total		Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Sexe							
Féminin	15	50.0	14	56.0	1	20.0	0.14*
Masculin	15	50.0	11	44.0	4	80.0	
Total	30	100.0	25	100.0	5	100.0	-

*Test de chi-deux de Pearson

- **Age * Satisfaction de son expérience :**

Tableau 42 : Croisement Satisfaction de son expérience*Age.

Age en années		Effectif	Moyenne	Ecart type	p
Satisfaction vis-à-vis le service d’ODF.	Oui	25	12.3	1.9	0.34**
	Non	5	11.8	0.8	

**Test T de Student

• **Résultats scolaires * Satisfaction de son expérience :**

Tableau 43 : Croisement Satisfaction de son expérience*Résultats scolaires.

Variable	Satisfaction vis-à-vis le service d'ODF						p
	Total		Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Résultats scolaires							
Excellents	7	23.3	7	28.0	0	0.0	0.01*
Bons	15	50.0	14	56.0	1	20.0	
Moyens	7	23.3	3	12.0	4	80.0	
Faibles	1	3.3	1	4.0	0	0.0	
Total	30	100.0	25	100.0	5	100.0	-

*Test de chi-deux de Pearson

• **Durée de traitement en années * Satisfaction de son expérience :**

Tableau 44 : Croisement Satisfaction de son expérience*Durée du TRT en années.

Variable	Satisfaction vis-à-vis le service d'ODF						p
	Total		Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Durée de traitement en années							
Une année	4	13.3	4	16.0	0	0.0	0.06*
2 ans	6	20.0	6	24.0	0	0.0	
3 ans	6	20.0	5	20.0	1	20.0	
4 ans	5	16.7	2	8.0	3	60.0	
Plus	9	30.0	8	32.0	1	20.0	
Total	30	100.0	25	100.0	5	100.0	-

*Test de chi-deux de Pearson

- **Nécessité d'extraction dentaire * Satisfaction de son expérience :**

Tableau 45 : Croisement Satisfaction de son expérience*Nécessité d'extractions dentaires.

Variable	Satisfaction vis-à-vis le service d'ODF						p
	Total		Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Nécessité d'extraction dentaire							
Oui	22	73.3	19	76.0	3	60.0	0.46*
Non	8	26.7	6	24.0	2	40.0	
Total	30	100.0	25	100.0	5	100.0	-

*Test de chi-deux de Pearson

- **Qui a pris l'initiative du traitement ? * Satisfaction de son expérience :**

Tableau 46 : Croisement Satisfaction de son expérience*Qui a pris l'initiative du TRT.

Variable	Satisfaction vis-à-vis le service d'ODF						p
	Total		Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
L'initiative du traitement							
Vous-même	9	30.0	8	32.0	1	20.0	0.74*
Vos parents	13	43.3	11	44.0	2	40.0	
Un confrère	8	26.7	6	24.0	2	40.0	
Total	30	100.0	25	100.0	5	100.0	-

*Test de chi-deux de Pearson

• **Le principal motif de consultation * Satisfaction de son expérience :**

Tableau 47 : Croisement Satisfaction de son expérience *Le principale motif de la consultation.

Variable	Satisfaction vis-à-vis le service d'ODF						p
	Total		Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Motif principal de consultation							
Esthétique	16	55.2	12	48.0	4	100.0	0.29*
Fonctionnel	5	17.2	5	20.0	0	0.0	
Esthétique et fonctionnel	6	20.7	6	24.0	0	0.0	
Autre	2	6.9	2	8.0	0	0.0	
Total	29	100.0	25	100.0	4	100.0	-

*Test de chi-deux de Pearson

• **Comment jugez-vous la relation avec votre médecin ? * Satisfaction de son expérience :**

Tableau 48 : Croisement Satisfaction de son expérience*Relation avec le médecin.

Variable	Satisfaction vis-à-vis le service d'ODF						p
	Total		Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Relation avec le médecin							
3	5	16.7	2	8.0	3	60.0	0.008*
4	11	36.7	9	36.0	2	40.0	
5	14	46.7	14	56.0	0	0.0	
Total	30	100.0	25	100.0	5	100.0	-

*Test de chi-deux de Pearson

Conclusion :

La relation entre toutes ces variables et la variable (Satisfaction de son expérience dans le service d'ODF qui était dichotomisée en deux modalités, oui et non) était non significative, sauf pour les deux variables (relation avec le médecin) qui était significative au seuil 0.05 (5%) avec un petit $p = 0.008$, et la variable (Résultats scolaires) qui était aussi significative au seuil de 0.05 (5%) avec un petit $p = 0.01$.

1.2.3 La variable « le recommanderiez-vous à vos proches ? » en fonction de :

- **Recommandation du traitement à vos proches*Sexe :**

Tableau 49 : Croisement Recommandation du TRT aux proches*Sexe.

Variable		Sexe		Total	Valeur
		Fille	Garçon		p
Le recommanderiez-vous à vos proches ?	Oui	12	11	23	0.67*
	Non	3	4	7	
Total		15	15	30	

*Test de chi-deux de Pearson

- **Recommandation du traitement à vos proches*Age :**

Tableau 50 : Croisement Recommandation du TRT aux proches*Age.

Variable		Age au début de traitement						Total	Valeur de
		10	11	12	13	14	15		p
Si oui, le recommanderiez-vous à vos proches ?	Oui	5	6	1	3	5	3	23	0.87*
	Non	0	3	2	1	0	1	7	
Total		5	9	3	4	5	4	30	

*Test de chi-deux de Pearson

• **Recommandation du traitement à vos proches*Résultats scolaires :**

Tableau 51 : Croisement Recommandation du TRT aux proches*Résultats scolaires.

Variable		Résultats scolaires				Total	Valeur
		excellents	bons	moyens	faibles		p
Si oui la recommanderiez-vous à vos proches ?	Oui	7	12	3	1	23	0.05*
	Non	0	3	4	0	7	
Total		7	15	7	1	30	

*Test de chi-deux de Pearson

• **Recommandation du traitement à vos proches*Durée de traitement en années:**

Tableau 52 : Croisement Recommandation du TRT aux proches*Durée du TRT en années.

Variable		Durée de traitement en années					Total	Valeur
		une année	2 ans	3 ans	4ans	plus		p
Si oui la recommanderiez-vous à vos proches ?	Oui	4	6	5	2	6	23	0.03*
	Non	0	0	1	3	3	7	
Total		4	6	6	5	9	30	

*Test de chi-deux de Pearson

• **Recommandation du traitement à vos proches*Nécessité d'extraction :**

Tableau 53 : Croisement Recommandation du TRT aux proches*Nécessité d'extractions dentaires.

Variable		Nécessité d'extraction dentaire		Total	Valeur
		oui	non		p
Si oui la recommanderiez-vous à vos proches ?	Oui	18	5	23	0.28*
	Non	4	3	7	
Total		22	8	30	

*Test de chi-deux de Pearson

• **Recommandation du traitement à vos proches*Qui a pris l'initiative du traitement ?**

Tableau 54 : Croisement Recommandation du TRT aux proches*Qui a pris l'initiative du TRT.

Variable		Qui a pris l'initiative du traitement ?			Total	Valeur
		vous-même	vos parents	un confrère		p
Si oui la recommanderiez-vous à vos proches ?	Oui	8	9	6	23	0.49*
	Non	1	4	2	7	
Total		9	13	8	30	

*Test de chi-deux de Pearson

• **Recommandation du traitement à vos proches*Le principal motif de consultation :**

Tableau 55 : Croisement Recommandation du TRT aux proches*Le principale motif de la consultation.

Variable		Le principal motif de consultation				Total	Valeur
		esthétique	fonctionnel	esthétique + fonctionnel	autre		p
Si oui la recommanderiez-vous à vos proches ?	Oui	12	4	6	1	23	0.94*
	Non	4	1	0	1	6	
Total		16	5	6	2	29	

*Test de chi-deux de Pearson

- **Recommandation du traitement à vos proches*Comment jugez-vous la relation avec votre médecin ?**

Tableau 56 : Croisement Recommandation du TRT aux proches*Relation avec le médecin.

Variable		Comment jugez-vous la relation avec votre médecin ?			Total	Valeur
		3	4	5		p
Si oui la recommanderiez-vous à vos proches ?	Oui	2	8	13	23	0.01*
	Non	3	3	1	7	
Total		5	11	14	30	

*Test de chi-deux de Pearson

Conclusion :

La relation entre toutes ces variables et la variable (recommandation du traitement à vos proches) qui était dichotomisée en deux modalités, oui et non) était non significative, sauf pour les trois variables (**Résultats scolaires**) (**Durée de traitement en années**) et (**la relation avec le médecin traitant**), qui était significative au seuil 0.05 (5%) avec des valeurs consécutives de p de 0.05-0.03-0.01)

2 Discussion :

L'objectif de cette étude est de mesurer la satisfaction des patients pris en charge dans le service d'ODF au niveau de la clinique Zabana de Blida.

2.1 Sexe :

Il y a une égalité entre garçons et filles dans l'échantillon des patients interrogés au sein du service d'O.D. F du C.H.U Blida et cela signifie qu'il n'y a pas de relation entre le sexe et la prise de décision du traitement orthodontique, comme il peut signifier aussi que la clinique dentaire prend en charge les patients d'une façon équitable et équilibrée.

2.2 La prise en charge :

Les patients pris en charge par les résidents étaient plus nombreux par rapport aux autres praticiens (76.7%), cette charge importante fait partie de la formation pratique des résidents.

2.3 La durée du traitement :

La durée du traitement supérieure à 4ans est la plus représentée parmi nos patients retenus, en revanche celle d'une seule année est la plus basse et cela peut être expliqué et attribué à différents facteurs :

- Notre étude est effectuée dans un établissement universitaire (enseignement et formation).
- La rigueur imposée quant au protocole thérapeutique.
- Le manque d'expérience des étudiants et des résidents.
- Les contraintes du calendrier scolaire (vacances, examens...) pour le patient et pour le praticien.
- La variabilité inter-cliniciens car la plupart des patients ont été traités par plusieurs praticiens.
- Le manque de motivation de certains patients et le non-respect des RDV par d'autres.
- La complexité de certains cas.

2.4 Le principal motif de consultation :

La majorité des patients retenus étaient venus consulter pour des raisons esthétiques, l'amélioration des fonctions orales est secondairement recherchée. On peut expliquer cela par l'essor de l'esthétique et de l'apparence chez la nouvelle génération.

2.5 La relation avec le médecin traitant :

83.3% des patients retenus ont rapporté que la relation avec leurs praticiens était bonne / très bonne, 73.3 % jugent que la disponibilité des praticiens à donner des conseils était bonne / très bonne et 80 % d'entre eux trouvent que le médecin était à leur écoute. Même si ces chiffres paraissent encourageants et satisfaisants, cette relation entre le patient et son médecin doit être améliorée et renforcée, vu son importance dans la réussite du traitement et dans la satisfaction du patient.

2.6 La satisfaction globale des patients :

83.3% des patients retenus sont globalement satisfaits de leur expérience et 76,7 % d'entre eux pensent avoir bénéficié d'une bonne prise en charge au sein du service d'ODF CHU Blida. Ceci peut être expliqué par la gratuité de la prise en charge et par le bon climat de travail au sein du service.

2.7 La venue aux RDV :

Le croisement de cette variable avec les autres données nous a montré qu'elle était significativement influencée par le motif de consultation initial ($p = 0.004$) : 81,8 % des patients qui trouvaient que la venue aux RDV était une contrainte, avaient des motifs esthétiques, alors que 55,5 % qui trouvaient que la venue aux RDV était un plaisir avaient un motif fonctionnel.

Ceci peut être expliqué par le fait que plus le patient a des attentes importantes du traitement, moins il est satisfait des résultats finaux, et vice versa (54).

2.8 La recommandation de l'expérience à leurs proches :

La mesure de la satisfaction des patients par rapport à une structure de santé se traduit également par la volonté des patients à recommander cette dernière. Le croisement de cette variable avec les autres données nous a montré qu'elle a une association significative avec :

- a) Les résultats scolaires ($p = 0.05$) : 82,6 % de ceux qui vont recommander cette expérience à leurs proches avaient de très bons / bons résultats scolaires.
- b) La durée de traitement ($p = 0.03$) : 85,7 % des patients qui déclarent qu'ils n'allaient pas recommander cette expérience à leurs proches, leur traitement a duré 4 ans ou plus.
- c) La relation avec le médecin traitant ($p = 0.01$) : 91,3% de ceux qui vont recommander cette expérience jugent que leur relation avec leur médecin traitant était bonne/ très bonne.

2.9 La satisfaction globale vis-à-vis de leurs expériences au service d'ODF :

Le croisement de cette variable (qui était dichotomisée en deux modalités, oui et non) avec les autres données a trouvé qu'elle était significativement influencée par :

- a) La relation du patient avec son médecin traitant ($p = 0.008$) : 60 % des patients insatisfaits ont déclarés que la relation avec leur médecin n'était pas bonne, alors que 92% des patients satisfaits déclarent que la relation avec leur médecin était bonne / très bonne.
- b) Les résultats scolaires des patients ($p = 0.01$) : 80% des patients insatisfaits avaient des résultats moyens, alors que 84% des patients satisfaits avaient de très bons résultats scolaires.

2.10 Synthèse et récapitulation :

- La répartition des sujets de notre échantillon d'étude selon le genre était faite d'une façon équilibrée, avec sex-ratio = 1.
- La moyenne d'âge des patients était de 12,2 ans et un écart-type de 1,7 an (Min 10 ans, Max 15 ans), dont 76,7 % ont été traités par des appareillages fixes multiattaches et 73,3% des cas ont nécessités des extractions.
- Le motif esthétique demeure le plus important avec une prévalence de 55,2%.
- Dans 83,4% des cas, les patients étaient satisfaits de leur relation avec le médecin traitant.
- Certains patients (06 patients) n'étaient pas satisfaits du résultat esthétique ou fonctionnel en fin du traitement, mais leur satisfaction globale était très bonne, ceci est dû ; à la bonne relation qu'ils avaient avec leur médecin.
- **Ceci confirme qu'une bonne relation avec nos patients (écoute, dialogue) est indispensable, et souvent suffisante pour les satisfaire peu importe les autres facteurs (durée de traitement, résultat final, douleurs ou inconfort).**
- La satisfaction globale des patients interrogés était proportionnelle et étroitement liée avec :
 - La bonne relation avec leur médecin (écoute, explication, communication, dialogue, disponibilité et engagement).
 - Les bons résultats scolaires (ceux qui avaient un bon niveau scolaire étaient plus satisfaits).
 - La courte durée du traitement (plus la durée augmente plus la satisfaction diminue).
 - Les attentes initiales rationnelles (plus les attentes de départ étaient grandes, plus la satisfaction est moindre)

3 Considérations méthodologiques et limites de l'étude :

- Peu d'études ont été réalisées en Algérie ou au grand Maghreb, ce qui nous a empêchés de comparer nos résultats avec des pays de même statut socio-économique.
- Notre étude est subjective, ce qui lui confère un caractère personnalisé non vérifiable pour chaque patient, d'autant plus que le patient devait faire appel à ses souvenirs (début, durée et type du traitement, ressenti...) avec possibilité d'oubli ou de confusion.
- La sévérité de la malocclusion initiale n'a pas été bien évaluée par manque de temps et du fait que les documents initiaux du début de traitement n'étaient pas complets.
- La taille et la représentativité de l'échantillon sont malheureusement très restreintes, ceci est dû en grande partie à la situation épidémiologique que vient de traverser notre pays et surtout la région de Blida (confinement, interruption des activités de santé). Donc tous ces résultats sont à prendre avec précaution,
- Pour certains patients, le traitement a duré très longtemps, alors qu'il peut y avoir une période d'interruption de traitement, nous n'avons malheureusement pas pu quantifier ce phénomène.
- Le fait de remplir un questionnaire « en clinique » a malheureusement empêché certains patients de se confier pleinement, sans retenue ni gêne, ce qui a dû influencer leurs réponses. D'autant plus que les patients sont parfois réticents à critiquer les équipes soignantes (55,56).
- La non-coopération de certains patients après la fin de leur traitement (pas de réponse au téléphone ou refus catégorique de participation).
- Nous avons rencontré des difficultés pour convaincre certains patients ou leurs parents de signer le consentement, même lorsqu'ils acceptent de répondre au questionnaire et participer à l'enquête.
- L'étude a concerné une tranche d'âge sensible (les adolescents) ce qui l'a rendu un peu délicate.
- Les patients qui ont abandonnés le traitement n'ont pas été inclus dans l'étude, ils auraient pu nous renseigner sur les causes qui les ont poussés à abandonner leur traitement.
- Le volet des moyens et matériels orthodontiques (disponibilité, manque...) n'a pas été abordé dans cette étude, car ce n'est du ressort du patient d'en juger.
- L'analyse statistique nous donne beaucoup de résultats non significatifs au niveau des corrélations, ceci ne veut en aucun cas dire qu'il n'y a pas de lien, mais peut être seulement lié au manque de puissance dû au faible effectif.

- Enfin, les résultats d'un traitement orthodontiques peuvent paraître parfait à la dépose et se détériorer progressivement avec le temps. Ce phénomène de récurrence doit être pris en compte dans l'évaluation de résultats thérapeutiques.

4 Etat de la connaissance actuelle sur le sujet :

- L'évaluation de la satisfaction des patients est un indicateur important pour la qualité des soins.
- Dans les pays développés l'évaluation de la satisfaction des patients lors de soins buccodentaires dans les hôpitaux est obligatoire.
- En France par exemple, l'évaluation de la satisfaction des patients est une obligation réglementaire pour les structures de soins depuis 1996. En effet, « tout établissement de santé doit procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des patients [...], les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation» (46).
- La satisfaction des patients n'est pas encore prise en compte dans l'évaluation de la qualité des soins dans nos services hospitaliers.

5 Suggestions et propositions :

Cette enquête réalisée à la clinique Ahmed Zabana donne une « photographie » de la satisfaction des patients à un moment donné, bien qu'elle ne se soit pas déroulée dans les meilleures conditions, elle aidera peut-être les responsables de la clinique à prendre les mesures qu'ils trouvent nécessaires.

Le but de cette étude est de recueillir la perception des patients traités à la clinique et d'utiliser les données sur la satisfaction pour proposer des recommandations dans une perspective d'amélioration de la qualité des services afin de mieux répondre aux besoins des patients.

La clinique dentaire en plus de sa mission d'enseignement et de formation, elle assure un service public, de ce fait, le suivi de la satisfaction des patients, en tant qu'indicateur de la qualité des soins, doit être assuré régulièrement (57).

Il est nécessaire que la culture d'évaluation soit développée. La mesure de la satisfaction n'est pas une fin en soi, mais un élément dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de l'efficacité des services (58).

Les recommandations proposées dans ce mémoire sont simples et faciles à réaliser, mais nécessitent un effort concerté de la part de toutes les parties prenantes.

Voici les suggestions et les propositions que nous avons jugées utiles :

- Remettre le patient au centre de toutes les attentions ; connaître ses attentes réelles.
- Encourager et pousser les praticiens à être plus attentifs aux besoins et aux préoccupations des patients, de consacrer plus de temps à leur écoute.
- Renforcer la place et le rôle du patient dans les prises de décisions, en établissant un dialogue et une bonne communication, tout en insistant sur le côté relationnel.
- Améliorer les explications données aux patients en ce qui concerne le diagnostic, la prévention, le traitement, le pronostic : par un bon dialogue.
- Améliorer la gestion du dossier du patient, tout en assurant un meilleur accès à l'information et au suivi pour le patient et son entourage, voire même une mise en place d'un système informatisé de gestion des dossiers des patients.
- Promouvoir la connaissance et le respect des droits du patient.
- Renforcer le respect de l'intimité, la dignité du patient et la confidentialité.
- Promouvoir le développement durable.
- Trouver une solution définitive aux pannes récurrentes des fauteuils dentaires, ceci entrave le bon fonctionnement de l'établissement.
- Essayer de gagner en durée de traitement, ceci passe par une meilleure communication entre les praticiens (directe ou via des dossiers bien renseignés), il faut aussi remédier au manque du matériel nécessaire à la bonne prise en charge.
- Recueillir systématiquement un consentement éclairé pour chaque nouveau patient avant tout traitement, ce qui permettra l'utilisation et l'exploitation ultérieures de tous les éléments du dossier clinique (photos, modèles d'études et radiographies) à des fins de recherche ou d'enseignement.

CONCLUSION

Conclusion

La prise en charge des patients ne doit plus se limiter aux simples gestes thérapeutiques, elle doit tenir compte des besoins et des souhaits des patients et assurer leur satisfaction.

C'est pourquoi il faut de la part de l'équipe soignante, des gestes, des attitudes, des messages et parfois de simples propos qui donneront aux patients l'impression d'être non seulement soignés mais aussi « entourés ».

C'est ce « plus » ou ce « mieux » qui permettra à l'équipe soignante et à l'établissement d'atteindre leurs objectifs en terme de qualité de soins et de satisfaction des patients.

L'ensemble des résultats de cette étude montre que la satisfaction du patient demeure un critère essentiel dans la réussite du traitement et conditionne très souvent la poursuite ou non d'un traitement orthodontique.

Les résultats soulignent aussi l'importance pour les patients de recevoir informations et conseils. Ils mettent également en exergue le besoin de se focaliser sur le patient et d'être à son écoute.

Une relation efficace entre le praticien et le patient découle d'abord de l'attention, de l'écoute, que le praticien accorde aux propos du patient et ensuite des réponses, des informations et des conseils, qu'il lui apportera.

L'insatisfaction est intimement liée à la durée du traitement, à l'échelle de la douleur et de l'inconfort ainsi qu'au manque d'information et de communication.

L'évaluation de satisfaction des patients est devenue incontournable en odontologie, elle doit se faire d'une façon systématique, périodique et continue.

Annexe 1 : Questionnaire de satisfaction.

ENQUETE DE SATISFACTION

Afin de nous améliorer et de vous offrir le meilleur service possible, nous vous proposons de répondre à ce questionnaire. **Votre avis est important ; il nous fait progresser.**

Questionnaire

Ce questionnaire est anonyme et strictement confidentiel.

هذا الاستبيان سري و خصوصية المعلومات محفوظة.

A . Premier volet: Identification : أ. الجزء الأول: التعريف بالحالة المرضية :

1/ Sexe : garçon ولد بنت fille الجنس :

2/ Age au début du traitement : السن عند بداية العلاج :

3/ Résultats scolaires : (3) النتائج المدرسية :

faibles ضعيفة moyens متوسطة
bons جيدة excellents ممتازة

4/ Etiez-vous pris en charge par un : (4) هل عولجت من طرف :

Etudiant طالب résident طبيب مقيم spécialiste طبيب مختص

5/ Durée du traitement en années : (5) مدة العلاج بالسنوات :

une سنة deux سنتان trois ثلاثة quatre أربعة plus أكثر

6/ Type d'appareillage : (6) نوع التقويم :

fixe ثابت amovible متحرك dispositif extra-orale جهاز خارج الفم

7/ Nécessité d'extraction dentaire : (7) الحاجة لخلع الأسنان :

oui نعم non لا

8/ Si oui, combien ? (8) إذا كان الجواب نعم، كم سنأ خلعت ؟

une سن deux اثنان trois ثلاثة quatre أربعة plus أكثر

B. Deuxième volet: les motivations et les attentes avant le traitement. ب. الجزء الثاني : تطلعات قبل العلاج

9/ Qui a pris l'initiative du traitement : (9) من أخذ قرار العلاج :

vous-même أنت vos parents والديك un confrère طبيب آخر autre آخر

10/ Le principale motif de consultation : (10) الدافع الرئيسي للاستشارة الطبية :

esthétique(améliorer l'apparence) تجميلي(تحسين المظهر) fonctionnel(améliorer les fonctions orales) وظيفي(تحسين الوظائف الفموية) les autres à l'école ont un appareille زملائي يضعون تقويم autre دافع آخر

11/Votre principale inquiétude était : مصدر قلقك الرئيسي كان :
 la durée طول المدة la douleur الألم difficulté pour manger الصعوبة في الأكل
 l'aspect inesthétique de l'appareil مظهره في جهاز التقويم autre آخر

12/Pensiez-vous que le traitement orthodontique va : هل كنت تعتقد أن التقويم سيساعد على :
 aligner vos dents تسوية أسنانك améliorer votre sourire تحسين ابتسامتك
 faciliter le brossage تسهيل تنظيف الأسنان faciliter la mastication تسهيل عملية المضغ
 faciliter la communication avec les autres تسهيل التواصل مع الآخرين

13/Pensiez-vous que votre anomalie initiale était : هل اعتقدت أن مشكلتك الأولية كانت :
 très grave معقدة جداً grave معقدة pas grave غير معقدة

14/A quelle durée de traitement orthodontique vous attendiez-vous ? كم كنت تعتقد أن مدة العلاج ستدوم ؟
 (en année) : une سنة deux سنتان trois ثلاثة quatre أربعة plus أكثر : (بالسنوات)

C. Troisième volet: ressenti pendant le traitement

ج. الجزء الثالث : شعورك أثناء العلاج

15/Que dérangeait-vous le plus : ما الذي أزعجك بكثرة ؟
 blessure gencive/langue إصابة اللثة/اللسان difficulté du brossage صعوبة تنظيف الأسنان
 modification de l'alimentation تغير النظام الغذائي maux de tête الصداع
 la douleur après les activations الألم بعد ضبط و تفعيل التقويم

16/Venir aux rendez-vous était : القدوم إلى الموعد كان :
 Un plaisir ساراً une contrainte مزعجاً ni l'un ni l'autre أمراً عادياً

17/Moment le plus agréable durant le traitement : اللحظة الأكثر متعة أثناء العلاج :
 Prise d'empreinte أخذ الطبعة pose de l'appareil وضع التقويم dépose de l'appareil إزالة التقويم
 Séance d'activation عملية الضبط و التفعيل aucun أمراً عادياً

18/Moment le plus désagréable durant le traitement : اللحظة الأقل متعة أثناء العلاج :
 Prise d'empreinte أخذ الطبعة pose de l'appareil وضع التقويم dépose de l'appareil إزالة التقويم
 Séance d'activation عملية الضبط و التفعيل aucun أمراً عادياً

19/Réaction de vos amis / proches : ردة فعل أصدقائك /أقربائك :
 moquerie السخرية envie الرغبة في تلقي علاج مماثل indifférent اللامبالاة

**D. Quatrième volet: ressenti après traitement
et relation patient/praticien :**

د. الجزء الرابع : شعورك بعد تلقي العلاج
و علاقتك بطبيبك :

Sur une échelle de 1 à 5, essayez de juger chaque item dans le tableau suivant.

على مقياس من 1 إلى 5، حاول تقييم كل عنصر في الجدول الموالي.

Cochez avec (X) la case correspondante sachant que :

ضع علامة (X) أمام الخانة المناسبة، حيث :

1 très mauvais(e) 2 mauvais(e) 3 moyen(ne) 4 bon(ne) 5 très bon(ne)
1 سيء جداً 2 سيء 3 متوسط 4 جيد 5 جيد جداً

Comment jugez-vous :	1	2	3	4	5
كيف تُقيم :					
20. La relation avec votre médecin العلاقة مع طبيبك المعالج					
21. La clarté de ses explications وضوح تفسيراته					
22. Sa disponibilité à donner des conseils توفره لتقديم النصائح					
23. Son écoute حسن اصغائه					
24. Son engagement dans le traitement التزامه بخطة العلاج					
25. La durée totale du traitement المدة الإجمالية للعلاج					
26. L'amélioration de l'alignement dentaire تحسن استقامة الأسنان					
27. L'amélioration des fonctions orales تحسن الوظائف الفموية					
28. L'amélioration de vos relations avec les autres تحسن علاقتك مع الآخرين					

E. Cinquième volet: satisfaction globale

ه. الجزء الخامس : الرضا العام

- 29/Pensez-vous avoir bénéficié d'une bonne prise en charge ? هل تعتقد أنك استفدت من رعاية طبية جيدة ؟
بدون رأي pas d'avis لا non نعم oui
- 30/Quel souvenir gardez-vous de votre traitement ? ما الذكرى التي تحتفظ بها من تجربتك ؟
بدون رأي pas d'avis سيئة mauvais جيدة bon
- 31/Etes-vous globalement satisfait de votre expérience au service d'ODF ? على العموم، هل أنت راضي عن تجربتك بمصلحة جراحة الفك و تقويم الأسنان ؟
بدون رأي pas d'avis لا non نعم oui
- 32/Si oui, la recommanderiez-vous à vos proches ? إذا كانت الإجابة نعم، هل توصي بها أقرباك ؟
بدون رأي pas d'avis لا non نعم oui

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

شكراً لتعاونكم.

Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé du patient.



Université Saad Dahleb de Blida.
Faculté de Médecine.
Département de Médecine dentaire.
Service d'Orthopédie dento-faciale.

**« Evaluation de la satisfaction du jeune patient au sein du service d'orthodontie à la
clinique dentaire Zabana.**

CHU Franz-Fanon de Blida»

Formulaire de consentement éclairé du patient.

Je soussigne, Mr/Mme , père / mère de l'enfant
..... déclare avoir été prévenu de la participation de mon fils / ma
fille à une étude épidémiologique en répondant au questionnaire à raison que l'identité et
l'adresse de mon enfant seront traitées de manière confidentielle .

Date : .. / .. / 2021

Signature :

Annexe 3 : Exemple d'un formulaire de consentement éclairé du patient.



Université Saad Dahleb de Blida.
Faculté de Médecine.
Département de Médecine dentaire.
Service d'Orthopédie dento-faciale.

Formulaire de consentement éclairé du patient.

« Je soussigné Je reconnais le caractère d'enseignement de la clinique dentaire Zabana Ahmed de la Faculté de médecine dentaire de Blida, et de ce fait, tous les éléments du dossier clinique (photos, modèles d'études et radiographies) peuvent servir à des recherches scientifiques ou à l'enseignement. »

Date : ... / ... /

Signature :

BIBLIOGRAPHIE:

1. Sommers PA. What Physicians Should Know About Consumer Satisfaction. *The American Journal of the Medical Sciences*. mai 1988;295(5):415-7.
2. Claudia Beleski Carneiro, Ricardo Moresca, Nicolau Eros Petrelli. Evaluation of level of satisfaction in orthodontic patients considering professional performance. *Dental Press J Orthod*. oct 2010;
3. Souza RA de, Oliveira AF de, Pinheiro SMS, Cardoso JP, Magnani MBB de A. Expectations of orthodontic treatment in adults: the conduct in orthodontist/patient relationship. *Dental Press J Orthod*. avr 2013;18(2):88-94.
4. Patrícia Gomide de Souza Andrade Oliveira,. Assessment of motivation, expectations and satisfaction of adult patients submitted to orthodontic treatment. 2013.
5. Finance B. Fréquentation et satisfaction des patients du Service d'Odontologie du CHU de Nancy au cours des mois d'avril et mai 2012 [PhD Thesis]. Université de Lorraine; 2013.
6. Chateau M. Orthopédie dento-faciale Tome 2. Clinique : diagnostic, traitement, orthognathie, orthodontie, stabilisation. Paris.; 1993.
7. Francis BASSIGNY. MANUEL D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE. 1983;211.
8. Proffit WR. Contemporary orthodontics. 6th edition. Philadelphia, IL: Elsevier; 2018.
9. Proffit WR, Jr HWF, Sarver DM. Contemporary Orthodontics. Elsevier Health Sciences; 2006. 2069 p.
10. Souad Elkeurti. Ressenti et bien-être suite à un traitement orthodontique chez les étudiants en odontologie: état des lieux et analyse des antécédents orthodontiques. 2017;
11. Chiche-uzan. Appareils amovibles à action othopédique et à action orthodontique EMC 2009 Elseviers Masson SAS.
12. Marie-José B. Orthodontie de l'enfant et du jeune adulte. Principes et moyens thérapeutiques. 2011^e éd. Paris;
13. Boileau M-J. Orthodontie de l'enfant et du jeune adulte. Tome 1. Elsevier Masson; 2011.

14. Charles Frans. Adhésion du patient adolescent au traitement orthodontique: quelles perspectives? 2018.
15. Anderson LE, Arruda A, Inglehart MR. Adolescent Patients' Treatment Motivation and Satisfaction with Orthodontic Treatment. *The Angle Orthodontist*. 1 sept 2009;79(5):821-7.
16. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann*. 1983.
17. Evaluation de la qualité à l'hôpital et satisfaction des patients.
18. Newsome PR, Wright GH. A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. 1999;
19. Lilia Wong, Fiona S. Ryan, Lars R. Christensen and Susan J. Cunningham. Factors influencing satisfaction with the process of orthodontic treatment in adult patients. 2018;
20. O. REVOL. Soigner la génération Z : les nouveaux codes. 2017;
21. - Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé - Revue de la littérature médicale. Sept 1996. Service d'Évaluation Hospitalière. 45 p. sept 1996;
22. OUTILS DE MESURE DE LA QUALITE DANS UN SERVICE DE RADIOLOGIE ET D'IMAGERIE MEDICALE : INDICATEURS QUALITE ET ENQUETES DE SATISFACTION DES CLIENTS. 1999.
23. Boyer L, Francois P, Doutre E, Weil G, Labarere J. Perception and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in a French teaching hospital. *Int J Qual Health Care*. 2006;
24. Rachlis M, Kushner C. Quality of Care: Doing the Right Things Right. In M Rachlis & C Kushner (Eds.), *Strong Medicine. How to save Canada's health care system*. Toronto: Harper Collins Publishers Ltd. 1992;
25. Donabedian. Donabedian A. The quality of care : how can it be assessed ? *JAMA* 1988 Sept;260(12):1743-48. sept 1988; Disponible à: 1743-48

26. Staines A. La gestion des attentes de la population à l'égard du système de santé : actions possibles de la part des pouvoirs publics. *Santé Publ* 1995; 7: 339-49. Dans 1995. Disponible à: 339-49
27. Phillips C, Broder HL, Bennett ME. Dentofacial disharmony: motivations for seeking treatment. *Int J Adult Orthod Orthog Surg* 1997.
28. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experience?
29. Shaw WC, Gabe MJ and Jones BM. The expectations of orthodontic patients in South Wales and St Louis, Missouri. *British Journal of Orthodontics*. 1976.
30. Thompson AG and Sunol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. 1995.
31. Bennett EM, Michaels C, O'Brien K, Weyant R, Phillips C and Vig KD. Measuring beliefs about orthodontic treatment: a questionnaire approach. 1997.
32. Tung AW and Kiyak AH. Psychological influences on the timing of orthodontic treatment. 1998.
33. Mark S Sayers , Susan J Cunningham and Tim J Newton. Patients' expectations: is there a typical patient? 2019.
34. Baird JF, Kiyak HA. The uninformed orthodontic patient and parent: treatment outcomes. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2003.
35. Sayers MS and Newton JT. Patients' expectations of orthodontic treatment: part 2- findings from a questionnaire survey. 2007.
36. Renske Hiemstra, Annemieke Bos and Johan Hoogstraten. Patients' and their parents' expectations of orthodontic treatment. 2009.
37. Nasr IH, Sayers MS and Newton JT. Do patient information leaflets affect patients' expectation of orthodontic treatment? 2011.
38. Sadek S, Newton T and Sayers M. How patient and carer expectations of orthodontic treatment vary with ethnicity. 2015;

39. Boudreaux ED, O’Hea EL. Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. 2004;
40. Sun BC, Rucker DW, Brennan TA, Burstin HR. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. 2000;
41. Sun BC, Adams JG, Burstin HR. Validating a model of patient satisfaction with emergency care. 2001;
42. Hoerni B, Saury R. Le consentement: information, autonomie et décision en médecine. (DEPRECIATED); 1998.
43. Dupont M, Fourcade A. L’information médicale du patient, règles et recommandations. LAMARRE; 2000.
44. Muchelli, R. Le questionnaire dans l’enquête psychosociale. 1989;
45. De Ketele, J.M. ; Roegiers, X. Méthodologie du recueil d’informations. Fondements des méthodes d’observations, de questionnaires, d’interviews et d’études de documents. Bruxelles. 1993;
46. Baudier, F. Education pour la Santé. Guide pratique. Besançon. 1987;
47. Les Enquêtes en psychologie . 1, description / Françoise Bacher,... ; préface de Maurice Reuchlin Bacher, Françoise [Internet]. [cité 18 juin 2021]. Disponible à: http://bibliotheques.avignon.fr/in/faces/details.xhtml?id=p%3A%3Ausmarcdef_0000187757
48. Isabelle Aubin-Auger. Introduction à la recherche qualitative. 2008;
49. Méthodologie de l’enquête par questionnaire. 2007;
50. PROBLEME D’ELABORATION ET LEUR MISE EN ŒUVRE D’UN QUESTIONNAIRE D’ENQUÊTE. UNIVERSITE D’ANTANANARIVO; 2018.
51. Nadia Rottet. ETUDE DU SUPPORT PUBLICITAIRE DES CRITERES DE CHOIX ET DE LA SATISFACTION DES PATIENTS DE DEUX CENTRES DENTAIRE. 2007.
52. Initiation à la sociologie : les grands thèmes, la méthode, les grands sociologues / Michèle Giacobbi,... Jean-Pierre Roux,... | Gallica [Internet]. [cité 18 juin 2021]. Disponible à: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k4806265m.texteImage>

53. Les enquêtes sociologiques Théories et pratique - Rodolphe Ghiglione, Benjamin Matalon - Achat Livre | fnac [Internet]. [cité 18 juin 2021]. Disponible à: <https://livre.fnac.com/a748/Rodolphe-Ghiglione-Les-enquetes-sociologiques>
54. McKinley R. Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? *Family Practice*. 1 août 2002;19(4):333-8.
55. Bedi R, Gulati N, McGrath C. A study of satisfaction with dental services among adults in the United Kingdom. *Br Dent J*. avr 2005;198(7):433-7.
56. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II—Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ: British Medical Journal*. 1991;302(6785):1129.
57. Merdinger CE. La prise en compte de la satisfaction du patient hospitalisé par l'hôpital public français : études exploratoires [Internet] [These de doctorat]. Université Robert Schuman (Strasbourg) (1971-2008); 2005 [cité 22 juin 2021]. Disponible à: <https://www.theses.fr/2005STR30011>
58. Rozenzweig D. En route vers la qualité en odontologie. Quintessence international; 2003.