

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2021

2021-TOU3-3026

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Anne-Laure DUMEAUX

Le 25 mai 2021

**LA COMMUNICATION NON VERBALE AU
CABINET DENTAIRE**

Directeur de thèse : Professeur Franck Diemer

JURY

Président :	Professeur Franck Diemer
1er assesseur :	Docteur Vincent Blasco Baque
2ème assesseur :	Docteur Mathieu Marty
3ème assesseur :	Docteur Matthieu Minty

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2021

2021-TOU3-3026

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Anne-Laure DUMEAUX

Le 25 mai 2021

**LA COMMUNICATION NON VERBALE AU
CABINET DENTAIRE**

Directeur de thèse : Professeur Franck Diemer

JURY

Président :	Professeur Franck Diemer
1er assesseur :	Docteur Vincent Blasco Baque
2ème assesseur :	Docteur Mathieu Marty
3ème assesseur :	Docteur Matthieu Minty





Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN

M. Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONNIOT
Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

CHARGÉS DE MISSION

M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)
M. Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)
M. Franck DIEMER (*Formation Continue*)
M. Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)
M. Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

DIRECTRICE ADMINISTRATIVE

Mme Muriel VERDAGUER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

M. Jean LAGARRIGUE +
M. Jean-Philippe LODTER +
M. Gérard PALOUDIER
M. Michel SIXOU
M. Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

M. Damien DURAN
Mme Geneviève GRÉGOIRE
M. Gérard PALOUDIER

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSE
Maîtres de Conférences : Mme Emmanuelle NOIRRI-ESCLASSAN, Mme Marie- Cécile VALERA, M. Mathieu MARTY
Assistants : Mme Alice BROUTIN, Mme Marion GUY-VERGER
Adjoints d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Robin BENETAH, M. Mathieu TESTE,

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, Mme Christiane LODTER, M. Maxime ROTENBERG
Assistants : Mme Isabelle ARAGON, Mme Anaïs DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme NABET Catherine)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL
Maître de Conférences : M. Jean-Noël VERGNES
Assistant : M. Julien ROSENZWEIG
Adjoints d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, Mme Géromine FOURNIER
M. Fabien BERLIOZ, M. Jean-Philippe GATIGNOL

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Bruno COURTOIS)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : M. Pierre BARTHET, Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN, Mme Alexia VINEL
Assistants : Mme Charlotte THOMAS, M. Joffrey DURAN
Adjoints d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Christophe LAFFORGUE, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE ,
Mme Myriam KADDECH, M. Matthieu RIMBERT,

CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université : Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS
Assistants : Mme Léonore COSTA-MENDES, M. Clément CAMBRONNE
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Luc RAYNALDY, M. Jérôme SALEFRANQUE,

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : M. Philippe KEMOUN
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M. Vincent BLASCO-BAQUE
Assistants : M. Antoine TRIGALOU, Mme Inessa TIMOFEEVA, M. Matthieu MINTY, Mme Chiara CECCHIN-ALBERTONI
Adjoints d'Enseignement : M. Mathieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE, M. Maxime LUIS

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M. Serge ARMAND)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : M. Franck DIEMER
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Assistants : M. Jérôme FISSE, M. Sylvain GAILLAC, Mme Sophie BARRERE, Mme Manon SAUCOURT
M. Ludovic PELLETTIER, M. Nicolas ALAUX
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean- Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN, M. Romain DUCASSE

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Serge ARMAND, M. Philippe POMAR
Maîtres de Conférences : M. Jean CHAMPION, M. Rémi ESCLASSAN, M. Florent DESTRUHAUT
Assistants : M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION, Mme Caroline DE BATAILLE, Mme Margaux BROUTIN, Mme Coralie BATAILLE
Assistant Associé : M. Antoine GALIBOURG,
Adjoints d'Enseignement : M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Olivier LE GAC, M. Louis Philippe GAYRARD, M. Jean-Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Eric SOLYOM, M. Michel KNAFO, M. Alexandre HEGO DEVEZA, M. Victor EMONET-DENAND M. Thierry DENIS

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme Sabine JONIOT, M. Karim NASR, M. Paul MONSARRAT
Assistants : M. Thibault CANCEILL, M. Julien DELRIEU, M. Paul PAGES
Adjoints d'Enseignement : Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, Mme Josiane BOUSQUET, M. Damien OSTROWSKI

Mise à jour pour le 12 Février 2021

REMERCIEMENTS :

A ma Maman, toujours présente. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as fait pour moi. Merci pour ton écoute et tes conseils, tu m'es indispensable, je ne te le dis pas assez souvent.

A mon Papa, merci de m'envoyer tout ton amour et tout soutien, malgré les éloignements géographiques qu'il y a pu avoir.

A Laurent, toujours là pour moi aussi, merci de m'aider autant, tu es le meilleur beau-papa qu'on puisse rêver. Encore merci.

A mon frère Paul, mon complice de toujours, sans toi je ne suis rien. Merci pour ton éternel soutien.

A ma petite sœur Léna, qui déborde d'amour et de bonne humeur, je t'aime plus que tout.

A mes grands parents, qui m'ont offert une enfance inoubliable et transmis toutes ces valeurs, j'espère vous rendre fière.

A toute ma famille, qui m'a toujours entourée et apportée l'amour et le soutien dont j'ai besoin.

A Elodie, Eva et Jules, merci pour tous ces souvenirs et les prochains qui arrivent.

A Marguerite, ma meilleure amie, ma confidente. On se suit depuis tellement de temps, j'ai énormément de chance de t'avoir à mes côtés, je sais que je pourrais toujours compter sur toi. **A Lucas**, ta folie et ta générosité ne cesseront de m'impressionner. Je vous souhaite le meilleur à vous deux, vous comptez beaucoup pour moi.

A Louisa, depuis le début des études tu es à mes côtés, ces années n'auraient pas été aussi belles sans toi. On a tellement de souvenirs ensemble et d'autres à venir, notre trio de choc est plus solide que tout.

A Marion et Anna, mes meilleures amies du lycée, on sera toujours là les unes pour les autres.

A Mouna, Manon, Mathilde et Thibaud, inséparables depuis le collège, on se soutiendra toujours.

A Samia, ma binôme, merci pour ces 3 belles années.

A Mathilde et Clémence, nos moments, nos verres, notre colloc, ne sont que de beaux souvenirs.

Au reste des Graines, Geoffrey et Bastien.

A mes amis de la promo, Lionel, Léo, Roméo, et les autres.

A Cathie, merci pour votre confiance.

A notre président du jury de thèse et directeur de thèse,

A Monsieur le Professeur DIEMER Franck

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Responsable de la sous-section d'Odontologie Conservatrice, Endodontie
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- D.E.A. de Pédagogie (Éducation, Formation et Insertion) Toulouse Le Mirail,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Responsable du Diplôme Inter Universitaire d'Endodontie à Toulouse,
- Co-responsable du Diplôme Inter Universitaire de médecine du sport
- Habilitation à diriger des recherches (H.D.R.),
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Je vous remercie d'avoir accepté la direction de mon travail et c'est un honneur de vous avoir comme président de mon jury de thèse. Merci de votre disponibilité, de votre amabilité et de votre grande aide dans la conception de cette thèse.

Merci pour votre enseignement théorique et clinique, votre rigueur, votre franchise et votre soutien tout au long de ces années d'études. J'ai énormément appris, professionnellement et humainement, à vos côtés. Je vous suis très reconnaissante pour tout ce que vous m'avez apporté.

Avec toute ma reconnaissance.

A notre jury de thèse,

A Monsieur le Docteur BLASCO-BAQUE Vincent

- Maître de Conférence Universitaire et Praticien Hospitalier à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier
- Diplôme Inter Universitaire d'Endodontie de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse
- Responsable du Diplôme Inter Universitaire de médecine du sport
- HDR

C'est un immense plaisir que vous ayez accepté de siéger dans mon jury de thèse.

Merci pour votre enseignement théorique et clinique. Vous avez su me guider, me soutenir et m'accorder votre confiance durant ces dernières années de clinique.

Vos compétences, votre dynamisme et votre enthousiasme sont un modèle pour moi.

Avec ma profonde gratitude.

A notre jury de thèse,

A Monsieur le Docteur MARTY Mathieu

- Maître de Conférences des Universités
- Praticien Hospitalier d'Odontologie ; -Docteur en Chirurgie Dentaire
- CES de Chirurgie Dentaire Odontologie Pédiatrique et Prévention
- CES de Physiopathologie et diagnostic des dysmorphies crânio-faciales
- Master 2 « Sciences de l'éducation Université » Paul VALÉRY Montpellier 3.

*Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce Jury.
Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité lors de
vos enseignements cliniques et théoriques.*

Avec tout mon respect.

A notre jury de thèse,

A Monsieur le Docteur MINTY Matthieu

- Assistant Hospitalo-Universitaire et praticien Hospitalier
- Diplôme d'État de Docteur en Chirurgie-Dentaire
- Master 1 de Biologie de la Santé en « Anthropologie » et « Physiopathologie des infections ».
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier
- Diplôme Inter-Universitaire MBDS : Médecine Bucco-Dentaire du Sport
- Certificat d'étude supérieure d'Odontologie Conservatrice – Endodontie -
Biomatériaux

*Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce Jury.
Je retiendrai vos qualités humaines, professionnelles et
votre gentillesse.*

Avec tout mon respect.

Sommaire :

Introduction	13
I. La communication non verbale	15
A. Expression corporelle	16
1. La structure	17
2. Différents type de gestes	17
3. Les catégories fonctionnelles de la mimogestualité de J. Cosnier	18
4. La posture	20
5. Le mouvement	23
6. L'orientation et l'ouverture du corps	26
B. Expressions faciales	27
1. Les 7 expressions faciales universelles de Paul Ekman	27
2. Les micro-expressions	29
3. Le facial Action Coding Système (FACS)	29
4. Le sourire authentique	32
5. Le regard	35
6. Le visage à 2 faces	36
7. L'action du visage génère la physiologie des émotions	37
II. Application au cabinet dentaire	39
A. Quelle est la place de la communication non verbale au cabinet dentaire ?	39
B. Quelles sont les émotions les plus présentes au cabinet et comment les aborder?	40
1. La peur	40
2. La douleur	43
3. Le dégoût	45
4. La joie.....	48
C. Utilisation de la communication non verbale au cabinet dentaire	49
1. Attitude et position en salle d'attente	49
2. Pendant l'entretien médical.....	51
3. Pendant le soin.....	52
4. Mirroring, Pacing et Leading	53

a. Le mirroring	53
b. Le pacing	53
c. Le leading	53
Conclusion	55
Table des illustrations	57
Bibliographie	58
ANNEXE 1	61

INTRODUCTION :

La **communication** est un processus qui permet d'émettre et transmettre un message par une personne ou un groupe, et le réceptionner par autrui. C'est un processus fragile, d'action et de rétroaction, qui permet l'interaction et la synchronisation entre les communicants (14).

La communication est un élément clé dans la construction de la relation soignant-soigné. Le défaut de communication a un impact direct sur la qualité et la sécurité des soins (26).

D'après Cosnier (6), la communication possède 2 grands déterminants qui sont :

- **L'interactivité** : les énoncés sont co-produits par les interactants : ils sont le résultat des activités conjointes de l'émetteur et du récepteur.
- **La multicanalité** : mélange à proportions variables de verbal et de non verbal, ce dernier comprenant à la fois le vocal et le mimogestuel. Sachant que lors d'une interaction, 55% du message serait transmis par le langage corporel et 38% par l'intonation de la voix (36). Cette multicanalité est bien illustrée par le schéma proposé par J.Cosnier ci-dessous :

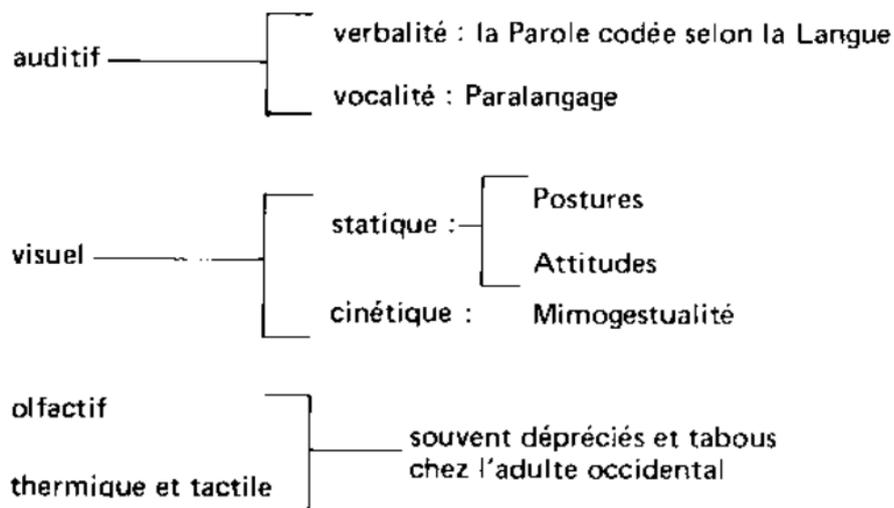


Figure 1 : Les différents canaux de communication selon Cosnier (6)

On peut dire que toutes les variétés de langage non verbal sont plus universelles que le langage verbal stratifié en une diversité de langues (29).

Le statut du non verbal reste souvent marginal et mal défini. Ce serait dû à deux types de difficultés. Tout d'abord travailler sur le non-verbal gestuel, par exemple, nécessite l'utilisation d'enregistrements vidéo, aujourd'hui banalisés mais qui restent cependant difficiles à pratiquer dans certaines situations. Ensuite l'analyse dépend des observateurs. Les unités verbales sont faciles à définir, à transcrire alors que les unités gestuelles sont plus difficiles (6).

La communication verbale et non verbale coexistent de façon permanente lors de l'interaction de deux personnes. La plupart du temps, les messages sont cohérents et permettent de transmettre efficacement une information.

Mais parfois, les messages peuvent être contradictoires, comme lorsqu'un discours d'une personne ne concorde pas avec son comportement non verbal. L'interlocuteur aura tendance à se méfier et à ne pas croire les mots, en se fiant de façon consciente ou pas au langage non verbal.

D'après Eriskon, le langage du corps est tout aussi important que celui des mots.

Gregory Bateson a dit : "tout comportement est communication" ou "on ne peut ne pas communiquer", c'est la théorie de la "double contrainte". Le langage corporel peut amplifier ou contredire les mots prononcés.

I. La Communication Non Verbale :

La communication non verbale se définit comme tout échange conscient ou inconscient, volontaire ou involontaire. Elle n'utilise pas la parole mais utilise tous les autres canaux de la communication comme les gestes, l'attitude, les expressions faciales et les micro-expressions. Elle s'intéresse aussi à l'environnement tel que le lieu dans lequel les interactions se déroulent.

On peut observer que la communication non verbale est la première forme de communication de l'enfant avec son entourage, bien avant la communication verbale, qui elle se met en place vers les 2 ans de l'enfant. L'utilisation de la gestualité va ensuite diminuer jusqu'à ses quatre ou cinq ans, puis va remonter à l'adolescence pour atteindre petit à petit sa forme adulte. La communication non verbale et verbale ne vont pas évoluer en compétition mais justement se développer en étroite association (5).

La communication non verbale a plusieurs niveaux (10) :

- Au niveau de l'individu : son histoire, sa personnalité
- Au niveau interactionnel
- Au niveau culturel : le milieu dans lequel nous apprenons à communiquer
- Au niveau de la distance spatiale entre les individus (*proxémie*)
- Au niveau de la position générale du corps : attitude corporelle, expression faciale, mouvements des membres, contraction/décontraction musculaire, coloration de la peau, larmes, rires, gestes emblématiques.
- Création artistique : peinture, musique, chant, danse, arts martiaux, sculpture
- Vêtements, couleurs, tatouages, piercing, maquillage
- TIC (Mouvement convulsif, geste bref automatique, répété involontairement) et TOC (Troubles Obsessionnelles du Comportement)

Dans cette thèse, nous allons nous concentrer uniquement sur certains de ces niveaux.

Malgré la difficulté des chercheurs à analyser ce type de communication, certains sont arrivés à la classer, comme Ekman et Friesen en 5 catégories en 1969 (31) :

- Les **emblèmes** : transcriptions verbales, gestes qui appartiennent à un groupe, une culture. Les personnes du groupe les comprennent. La signification est un code.
- Les **illustateurs** : illustrent une conversation verbale, et souvent ne peuvent exister sans elle. Ils se décomposent en 6 classes :
 - Bâtons : marquent un temps mort, une phrase, un mot, un accent. Ce sont souvent des mouvements répétitifs d'une ou plusieurs mains.
 - Idéographes : montrent une direction
 - Déictiques : montrent un objet présent
 - Spatial : dépeignent une relation spatiale
 - Kinétophases : dépeignent une action physique
 - Pictographes : dépeignent une image
- Les **régulateurs** : pour réguler l'interaction (comme par exemple le hochement de tête)
- Les **manifestions d'affects** : mouvements ou expressions faciales qui expriment l'état affectif ou émotionnel
- Les **adaptateurs** : mouvements qui satisfont des besoins personnels. Ce sont des gestes habituels, appris au cours de la vie, pour s'adapter à ses propres besoins, pour s'autogérer, pour gérer ses émotions lors d'une communication. Ils ne cherchent pas à transmettre un message de façon consciente. Exemple : geste d'auto-contact, replacer ses lunettes, ...

A. Expression corporelle

Dans Expression Corporelle, nous voulons ici parler essentiellement de la kinésique, c'est à dire la gestuelle.

Au delà-delà même de la posture, le geste fait partie intégrante de la communication non verbale. Il diffère des canaux visuels et auditifs en introduisant le domaine spatial, représenté dans le schéma de J.Cosnier (voir dans l'introduction : figure 1) par le terme cinétique.

Le geste a été interprété de différentes manières suivant les époques. Initialement il ne s'agissait que d'une simple représentation du message déjà exporté par la voix. Cette image a évolué pour aujourd'hui prendre en compte le potentiel que possède la gestuelle en tant que véritable moyen de transport de l'information avec une fonction autre que simple support (29).

1. La structure :

En tant qu'outil de communication, le geste utilise les mêmes éléments que la communication verbale : un **émetteur**, un **message** et un **récepteur**.

Dans la communication non verbale, les messages sont émis de manière consciente ou inconsciente, alors il est essentiel que l'émetteur et le récepteur possèdent un même code afin que le message soit bien compris. Ce qui donne la particularité de la communication non verbale est que ce n'est pas l'intentionnalité de l'émetteur (véritable signification du message) qui caractérise l'information mais ce sont ses effets au niveau du récepteur (manière dont le message est perçu) (5).

2. Différents types de gestes :

D'après J. Martin (34), bien que chacun possède sa manière de communiquer, les gestes révèlent l'état de bien-être de l'interlocuteur. Il existe 3 types de gestes :

- **Les gestes ouverts** : accompagnent le message verbal et mettent en valeur le contenu. Par exemple lorsqu'un patient nous dit qu'une dent lui fait mal en utilisant un geste d'indication de cette dent.
- **Les gestes fermés** : se dirigent vers l'émetteur dans le but de se rassurer lui-même. Par exemple un patient stressé avant un détartrage va dire "c'est parti" en soufflant et posant la main contre son torse.
- **Les gestes parasites** : ils n'ont aucun rapport avec le message transmis par l'interlocuteur. Ils peuvent être provoqués par une émotion liée au contexte, à un événement inattendu, un sentiment de malaise ou de stress par exemple. Ce sont ces derniers qui vont essentiellement nous intéresser ici.

3. Les catégories fonctionnelles de la mimogestualité (J.Cosnier) :

J. Cosnier décrit différentes catégories de la mimogestualité, en rassemblant l'ensemble des mimiques et gestes réalisés par un individu (5) (6) :

- **La gestualité quasi linguistique** : gestualité capable d'assurer une communication sans l'usage de la parole, mais peut aussi la compléter ou la contredire. Les parties du corps impliquées sont multiples, mais 2 dominant en particulier : la face pour les connotations affectives et les membres supérieurs dont les mains pour les informations "opératoires". Mais souvent ce sont des combinaisons. En français (ainsi qu'en Anglais et Colombien), il y a environ 40% de connotations affectives et 60% de langage fonctionnel, dit aussi "opérateur". Dans cette gestualité quasi linguistique, 2/3 ont des connotations négatives (comme l'agressivité, l'énervement, malaise par rapport à la situation, la conversation ou l'interlocuteur).
- **La gestualité syllinguistique (ou coverbaux)** : Gestes et mimiques associés au discours verbal pour l'illustrer ("illustratifs"), connoter ("expressifs") ou renforcer et/ou souligner certains traits phonétiques, syntaxiques ou idéiques ("paraverbaux").
Les "illustratifs" et les "expressifs" ont de nombreux points communs avec les quasi-linguistiques, on pourrait les considérer comme des "quasi-linguistiques coverbaux". Les expressifs sont surtout faciaux. (IZARD 1971, EKMAN et FRIESEN 1976)
- **La gestualité phonogène** : Ce sont les mouvements phonatoires nécessaires au langage parlé. Elle appartient plus à la phonétique articulatoire qu'à la gestuelle et ne participe essentiellement qu'à la réalisation des messages sonores.
- **Les synchronisateurs de l'interaction** : Gestes réalisés par le parleur et/ou l'écouteur afin d'assurer la synchronisation et la coordination de l'interaction. Ils sont divisés en 2 catégories :

- **Les phatiques** : Ils assurent le contact sous forme de contact visuel ou même sous forme de contact corporel (comme par exemple poser sa main sur l'épaule de son interlocuteur). Ils sont plutôt utilisés par l'émetteur.
 - **Les régulateurs** : Ils sont plutôt utilisés par le récepteur. Ce sont par exemple un mouvement de tête ou un changement de posture. Le regard est aussi un bon régulateur.
- **Les méta communicatifs** : Gestes et postures qui expriment l'attitude de l'émetteur vis à vis de son message. Ils se remarquent surtout lorsqu'il y a une contradiction entre le message et le geste produit. Ils sont en général à base d'effet d'humour ou de comique. Par exemple lorsqu'un parent gronde son enfant en faisant un signe de la main, mais qu'en même temps il sourit, faisant comprendre que la bêtise n'est pas si grave.
 - **Les extra communicatifs** : Ensemble des mouvements qui semblent étrangers à la communication et à la stratégie de l'interaction. Ils sont liés par exemple à l'effort ou à la tension émotionnelle que requière l'interaction. Il y a :
 - les mouvements de confort : croisement de jambes, croisement de bras, changement de positions,...
 - les gestes autocentrés (dits aussi "autistiques") : bâillements, grattages, tapotements,...
 - manipulations d'objets ou activités ludiques : plier du papier, dessiner, fumer une cigarette,...

Ces derniers interviennent dans la communication affective, qui comprendrait 2 aspects (Arndt et Janney, 1991) :

- l'émotionnelle : manifestations spontanées des états internes, c'est-à-dire aux symptômes psychomoteurs et végétatifs "bruts" et non contrôlés comme les tremblements, la pâleur, la sueur, les pleurs, les rires, ...
- l'émotive : permet la mise en scène contrôlée des affects réels ou même celle d'affects potentiels ou non réellement vécus. Celle-ci est la plus fréquemment utilisée lors des interactions (6)

La pression socio-culturelle (ethnies, sexe, âge, situations, statut sociaux..) joue sur les règles d'utilisation de ces mimiques et peut soit réprimer ces expressions émotionnelles soit les valoriser, les conduisant à devenir conventionnelles et se détachant de l'émotion qui est réellement vécue. Cependant, il y a aussi les manifestations spontanées non conscientes, qui auprès d'un interlocuteur averti peuvent trahir les réels sentiments du partenaire (5).

4. La posture :

La posture est un canal de communication souvent ignoré. L'étude des expressions des émotions s'est traditionnellement concentrée sur le visage en tant que principal canal de l'émotion, mais des recherches récentes indiquent que la posture corporelle joue un rôle important dans la perception des émotions (32).

La posture est ici vue comme une position, c'est un état statique. On ne prend donc pas en compte les mouvements.

Mark Coulson (7) a réussi à catégoriser 6 catégories d'émotions, en les percevant sous 3 angles (de face, de côté et vu de derrière):

- La **colère** : courbure de la tête et absence de courbure de la poitrine vers l'arrière, pas de torsion abdominale, avec les bras levés vers l'avant et vers le haut. Le transfert de poids se fait soit vers l'avant, soit vers l'arrière.
- Le **dégoût** : les postures considérées comme du dégoût étaient tout aussi susceptibles d'être considérées comme du dégoût ou de la peur lorsqu'elles étaient vues d'un point de vue différent. Dans plusieurs études, on se rend compte que le taux d'exactitude de posture pour le dégoût est bas, il se peut qu'il n'y ait pas de posture corporelle statique pour le dégoût autre que l'acte de vomir. Il est donc principalement communiqué par le visage (avec certaines caractéristiques dynamiques du corps).
- La **peur** : la tête en arrière et aucune torsion abdominale sont prédictifs, et il n'y a aucun effet de la flexion de la poitrine ou de la position du bras. Les avant-bras sont soulevés et le transfert de poids se fait soit vers l'arrière, soit vers l'avant.

- Le **joie** : la tête en arrière et aucun mouvement de la poitrine vers l'avant. Les bras sont levés au-dessus du niveau des épaules et droits au niveau du coude. Le transfert de poids n'est pas prédictif.
- La **tristesse** : seule émotion caractérisée par une flexion de la tête vers l'avant, et qui comprend en plus une flexion de la poitrine vers l'avant. Il n'y a aucune torsion et les bras sont sur le côté du tronc. Le transfert de poids n'est pas prédictif.
- La **surprise** : la tête et la poitrine sont en arrière, avec une torsion abdominale et les bras levés avec les avant-bras tout droits. Le transfert de poids n'est pas prédictif.

	Front	Side	Rear
Colère	 90%	 50%	 36%
Dégout	 6%	 5%	 43%
Peur	 67%	 67%	 50%

Joie	 50%	 72%	 95%
Tristesse	 76%	 95%	 72%
Surprise	 22%	 71%	 27%

Tableau 1 et 2 : Les 6 postures selon M. Coulson (7)

Il est donc rare que la posture du corps soit droite lorsqu'on ressent des émotions de honte, de tristesse ou d'ennui, cela correspond plutôt à une posture effondrée.

Lever les épaules, en revanche, est typique pour la joie et la colère, mais plutôt rare pour toutes les autres émotions. Avancer les épaules est fréquent pour le dégoût, ainsi que pour le désespoir et la peur, par rapport aux autres émotions. (47).

D'après W. James (28) il y a quatre catégories posturales significatives :

- **L'approche** : représentée par une posture attentive qui se démarque par une inclinaison du corps vers l'avant,
- **Le repli** : qui est une posture négative, de refus ou de répulsion qui se présente par un recul ou un détour,

- **L'expansion** : qui est une posture fière, vaniteuse, arrogante ou méprisante communiquée par une poitrine dilatée, un tronc érigé ou penché vers l'arrière, une tête droite et des épaules relevées,
- **La contraction** : qui est une posture déprimée, abaissée qui se communique par un tronc penché vers l'avant, une tête inclinée, des épaules tombantes et une poitrine enfoncée.

Pour chacune de ces quatre catégories, la ou les positions de la tête et du tronc sont les indicateurs les plus importants. Cependant, la position des mains et des bras est essentielle pour différencier les émotions dans chaque catégorie (37).

Nous avons donc vu les émotions exprimées en statique, nous allons maintenant voir ces mêmes émotions en mouvement.

5. Le mouvement :

La dynamique des émotions est plus significative que les représentations statiques. En effet les visages et les corps bougent beaucoup dans les interactions sociales, et encore plus lorsqu'il y a des émotions fortes. Les émotions représentées dans des images statiques ne correspondent en fait qu'à des pics identifiables ou à des étapes intermédiaires de mouvements socialement significatifs, c'est pourquoi les études avec des stimuli statiques ne fourniront pas un compte rendu complet de la perception des émotions (2).

D'autres études (Aronoff et al 1992 ; De Meijer 1989 ; Wallbott 1998), s'accordent aujourd'hui à dire que de nombreuses émotions se différencient à la fois par des mouvements corporels caractéristiques et par des postures statiques et que ce sont des indices efficaces pour juger de l'état émotionnel d'autrui en l'absence d'indices faciaux et vocaux.

Les mouvements sont donc importants dans la perception des émotions et plus les mouvements du corps sont exagérés, plus ils sont perçus comme étant intenses sur le plan émotionnel (2).

Darwin a été le premier à classer les expressions corporelles des émotions dans *The expression of the emotions in man and animals* en 1872 (9), depuis de nombreuses études ont contribué à la classification de ces mouvements.

Il y a différents corpus d'expressions émotionnelles :

- UCDSEE (*Tracy, Robins, & Schriber, 2009*) qui comprend des postures statiques du corps entier et des configurations de bras des trois émotions conscientes de soi : la gêne, la honte et la fierté.
- Geneva Multimodal Emotion Portrayals (GEMEP, *Banziger, Mortillaro, & Scherer, sous presse ; Banziger & Scherer, 2010*) qui comprend un grand nombre d'expressions corporelles dynamiques, y compris des postures, des mouvements et des gestes de 18 émotions. C'est ce modèle qui est suivi dans les plus récentes recherches.

Les principaux mouvements des émotions sont (2) (9) (47) :

- **La colère** : mouvement vers l'avant, comprenant souvent des secousses des poings ou des coups de pieds, ou les deux. Le corps entier tremble, avec une intention de pousser ou de frapper violemment. La tête est droite avec la poitrine bien développée, les pieds sont bien plantés au sol. Les poings sont serrés et les épaules au carré. Ce sont plutôt des manifestations de vitesse moyenne.
- **La peur** : presque sans exception il y a un mouvement d'éloignement, avec généralement des mouvements de contraction ou de recroquevillement (la tête s'enfonce entre les épaules), et comprenant souvent des mains levées, en particulier devant le visage.
L'horreur est plus caractérisée par des mouvements convulsifs avec les mains alternativement serrées et ouvertes avec un mouvement de torsion. Le corps entier est souvent détourné ou rétréci avec les deux épaules surélevées et les bras pliés et serrés contre les côtes ou la poitrine.
- **La joie** : il y a souvent un levé de bras, presque toujours accompagné de mouvements de poings, soit au-dessus de la tête, soit devant le corps. Ce sont des mouvements sans but précis comme des sauts, claquements de mains, tamponnements, hochements de la tête. Le corps et la tête sont droits. Plus les manifestations de la joie sont de vitesse rapide, plus l'émotion est intense.

- **La fierté** : la tête et le corps tenus en élévation.
- **La honte** : détournement de tout le corps, et plus particulièrement du visage, mouvements d'évitement, mouvements maladroits et nerveux.
- **La tristesse** : surtout caractérisée par trois types de mouvements : baisser la tête, amener les mains au visage ou à la tête, et croiser les bras devant le corps. Dans tous les cas où les mains sont portées au visage ou à la tête, les bras sont également portés devant le corps. Ce sont des mouvements passifs peu actifs avec peu d'énergie. Plus les manifestations de la tristesse sont de vitesse lente, plus elle est jugée comme intense.
- **Le dégoût** : amener une main (parfois deux mains) au visage (souvent de manière répétée) comme pour disperser une mauvaise odeur, surtout dans la région de la bouche et du nez, détourner le visage, recroquevillement avec les bras serrés le long du corps et les épaules sont relevées comme en cas d'horreur. Le mouvement spécifique au dégoût est le basculement des épaules vers l'arrière. Ce sont aussi des mouvements passifs, peu actifs, avec peu d'énergie.
- **Le mépris** : Détournement de tout le corps, claquement de doigts.



La colère



La peur



La joie



Fierté



La tristesse

Tableau 3 : Mouvements des émotions (8)

On remarque ainsi qu'il y a 2 catégories d'émotions. Des émotions plus "actives" avec des mouvements plus dynamiques, énergétiques, avec une plus forte expansivité et une quantité plus importante de mouvements. La joie, la colère, la peur panique et la fierté sont des émotions actives. Ce sont les émotions les plus discriminantes selon Nele Dael, Marcello Mortillaro, et Klaus R. Scherer, c'est à dire que ce sont les plus reconnaissables. A l'opposé, il y a les émotions plus passives comme la honte, le mépris, le soulagement, la tristesse et l'anxiété (47).

6. L'orientation et l'ouverture du corps :

D'après Mehrabian (1969), plus les épaules sont orientées vers l'interlocuteur, plus le communicateur a une attitude positive. Cela est d'autant plus important chez la femme. Ces remarques sont pour la position assise, debout il n'y a pas de corrélation entre l'attitude et la position du patient.

Les femmes adoptent une disposition des bras plus ouverte lorsqu'elles communiquent avec un homme qu'elles apprécient plutôt qu'avec des destinataires masculins qu'elles n'aiment pas. Il n'y a pas de différence correspondante lorsque les interlocutrices sont féminines.

Le patient a plus tendance à avoir les bras en position Akimbo (les deux mains au-dessus des hanches avec les pouces vers l'arrière) quand il est face à un interlocuteur qu'il n'apprécie pas.



Figure 2 : Bras en position Akimbo

D'après Reece et Whitman (1962) une attitude chaleureuse est transmise lorsque que le sujet se penche en avant dans son fauteuil ou sa chaise, sourit, garde les mains immobiles et a un contact visuel plus important.

Alors que si le patient a son corps qui bascule vers l'arrière et à gauche, il adopte une position de fuite. Il est mal à l'aise, parce qu'il est en train de mentir par exemple (39). Ainsi, le degré d'inclinaison du corps augmente avec la négativité et la méfiance du sujet (37).

B. Expressions faciales

Les expressions faciales servent à communiquer de façon non verbale. Contrairement à la communication verbale ou aux gestes, les expressions faciales sont un système universel de signaux qui reflètent les fluctuations instantanées de l'état émotionnel d'une personne (40).

Elles permettent de communiquer de façon consciente ou inconsciente des signaux concernant nos émotions, nos intentions ainsi que notre réflexion. Elles jouent un rôle clef dans les interactions sociales privées et professionnelles.

Les mouvements du visage sont plus libres que les mouvements du corps ainsi les indices faciaux peuvent être plus révélateurs de l'intensité des émotions que les indices corporels (36).

Avec ses nombreuses fonctions différentes, notre visage est le plus complexe et le plus polyvalent de tous les canaux de communication.

1. Les 7 expressions faciales universelles de Paul Ekman :

Paul Ekman est un psychologue américain qui s'est penché sur le lien entre les émotions primaires et les expressions faciales. D'après Ekman, le visage nous offre la meilleure fenêtre sur la vie émotionnelle des autres. Indépendamment de la culture, de la langue ou des antécédents personnels, nous partageons tous cette forme de communication non verbale (46).

Darwin fut le premier à vraiment faire des recherches sur l'universalité des émotions en 1872. Mais c'est en 1969 et 1971 que Ekman et Friesen s'intéressent à ce sujet. Ils découvrent lors de leurs recherches que des expressions faciales exprimées par des Néo-Guinéens étaient comprises par des observateurs occidentaux, n'ayant pas du tout la même culture. Ils confirment leurs résultats en comparant les expressions spontanées des Japonais à celles des Américains et constatent qu'il n'y a pas de différence d'expressions non plus. Lors de cette deuxième expérience, ils ont tout de même remarqué que lorsqu'une figure d'autorité était présente, les Japonais masquaient plus leurs expressions négatives avec un semblant de sourire, par rapport aux Américains (17).

En 1972, Ekman détermine 6 émotions primaires : la joie, la colère, le dégoût, la peur, la tristesse et la surprise. Il démontrera que ces émotions ne sont pas déterminées par la culture mais par la biologie. Il les nomme alors les **Expressions Faciales Universelles**.

En 1990, il ajoute une 7^e émotion aux expressions faciales universelles : le mépris (23).

Ces émotions primaires ont toutes une action bien précise et distincte dans le système nerveux autonome, provoquant ainsi une activation musculaire spécifique à chacune.



Tableau 4 : Les 7 Expressions faciales Universelles
(David Matsumoto) (33)

Il répertoria ensuite les émotions secondaires, plus difficiles à identifier : l'amusement, le plaisir des sens, le contentement, l'embarras, l'excitation, la honte, la haine, la fierté, la culpabilité, la satisfaction et le soulagement. Elles sont le plus souvent la combinaison de signaux appartenant aux émotions primaires (23) (24).

2. Les micro-expressions :

Les micro-expressions sont des expressions faciales faisant appel à un système neurologique complexe, qui durent moins d'une demi seconde. Ce sont des réactions nerveuses inconscientes, incontrôlables et très rapides. Du fait de leur rapidité, elles sont souvent mal interprétées ou manquées. Au début, leur reconnaissance est difficile, mais avec la pratique, il est possible de les remarquer.

Contrairement aux expressions faciales utilisées dans la communication ouverte, elles peuvent indiquer une émotion cachée, en raison de leur manifestation très rapide et inconsciente. L'émetteur de ces expressions n'a aucun moyen de les empêcher de se produire.

Ainsi, quand quelqu'un essaie de cacher ses émotions, la fuite de cette émotion se verra sur son visage. C'est pourquoi les techniques de reconnaissance des micro-expressions sont utilisées par le FBI et la CIA aux États-Unis ainsi que par d'autres organisations engagées dans la sûreté des États à travers le monde (40) (22).

3. Le Facial Action Coding Système (FACS) :

En 1978, P. Ekman et W. Friesen mettent en place, à partir des travaux de l'anatomiste Hjorstjo (1970), une méthode permettant de décrire les mouvements faciaux : le **Facial Action Coding Système**.

Les mouvements faciaux sont ainsi décomposés en Unité d'Action (UA). Chaque UA correspond à la contraction ou à la détente d'un ou plusieurs muscles, provoquant un mouvement d'une partie donnée du visage.

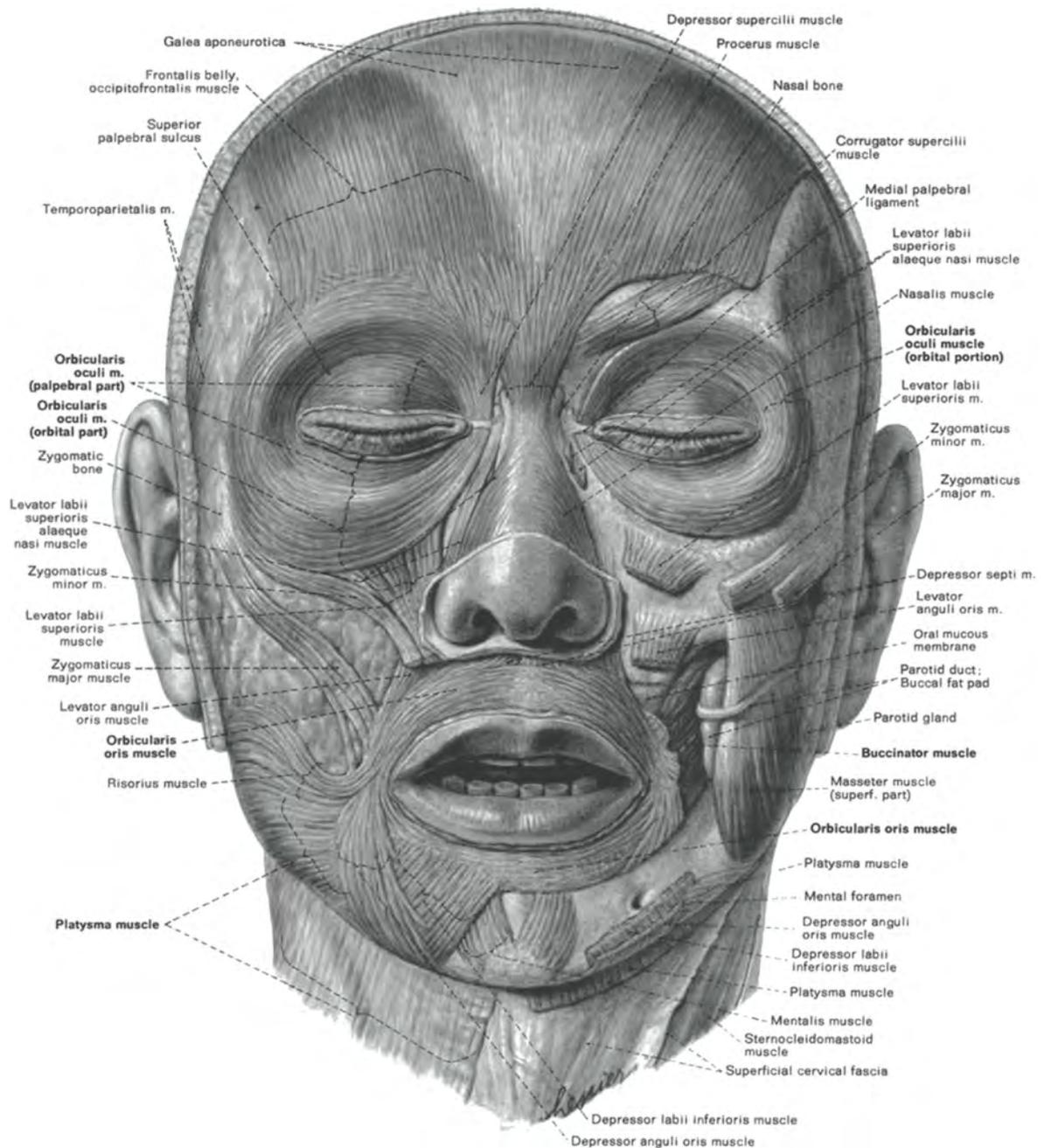


Figure 3 : Muscles de la face (18)

Le système FACS repose sur la description de 46 UA identifiées par un numéro dans la nomenclature FACS. Une expression faciale correspond, donc, à la mise en jeu de plusieurs unités d'actions (tableau des FACS en annexe 1). Par exemple, la tristesse correspond à l'activation de l'UA 6 (remontée des joues) et de l'UA 15 (abaissement des coins externes des lèvres) (27) (48).

Certaines expressions sont totalement involontaires car les muscles ne peuvent être activés que si les émotions sont ressenties par le patient et ne peuvent être activés volontairement (23).

Il existe aussi une codification pour le degré d'intensité d'activation de ces UA, allant de A à E :

- A : Trace
- B : Léger
- C : Marqué ou prononcé
- D : Sévère ou extrême
- E : Maximum

Enfin le FACS permet de coder l'asymétrie des expressions avec les lettres R (Right, mouvement présent à droite) et L (Left, mouvement présent à gauche).

Ainsi, Paul Ekman a décrit les FACS de chaque émotion primaire (voir Annexe 1) :

- La joie : 6+12 (sourire authentique)
- La colère : 4+5+7+ (23 ou 17+15 ou 17+24 ou 23+25+26 ou 10+23+25+26 ou 10+22+23+25+26)
- Le dégoût : 9 ou 10 ou 9+17 ou 9+15+16+27
- La peur : 1+2+4+5+20+26 ou 27 OU 1+2+4+5+25+26 ou 27
- La tristesse : 6+15 ou 1+4+15 ou 1+4+11+15B
- La surprise : 1+2+5B+26 ou 1+2+5B+27
- Le mépris : R12+R14 (C'est la seule émotion asymétrique)

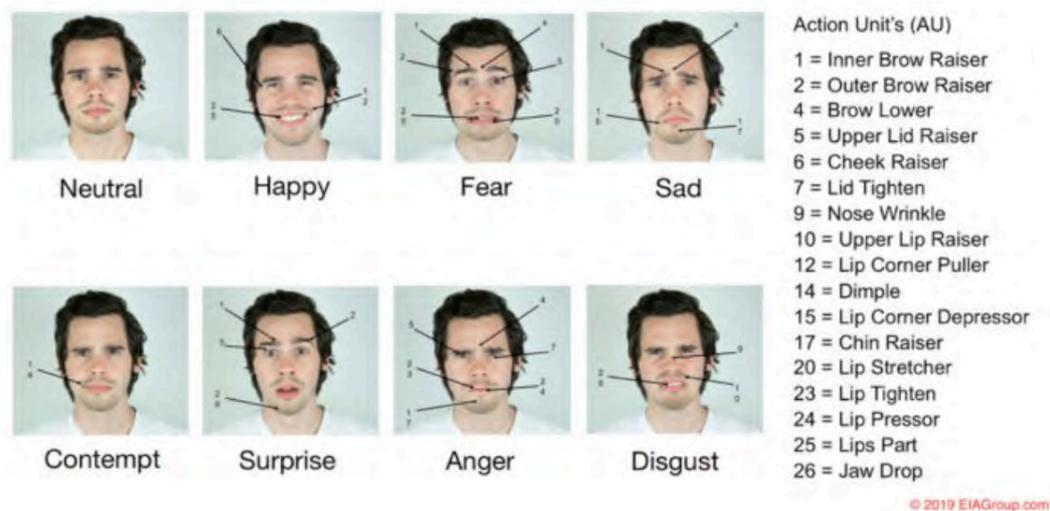


Tableau 5 : Exemple d'Unités d'Actions des 7 émotions primaires (22)

Ce système peut ainsi être utilisé pour différencier la douleur réelle et de la douleur simulée par exemple, ou alors pour différencier le moment où les gens disent la vérité de celui où ils mentent.

Le Code d'Action Faciale fournit donc des informations plus détaillées sur le comportement facial (24) :

- les variations au sein d'une même catégorie émotionnelle. Par exemple la vengeance contre la rancœur
- les variations d'intensité. Par exemple, la contrariété contre la fureur
- les mélanges de deux ou plusieurs émotions. Par exemple, le bonheur avec le dégoût qui donne le snobisme
- les signaux faciaux de tromperie
- les signes d'ennui ou d'intérêt
- les signaux conversationnels qui mettent l'accent sur la parole et les informations sur la syntaxe.

4. Le sourire authentique :

« Lorsque l'âme est agitée, la face humaine redevient un tableau vivant » Guillaume Duchenne de Boulogne

Pendant de nombreuses années, les chercheurs ont pensé que le sourire était une expression dénuée de sens car il était utilisé dans beaucoup de situations ne rapportant pas de la joie, comme dans les émotions de la surprise, de l'étonnement, de gêne et même de malaise. On ne faisait pas la différence entre les différents types de sourires (20).

Pourtant de légères différences entre les formes de sourire se distinguent lorsque les sujets sont sincères et lorsqu'ils mentent sur le fait d'éprouver des sentiments agréables. Guillaume Duchenne de Boulogne, père fondateur de la neurologie française, est le premier à différencier le "vrai sourire" du faux. Il distingue ainsi l'authentique sourire qui recrute le grand zygomatic et l'orbiculaire inférieur (4).

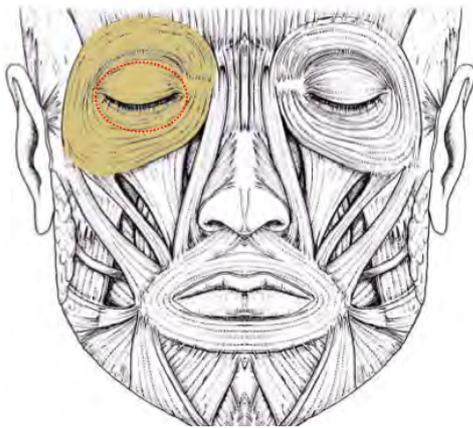


Figure 4 : Muscle Grand Zygomatique (30)

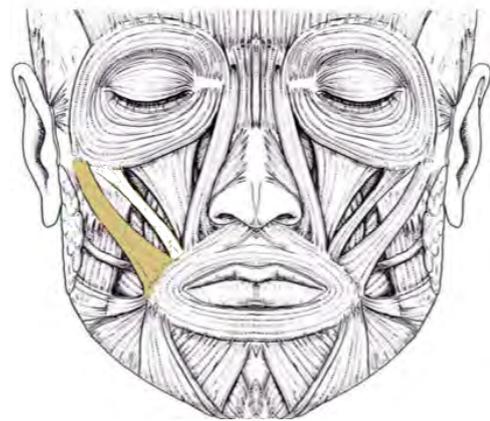


Figure 5 : Muscle Orbiculaire de l'œil (30)

Le muscle grand zygomatique, qui tire les coins des lèvres vers le haut en diagonale (AU n°12 dans le FACS d'Ekman), obéit à la volonté. Mais le muscle orbiculaire de l'œil, qui lors du sourire remonte les joues (AU n°6), ne se provoque seulement que lors d'une vraie émotion (17).

Ekman, précise les travaux de Duchenne, en notant que c'est seulement la partie externe de l'orbiculaire de l'œil qui se contracte avec des vrais sentiments, et que la partie interne peut être contractée volontairement par certaines personnes. Ainsi, Paul Ekman nomme le vrai sourire le "**Sourire de Duchenne**" et le définit par une contraction du grand zygomatique et une contraction de la partie externe de l'orbiculaire de l'œil.



Figure 6 : Le sourire authentique (23)

Pour le sourire faux, social (dit aussi sourire de "Pan-American"), seul le muscle zygomatique est contracté :

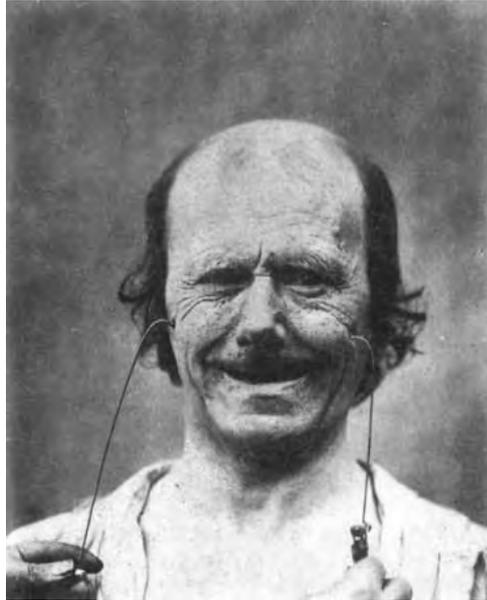


Figure 7 : Stimulation de muscle grand zygomatique pour produire un sourire faux (Duchenne, 1862) (20)

Les sourires qui comportent des traces d'actions musculaires associées au dégoût, à la peur, au mépris ou à la tristesse sont produits le plus souvent lorsque les sujets essayent de masquer des émotions négatives avec un masque de joie (19).

Ekman décrit dix-huit formes différentes de sourire dont :

- les **sourires de plaisir** : ils sont associés au plaisir, au soulagement, à l'amusement, dont le sourire de Duchenne.
- les **sourires d'anticipation** : lorsque quelqu'un anticipe la probabilité d'éprouver bientôt du plaisir.
- les **sourires de masquage** : le sourire est fait délibérément pour dissimuler d'autres expressions ressenties, souvent négatives. Il couvre, au moins partiellement, les mouvements musculaires associés à une autre émotion.
- les **faux sourires** : le sourire est destiné à faire croire à une autre personne que le plaisir est ressenti alors qu'il ne l'est pas.

- les **sourires misérables**, de malheur : il y a une volonté de supporter une circonstance désagréable. (20)

Les sourires de masquage, misérables et faux sourires sont appelés des sourires de "**Non-Jouissance**".

En 1992, Ekman pense qu'il serait aussi possible d'utiliser cette logique pour distinguer les cas réels des émotions négatives par rapport aux émotions provoquées. En effet, l'expression réelle d'une émotion négative comprendrait des éléments musculaires que la plupart des gens ont du mal à exprimer volontairement. Par exemple, la plupart des gens ne peuvent pas contracter volontairement une partie de l'orbiculaire des lèvres (qui rétrécit le bord des lèvres), ainsi l'absence de cette action musculaire devrait permettre de distinguer l'expression délibérée de l'expression réelle de la colère (17).

5. Le regard :

Tout d'abord, on peut prendre en compte l'orientation du regard qui a différentes fonctions dans les interactions : il permet de fournir des informations, de réguler l'interaction, d'exprimer l'intimité, de contrôler l'exercice social ou de faciliter la réalisation d'une tâche (31).

Ensuite plus l'attitude est positive, plus le contact visuel est important. A l'inverse, plus le contact visuel est minime, moins les interlocuteurs sont appréciés (37).

Ellsworth et Carlsmith (1968) indiquent que lorsqu'une personne veut se montrer menaçante, elle renforcera son contact visuel. En bref, dans le contexte d'une relation hostile, un contact visuel plus important est établi et communique d'avantage de sentiments négatifs.

6. Le visage à 2 faces :

Lorsqu'un visage est asymétrique, il peut traduire une émotion travestie. Il est possible de voir deux émotions entièrement différentes s'afficher sur chacune des faces entre elles. Comme par exemple, la partie gauche du visage peut exprimer du bonheur alors que la partie droite exprime de la tristesse.

Le visage a alors 2 faces : les véritables émotions que ressent le sujet se trouvent sur la partie gauche du visage (35).

Prenons l'exemple de Susan Smith, qui a tué ses 2 fils, mais qui accuse un homme de les avoir kidnappés dans une station essence. La photo ci-dessous est extraite d'une interview où elle supplie le kidnappeur de lui ramener ses enfants. (Elle a ensuite été condamnée après l'enquête à perpétuité).



Figure 8 : Visage de Susan Smith (35)

Si on coupe son visage en deux, on remarque :



Côté droit : Facial Action Coding de la tristesse

- 1 : Remontée de la partie interne du sourcil
- 4 : Abaissement et rapprochement des sourcils
- 11 : Ouverture naso-labiale
- 15 : Abaissement du coin externe des levres

On distingue même un début de larme au niveau de l'œil

C'est l'expression que Susan Smith veut montrer à tout le monde.



Côté gauche : Facial Action Coding de la joie

- 6 : remontée des joues
- 12 : étirement du coin des lèvres

C'est l'émotion réelle qu'elle ressent et qu'elle essaye de dissimuler afin de ne pas paraître coupable.

Certaines études de troubles neurologiques (Kahn, 1966 ; Meihlke, 1973 ; Myers, 1976 ; Tschiasny, 1953) confirment cette observation en suggérant que chaque type d'expression dépend de voies neuronales différentes et potentiellement indépendantes : par exemple, les lésions des systèmes pyramidaux altèrent la capacité d'effectuer un mouvement du visage à la demande, mais peuvent laisser intactes les expressions émotionnelles spontanées, ainsi le patient peut quand même sourire s'il est amusé par exemple. Au contraire, les lésions dans les systèmes non pyramidaux peuvent produire le schéma inverse, ainsi un patient peut sourire sur demande mais ne peut pas le faire spontanément.

Lynn et Lynn (1938, 1943) ont fait l'observation que les expressions asymétriques sont plus fréquentes dans les actions faciales émotionnelles intentionnelles que dans les expressions émotionnelles spontanées (21).

Dans une autre étude (45), il est montré que les expressions des émotions sont plus fortes, plus intenses, du côté gauche de la face.

7. L'action du visage génère la physiologie des émotions :

Ekman (17) a découvert que l'exécution volontaire de certaines actions musculaires faciales peuvent générer des émotions. En effet, si l'on demande à des sujets de suivre des instructions muscle par muscle afin de créer sur leur visage une des expressions universelles, il se produit alors des changements involontaires dans l'activité du système nerveux autonome.

Par exemple, Paul Ekman a demandé à des sujets de "baisser et rapprocher leurs sourcils, lever la paupière supérieure et resserrer la paupière inférieure, rétrécir leurs lèvres et les presser l'une contre l'autre". Il a ensuite noté une accélération du rythme cardiaque et une conductance de la peau (activité électrique biologique enregistrée à la surface de la peau et reflétant l'activité des glandes sudoripares) plus importantes. Cette observation est tout de même plus importante pour des sujets qui expriment des émotions négatives, comme la colère, le dégoût ou la peur, que pour des émotions positives comme la joie. C'est ce qu'on appelle la **Rétro-action Faciale**.

II. Application au cabinet :

A. Quelle est la place de la communication non verbale au cabinet ?

Le cabinet est un lieu où il est parfois impossible pour certains patients d'exprimer ouvertement une attitude ou un sentiment. La posture, la gestuelle, les mimiques du visage sont alors utilisées comme une source d'information sur les caractéristiques, les sentiments et les attitudes du patient envers les autres et eux-mêmes.

Alors qu'il est plus facile de masquer ses intentions en paroles, il est beaucoup plus délicat de le faire d'un point de vue comportemental surtout dans le contexte du cabinet dentaire où le facteur stress est une composante fondamentale à prendre en charge. Un mouvement de recul, un croisement de jambe ou une fuite de regard est en fait souvent une réalité même de la communication. Cette communication est le plus souvent inconsciente et savoir la déceler permet alors au praticien de mieux maîtriser le contenu de l'information et de s'adapter vis-à-vis du patient en face de lui (37).

La communication non-verbale a une grande importance dans les relations interindividuelles, que ce soit dans la réception d'informations, dans leur transmission ou encore dans leur régulation. Il s'agit parfois du seul mode de communication restant, comme par exemple dans la maladie d'Alzheimer.

De manière générale, tout manquement aux canaux non verbaux de la communication provoque un effet négatif sur la relation thérapeutique (3).

Ekman et Friesen (1967) ont conclu les rôles relatifs des indices corporels et faciaux dans la communication de l'affect. Ils différencient les positions stationnaires des mouvements du corps et du visage et ont suggéré que les mouvements sont plus susceptibles de communiquer des émotions spécifiques, tandis que les postures et les expressions faciales stationnaires sont plus susceptibles de communiquer un affect brut.

Les postures ont leur importance au cabinet, lors d'un premier abord par exemple, où elles illustrent des postures de domination ou de soumission. Il est donc important de prendre conscience de sa posture lors d'une communication interpersonnelle patient-

praticien. Elle doit être neutre, légèrement vers l'avant pour témoigner d'une attitude d'ouverture aux autres et de partage. En ce qui concerne le patient, la posture est le message non verbal le plus facilement identifiable. Ainsi, on peut comprendre facilement, avant d'entreprendre tout acte quel qu'il soit, qu'un patient assis bras et jambes croisés ou avec une main devant la partie inférieure du visage cachant ses lèvres et son sourire sera un signe que le patient n'est pas à l'aise (41).

Une attitude chaleureuse au cabinet est importante pour établir une bonne relation patient-praticien. Reece et Whitman (1962) décrivent cette attitude chaleureuse par un sourire plus fréquent, l'absence de mouvements de tapotement des doigts, un plus grand degré de contact visuel avec le sujet et un plus grand degré d'inclinaison du corps vers l'avant quand le communicant est sur une chaise. Ainsi une attitude chaleureuse du praticien est communiquée au patient si celui-ci se penche en avant dans son fauteuil, sourit, garde les mains immobiles et a un contact visuel plus important avec lui.

B. Quelles sont les émotions les plus présentes au cabinet et comment les aborder ?

1. La peur :

La peur est la première émotion à laquelle les gens ont tendance à penser lorsqu'on leur parle d'émotions chez le dentiste. En effet, 40% de la population adulte serait concernée par une certaine crainte et anxiété vis-à-vis des traitements dentaires (39).

Combien de fois pouvons-nous entendre au cabinet "Je vous préviens, je crains beaucoup le dentiste" ou alors "j'ai pris mon courage à deux mains pour venir vous voir" ?

Il est important de déceler cette émotion chez notre patient, car ils ne nous le disent pas tous directement.

L'impact des émotions sur la prise de décision, sur les comportements et sur l'état de santé a été prouvé par de nombreuses études. Par exemple, il a été démontré que la peur diminue l'efficacité du traitement de l'information en général (Eysenck et Calvo, 1992). D'autres recherches montrent que l'anxiété et la peur qui émergent au commencement d'une maladie peuvent entraîner les patients à retarder la recherche

d'un traitement, même si les patients sont conscients que l'efficacité des soins serait optimisée par une intervention plus rapide (Cooper et al., 1986; Maynard et al., 1989) (15).

La peur se traduit par des manifestations physiques et physiologiques afin de garantir notre sécurité et notre survie. Avec l'émotion de la peur, nous tentons de nous préserver au niveau corporel mais également psychique (11).

La peur nous permet de nous protéger de deux types de menaces :

- Les menaces primaires, qui portent atteinte à la survie de notre corps (comme par exemple les coupures, les coups, mais aussi le manque d'eau)
- Les menaces secondaires, qui portent atteinte à la survie de notre identité (comme par exemple les moqueries ou les mises à l'écart)

Ce mécanisme de survie va s'activer face à 4 types de déclencheurs :

- Le manque de contrôle
- L'imprévisibilité
- La nouveauté
- L'égo menacé

Ainsi, la peur nous permet de garantir notre existence, physique ou psychique, au monde.

Lors de l'interrogatoire, avant même que le patient soit sur le fauteuil, on peut alors comprendre qu'il est craintif avec sa posture : sa tête est en arrière, il n'y a aucune torsion abdominale et pas de flexion de la poitrine. Le patient est rigide. Ses avant-bras sont soulevés et le transfert de son poids se fait soit vers l'arrière, soit vers l'avant.

Au niveau de sa gestuelle, presque sans exception, le patient aura un mouvement d'éloignement, avec généralement des mouvements de contraction ou de recroquevillement (la tête s'enfonce entre les épaules). Souvent, ses mains auront tendance à se lever, en particulier devant le visage.

Si le patient est phobique, il est dans l'émotion de l'horreur. Dans ce cas-là, au niveau de la posture, le corps entier est souvent détourné ou rétréci avec les deux épaules surélevées et les bras pliés et serrés contre les côtes ou la poitrine. La gestuelle du patient sera caractérisée par des mouvements convulsifs des mains, alternativement serrées et ouvertes avec un mouvement de torsion.

La peur du patient peut aussi se comprendre par ses expressions faciales. En se reportant au Système de Codes des Unité d'Action de la Face d'Ekman (Ekman & Friesen, 1978; Ekman, Friesen, & Hager, 1978), la peur sur le visage se décrit par :

- Élévation des sourcils intérieurs (AU 1) :



- Élévation des sourcils extérieurs (AU 2) :



- Abaissement des sourcils (AU 4) :



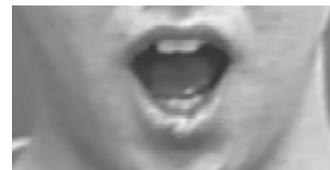
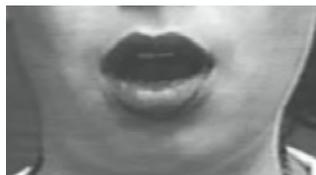
- Élévation de la paupière supérieure (AU 5) :



- Pincement des lèvres (AU 20) ou écartement des lèvres (AU 25) :



- Abaissement de la mandibule (AU 26) ou bâillement (AU 27)



Selon certains auteurs (Susskind, Lee et al. 2008), les mouvements de l'expression de peur sont eux concordants avec les fonctions de la peur. Ainsi, lorsque nous sentons qu'une situation menace notre intégrité physique ou psychologique, l'expression faciale conséquente entraîne une ouverture des sens au monde extérieur avec une augmentation subjective du champ visuel, une augmentation de la rapidité des mouvements oculaires et augmentation de la vélocité respiratoire (44).

Ainsi, sur quelques secondes ou même sur moins d'une demi-seconde si c'est une micro-expression, et avec de l'entraînement, le praticien peut savoir ce que ressent le patient sans qu'il ait à lui parler et il peut adapter son comportement en fonction, afin que la séance de soin qui va suivre puisse se dérouler de la meilleure des façons. "Détecter les subtilités de ces informations permet d'adapter notre comportement" (Darwin, 1872).

(Source photos : JF Cohn, Z Ambadar, P Ekman - Observer-Based Measurement of Facial Expression With the Facial Action Coding System, Handbook of Emotion Elicitation 2007) (16)

2. La douleur :

La douleur est l'émotion que nous côtoyons le plus au cabinet, c'est même un des principaux motifs de consultation de nos patients.

Mais la douleur est subjective. Chaque individu en apprend la signification à travers des blessures subies au cours de sa vie. La douleur est essentielle pour la survie : elle permet d'identifier et ainsi d'éventuellement fuir ou éviter les situations qui menacent l'intégrité du corps (Williams 2002). De plus, ressentir la douleur favorise la guérison d'une blessure en limitant les mouvements du membre touché (Cox, Reimann et al. 2006).

La douleur a généralement 2 composantes : une composante sensorielle et une composante affective. La composante sensorielle réfère à la qualité, l'intensité et la localisation de cette douleur associée au stimulus nociceptif (Rainville, Carrier et al. 1999). La composante affective de la douleur concerne le caractère désagréable propre à toute expérience nociceptive.

La posture et la gestuelle de la douleur varient en fonction des zones douloureuses.

Au niveau de la posture, le patient sera plutôt recroquevillé sur lui même, avec une torsion du buste et avec parfois la main au niveau de cette zone. Un patient qui vient par exemple pour une périodontite au niveau de sa 38, va rentrer dans le cabinet en se tenant la joue, au niveau de l'angle mandibulaire gauche.

Comme pour la peur, le patient a des mouvements de contraction ou de recroquevillement. Il a tendance à ne pas rester en place et à être mobile, avec des mouvements répétés. Il peut aussi se masser la zone douloureuse et avoir des mouvements de flexion de la tête.

L'expression faciale de douleur est stable de la naissance à un âge plus avancé (Craig, Whitfield et al. 1993; Anand et Craig 1996; Benedetti, Vighetti et al. 1999) et est stable à travers les différents types de stimuli évoquant de la douleur. (Prkachin 1992).

Elle est décrite par :

- Abaissement des sourcils (AU 4) :



- Élévation des joues (AU 6) :



- Fermeture partielle des paupières (AU 42) :



- Plissement de la peau du nez vers le haut (AU 9) :



- Soulèvement de la lèvre supérieure (AU 10) :



La douleur est bien reconnaissable, mais elle peut aussi parfois être confondue avec la peur, la colère ou le dégoût. La douleur semble être l'émotion la plus propice à être confondue par rapport aux autres émotions négatives.

Dans l'étude de Roy, S. et al., parmi les six émotions de base, la douleur et la neutralité, des observateurs jugent souvent que l'expression de douleur comprend aussi notamment de la tristesse et du dégoût (44).

De plus, il semblerait que lorsque nous voyons le visage de quelqu'un en souffrance, notre cerveau réagit à l'instar d'une douleur vécue, c'est-à-dire qu'il va avoir une activation proportionnelle à l'intensité de la douleur jugée, vécue par le patient, et peut ainsi se voir sur le visage de l'observateur. (Peyron, Laurent et al. 2000)

(Source photos : JF Cohn, Z Ambadar, P Ekman - Observer-Based Measurement of Facial Expression With the Facial Action Coding System, Handbook of Emotion Elicitation 2007) (16)

3. Le dégoût :

Le dégoût est une sensation d'écœurement, de haut-le-cœur provoqué par quelque chose qui dégoûte. C'est aussi un sentiment d'aversion, de répulsion, provoqué par quelqu'un, quelque chose. Nous exprimons du dégoût face à toutes violations ou déformations de notre enveloppe corporelle (exemple : les blessures, le poids, les malformations, etc.).

Cette émotion nous permet donc de nous protéger de diverses maladies ou infections dues à l'absorption ou le contact avec un aliment qui n'est pas bon pour nous. L'émotion du dégoût est là pour rejeter ou nous éloigner de toute forme de contact avec quelque chose ou quelqu'un qui menacerait l'existence ou du moins la santé de notre corps. C'est le dégoût primaire.

Il nous permet également de nous éloigner ou de rejeter ce que nous jugeons comme pas « bon » pour nous et qui pourrait menacer notre identité psychique (qui n'est pas bon pour notre système de valeurs), on parle alors de dégoût secondaire (12).

La différence avec l'émotion de la peur est que la menace du dégoût est quelque chose qui peut être "assimilé" à nous, alors que la peur réagit à une menace qui porte atteinte à notre sécurité, notre survie.

Au cabinet, nous sommes confrontés au dégoût du patient dans différents cas : tout d'abord lorsque qu'un abcès arrive, cela peut dégoûter le patient (même si souvent ce sera plus la douleur son motif de consultation), ou alors lorsqu'il a une grosse carie où les aliments se coincent et qu'il y a une forte odeur. On peut aussi être confronté à son dégoût lorsqu'on va lui expliquer les actes que l'on va faire pendant le soin, comme par exemple le drainage d'un abcès ou alors une biopulpectomie. En effet, si on lui dit qu'on va retirer le tissu pulpaire nécrosé, par exemple, avec des "petits instruments", cela peut lui provoquer une réaction de dégoût.

Lorsque le patient ressent du dégoût, par reflexe, il ne va pas vouloir laisser passer, entrer ou avoir de contact avec l'objet de son dégoût dans ou sur son organisme. De plus, grâce à son système sympathique, le corps va concentrer beaucoup d'énergie au niveau du système digestif. Ainsi il va y avoir des sensations au niveau gastro-intestinal et au niveau de la gorge, provoquant des nausées ou l'envie de vomir.

Le praticien doit savoir adopter un bon vocabulaire pour lui éviter ce sentiment ou le rassurer, afin que la séance se déroule dans les meilleures conditions.

Enfin, le praticien peut aussi ressentir cette émotion du dégoût, il est alors important de la dissimuler au maximum afin de ne pas apeurer le patient ni le mettre mal à l'aise, et de rester professionnel.

Au niveau du langage corporel, le dégoût se manifeste par une posture et une gestuelle de « fermeture de sens ».

Comme il a été dit plus haut, il n'y a pas de posture exacte qui correspond au dégoût mis à part la position statique qui correspond à l'acte de vomir. Si on ne tient pas compte du contexte, la posture de dégoût est souvent confondue avec celle de la peur.

La gestuelle du dégoût se traduit par des mouvements de recroquevillement, avec les bras serrés le long du corps et les épaules relevées et basculées vers l'arrière. Le patient détourne le visage, en amenant une main vers la bouche ou le nez.

Mais l'émotion du dégoût est principalement communiquée par le visage, toujours dans le but d'une "fermeture des sens", par :

- Plissement de la peau du nez vers le haut (AU 9) :



- Soulèvement de la lèvre supérieure (AU 10) :



- Abaissement du coin externe des lèvres (AU 15) :



- Ouverture de la lèvre inférieure (AU 16) :



- Élévation du menton (AU 17) :



- Étirement de la bouche (AU 27) :



(Source photos : JF Cohn, Z Ambadar, P Ekman - Observer-Based Measurement of Facial Expression With the Facial Action Coding System, Handbook of Emotion Elicitation 2007) (16)

4. La Joie :

Il n'y a pas que des émotions négatives au cabinet, on peut aussi être confronté à la joie du patient.

Dans la joie, les hormones produites et libérées vont avoir plusieurs fonctions. Elles ont à la fois un but excitant mais aussi relaxant. Et la meilleure condition pour effectuer nos soins est un patient relaxé.

Dans la joie, le fonctionnement de certains organes est apaisé ce qui permet de développer une certaine résistance aux infections ou blessures (idem sur le plan psychique : la joie nous permet de résister, mieux vivre, être protégé face aux aléas de la vie). La joie provoque les mêmes sensations que lorsqu'on est serein.

Nous ressentons de la joie lorsque nous réussissons quelque chose, que nous avons avancé vers un objectif. En somme nous l'éprouvons lorsqu'un ou plusieurs de nos besoins sont satisfaits. La fierté est une émotion associée à la joie.

La joie nous aide aussi à réguler les fonctions de notre organisme qui ont été trop affectées par une autre émotion.

De plus, la joie nous donne l'énergie pour aller encore plus loin, grâce aux hormones relaxantes et excitantes (13).

Ainsi, un patient joyeux sera dans les meilleures conditions pour se laisser soigner et être soigné (15).

Nous pouvons être confrontés à la joie du patient lorsqu'il se rend compte qu'on va lui soulager sa douleur, ou lorsqu'il va ressortir avec un nouveau sourire, qui avant le complexait.

Un patient joyeux a une posture ouverte, la tête est en arrière et la poitrine vers l'avant. La gestuelle de la joie se traduit par un levé de bras, accompagnés de mouvements de poings, soit au-dessus de la tête, soit devant le corps. Il y a des mouvements sans but précis comme des claquements de mains, des tamponnements ou des hochements de la tête. Le corps et la tête sont droits.

Au niveau du visage, l'émotion de la joie se traduit par le sourire authentique, vu plus haut :

- Élévation des joues (AU 6) :



- Étirement du coin des lèvres (AU 12) :



(Source photos : JF Cohn, Z Ambadar, P Ekman - Observer-Based Measurement of Facial Expression With the Facial Action Coding System, Handbook of Emotion Elicitation 2007) (16)

c. Utilisation de la communication non verbale au cabinet dentaire :

1. Attitude et position en salle d'attente :

Grace à tout ce que nous avons décrit plus haut, en allant chercher le patient en salle d'attente, le praticien peut déjà avoir une idée des émotions ressenties par son patient, avant même de commencer une discussion.

Un patient qui a une attitude chaleureuse sourit, garde les mains immobiles. Il est dans une position décontractée, se penche en avant sur sa chaise. Ou alors il est assis sans inclinaison (c'est à dire ni penché vers l'arrière, ni vers l'avant) et sans croiser les jambes.

Lorsque le patient est mal à l'aise, il a le corps qui bascule vers l'arrière et à gauche : il est dans une position de fuite. Souvent il croise les jambes, avec le pied qui pointe en direction de la sortie (35).

Le patient anxieux a la jambe croisée qui se balance et qui ne peut pas rester tranquille ou alors il a les pieds qui tapotent le sol.

Au niveau de la position des bras, si le patient a les bras le long du corps, les mains détendues sur ses jambes, il est décontracté.

Lorsqu'il a les bras croisés, cela ne veut pas forcément dire qu'il est dans une position de fermeture, cela dépend de la position de ses mains. En effet, un patient qui croise les bras avec les pouces levés est à l'aise dans la salle d'attente, cela peut même signifier qu'il est fier. Par contre, s'il croise les bras en cachant ses mains il est dans la fermeture, il est mal à l'aise et peut même être sous tension.

Ainsi, avant même le premier échange ou contact avec le patient, on peut déjà appréhender l'état dans lequel sera le patient et donc adapter notre comportement pour le mettre le plus à l'aise possible.

	Le patient		
Attitude	Décontracté	Stressé	Mal à l'aise
Buste	Sans inclinaison ou penché en avant	Droit ou penché en arrière	Penché vers l'arrière et vers la gauche
Jambes	Droites	Jambes croisées	Jambes croisées, pied qui pointe vers la sortie
Mouvements	Sans mouvement, ou lit un magazine, est sur son téléphone	Agité Mouvement de jambes Pieds qui tapotent le sol Joue avec ses doigts	
Bras	Le long du corps, Mains sur les jambes ou bras croisées avec les pouces visibles	Bras croisés avec les pouces cachés	
Face	Visage ouvert, souriant	Visage fermé	

Tableau 6 : Le patient en salle d'attente

2. Le Mirroring, le Pacing et le Leading :

Grace à nos observations, nous pouvons effectuer une "synchronisation non verbale" avec nos patients, afin d'améliorer la relation patient-praticien. La qualité de cette relation constitue une des pierres angulaires de la réussite de toute thérapeutique.

Nous pouvons alors effectuer du mirroring, c'est à dire qu'en observant notre patient nous pouvons agir, interagir, en nous adaptant à ce dernier (23).

a. Le Mirroring :

C'est la capacité du praticien à refléter, à imiter le langage non verbal du patient, sans le singer. Cela consiste aussi à ajuster les mouvements corporels, la respiration ou même le ton de la voix. Ainsi, le praticien instaure avec le patient une plus grande proximité interrelationnelle, sans que le patient ne se sente manipulé. Cette "synchronisation non-verbale" est instaurée avant toute communication verbale et utilise des "psychoaffectifs spontanés" tels que l'adaptation spontanée et l'apprentissage par imitation (42).

b. Le Pacing :

Cela consiste à renforcer la réflexion des comportements non verbaux afin que le patient se sente bien compris et soutenu au niveau de son langage non verbal (42). C'est l'étape suivante de la "Synchronisation non-verbale" après le mirroring. Lors de cette étape, le comportement du patient peut changer, son langage corporel va évoluer positivement dans l'interaction avec le praticien : il est plus ouvert et tourné vers le praticien. Ainsi, cela permet de mettre le patient plus à l'aise si celui-ci est très anxieux par exemple.

c. Le Leading :

C'est l'étape finale de la "synchronisation non-verbale". Le praticien oriente le patient vers de nouveaux comportements et va ainsi induire un changement afin que le patient le suive dans son cheminement de pensée et dans le comportement non verbal. Cela permet de gérer l'interaction et permet donc au praticien de diriger la discussion et la séance de soin (42).

3. Pendant l'entretien médical

Lors de l'entretien médical, nous pouvons être aussi confrontés à certaines émotions du patient. Elles peuvent même être accentuées par rapport à celles ressenties dans la salle d'attente car à ce stade là un premier contact a eu lieu avec le patient.

Pendant l'interrogatoire médical, le patient mal à l'aise aura une position de fuite, en se penchant vers l'arrière et à gauche, comme dans la salle d'attente, alors que le patient à l'aise et intéressé par la conversation sera plus dirigé vers le praticien, penché vers l'avant par exemple (35).

Contrairement à la salle d'attente où le patient est encore loin, lors de l'interrogatoire, le praticien peut plus facilement observer le visage du patient, donc voir ses micro-expressions et ainsi approfondir son idée des émotions que ressent le patient.

La patient angoissé, craintif a essentiellement des micros-expressions d'élévations de ses sourcils intérieurs et extérieurs (AU 1 et 2), ou alors un abaissement de ses sourcils (AU 4). Si le praticien observe un pincement (AU 20) et un écartement des lèvres (AU 25) du patient lors de l'entretien, cela peut aussi lui indiquer que le patient est angoissé, craintif. Le patient dégoûté d'être au cabinet ou par ce qui lui arrive, quand à lui, exprimera son émotion par des micro-expressions de fermeture de sens, comme un soulèvement de la lèvre supérieure (AU 10), un abaissement du coin externe des lèvres (AU 15) ou une élévation du menton (AU 17).

Dans ces 2 cas-là, arriver à observer ces micro-expressions aide le praticien à savoir comment diriger la suite de la séance, en évitant par exemple un vocabulaire qui pourrait aggraver l'état émotionnel du patient ou en évitant d'avoir une attitude trop intimidante.

Il est important de rappeler que nous parlons de MICRO-expressions et que ce sont donc des manifestations très brèves, d'une demi seconde, et que si le praticien n'est pas attentif il peut facilement passer à côté. De plus, un signe isolé n'est pas indicatif de l'état émotionnel du patient, c'est un ensemble d'expressions, de positions et d'attitudes qu'il faut prendre en compte (35).

4. Pendant le soin

Pendant le soin, le praticien est encore plus proche du patient et de son visage, il est alors encore plus aisé pour lui d'observer les micro-expressions de son patient.

Le seul inconvénient est que le praticien travaille dans la bouche du patient, les manifestations au niveau de cette partie de la face se feront alors plus difficilement. Mais la zone des yeux reste un bon indicateur : comme les sourcils pour la peur (AU 1, 2 et 4), ou un plissement de la peau du haut du nez (AU 9) pour le dégoût.

Le patient angoissé sera crispé sur le fauteuil, et le patient dégoûté aura tendance à éviter nos mains, à se détourner ou même à mettre sa main au visage, ce qui dans le cas de ces 2 d'émotions empêche le chirurgien-dentiste de réaliser le soin dans de bonnes conditions. C'est pourquoi il est utile pour le praticien de déceler ces micro-expressions, afin de rassurer le patient, toujours en adaptant son vocabulaire (par exemple éviter le mot "pique" pour une anesthésie, mais plutôt utiliser les mots "endormir la dent") et ses gestes (par exemple éviter de montrer les daviers avant une avulsion ou les seringues, éviter de laisser les compresses pleines de sang à côté du patient,...) afin d'éviter ce type de manifestations et pouvoir ainsi effectuer le soin de façon plus agréable.

Mais l'émotion la plus importante à déceler pendant le soin par le praticien est la douleur du patient, pour qu'il puisse adapter le soin en rajoutant de l'anesthésie par exemple. Cela aide aussi pendant l'examen clinique, afin de poser un bon diagnostic, car les dires du patient ne correspondent pas toujours à la réalité clinique. Pendant le soin, le patient peut avoir du mal à exprimer sa douleur, c'est là que les micro-expressions sont très utiles: ce sont les premières manifestations de la douleur, avant même la parole ou les cris, et l'expression faciale de la douleur est stable à travers les âges, les personnes et différents types de stimuli (44). Mise à part un soulèvement de la lèvre supérieure (AU 10), les expressions faciales de la douleur se font essentiellement sur la partie haute du visage comme un abaissement des sourcils (AU 4), une élévation des joues (AU 6), la fermeture partielle des paupières ou alors le plissement de la peau du nez vers le haut (AU 9). Ils sont donc facilement observables par le praticien.

CONCLUSION :

La communication intervient dans tous les échanges interindividuels, qu'ils soient d'ordre personnel ou professionnel, elle est omniprésente et intervient donc dans le domaine de l'odontologie.

Dans la vie quotidienne nous constatons que le non verbal joue un rôle important dans les communications humaines : un froncement de sourcil nous fait reformuler une phrase, un regard attire notre attention, un geste permet de se comprendre sans parler (31).

Le patient ne se résume pas simplement à une bouche et des dents à soigner. C'est avant tout une personne, avec des attentes et une personnalité propre. Le patient souhaite être écouté, compris et respecté dans son intégralité. C'est en agissant avec bienveillance et empathie que le climat de confiance se met en place et que le traitement peut commencer en toute sérénité.

La réalité clinique nous montre quotidiennement que si l'on veut obtenir une efficacité de traitement, l'aspect relationnel se doit d'être mis au premier plan. Il a été démontré que 85% de la réussite professionnelle est imputable aux qualités humaines et relationnelles et 15% seulement aux compétences techniques (43).

C'est pour cela qu'observer et s'adapter au comportement non verbal de notre patient est un outil non négligeable dans notre profession. Il est nécessaire de lui montrer du soutien, de la compassion et de reconnaître l'état dans lequel l'autre se trouve. Une alliance thérapeutique solide doit se construire pour répondre au mieux aux attentes des patients. Cela peut ainsi éviter des incompréhensions et même des litiges.

Il est important de souligner qu'il n'y a pas que l'observation de nos patients qui est importante pour une bonne relation patient-praticien, mais qu'il est aussi important de l'écouter, car le patient a besoin de se sentir écouté pour être pleinement en confiance.

Mais il ne faut pas pour autant éprouver de la sympathie. Il faut garder une distance professionnelle (38).

Comme l'énonce le Dr Amzalag « avoir de l'empathie, être humain, comprendre et s'adapter aux situations psychologiques ou personnelles de chacun ne signifie pas qu'il faille perdre tout recul et s'engager dans une relation affective. » (1)

Vu le directeur de thèse et président du jury
Pr Franck Diemer

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'F. Diemer', with a large, sweeping initial 'F'.

TABLES DES ILLUSTRATIONS :

Tableaux :

<u>Tableau 1</u> : Les 6 postures selon M. Coulson (7).....	21
<u>Tableau 2</u> : Les 6 postures selon M. Coulson, suite (7).....	22
<u>Tableau 3</u> : Mouvements des émotions (8).....	25
<u>Tableau 4</u> : Les 7 expressions universelles (33).....	28
<u>Tableau 5</u> : Exemple d'Unités d'Actions des 7 émotions primaires (22).....	31
<u>Tableau 6</u> : Le patient en salle d'attente.....	50

Figures :

<u>Figure 1</u> : Les différents canaux de communication selon Cosnier (6).....	13
<u>Figure 2</u> : Bras en position Akimbo	26
<u>Figure 3</u> : Muscles de la face (18).....	30
<u>Figure 4</u> : Muscle grand Zygomatique (30).....	33
<u>Figure 5</u> : Muscle Orbiculaire de l'œil (30).....	33
<u>Figure 6</u> : Le sourire authentique (33).....	33
<u>Figure 7</u> : Stimulation de muscle grand zygomatique (20).....	34
<u>Figure 8</u> : Visage de Susan Smith (35).....	36

BIBLIOGRAPHIE :

1. Amzalag A. - Codes de la relation dentiste-patient. Issy-les-Moulineaux : Masson; 2007
2. Atkinson, Anthony P. Dittrich, Anthony P. Dittrich, Winand H. Gemmell, Andrew J. Young, Andrew W. - Emotion Perception from Dynamic and Static Body Expressions in Point-Light and Full-Light Displays ; Perception; 2016
3. Balint M, Valabrega J-P. - Le Médecin, son malade et la maladie. 3e éd. Paris: Payot; 2003
4. Bourgeois M-L. - Guillaume Duchenne de Boulogne (1806–1875); 2015
5. Cosnier J. - Communication non verbale et langage; 1977
6. Cosnier J. Vaysses J. - Sémiotique des gestes communicatifs; Nouv Actes Sémiot.; 1997
7. Coulson M. - Attributing emotion to static body postures: recognition accuracy, confusions, and viewpoint dependence ; Journal of Nonverbal Behavior; 2004
8. Dael, N. Mortillaro, M. Scherer - Emotion expression in body action and posture; Emotion, 12 (5); 2012
9. Darwin C. - The expression of the emotions in man and animals; John Murray; 1872
10. De Lavergne C. - L'espace et le temps comme langage; Hall E. T, La dimension cachée. Points,256; 2010
11. Delanoue L. - La peur tout un cine ! : guide pratique sur les emotions; 2018 [internet] sur : <https://cabinet-terrehappy.fr/peur-cine-guide-pratique-emotions/>
12. Delanoue L. – Le dégoût : guide pratique sur les émotions; 2018; [internet] sur <https://cabinet-terrehappy.fr/1470-2/>
13. Delanoue L. - La joie : guide pratique sur les émotions; 2018; [internet] sur <https://cabinet-terrehappy.fr/joie-guide-pratique-emotions/#comment-291>
14. Dictionnaire médicale de l'Académie de médecine; [internet] 20212, disponible sur <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=communication>
15. Dubé L., Paquet C. - Les émotions : l'aspect négligé dans l'organisation des soins de santé centrée sur le patient; Dans Gestion (Vol. 28); 2003
16. Ekman P. Cohn, J. F., Ambadar, Z. - Observer-Based Measurement of Facial Expression with the Facial Action Coding System; Oxford University Press; 2007

17. Ekman P. - Facial expressions of emotion: an old controversy and new findings ; Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences; 1992
18. Ekman P. Cohn JF. Ambadar Z. - Handbook of Emotion Elicitation; 2007
19. Ekman P. Friesen W. V. O'Sullivan M. - Smiles when lying ; Journal of Personality and Social Psychology; 1988
20. Ekman, Friesen, Davidson - The Duchenne Smile: Emotional Expression and Brain Physiology II; 1990
21. Ekman, P., Hager, J. C., & Friesen, W. V. - The symmetry of emotional and deliberate facial actions. Psychophysiology; 1981
22. Expression faciales et micro-expressions [internet] sur <https://www.eiagroup.fr/domaines-expertise/expressions-faciales-et-micro-expressions>
23. Fortuné S. - Transe en dental, quand le corps nous parle; 2018
24. Gianluca Donato, Marian Stewart Bartlett, Joseph C. Hager, Paul Ekman, and Terrence J. Sejnowski - Classifying Facial Actions; 1999
25. Gosselin P. - La reconnaissance de l'expression faciale des émotions, dans Cognition et émotions; 2004
26. HAS. Haute Autorité de Santé – Communiquer, Impliquer le patient; 2017; [internet] Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1660975/fr/communiquer-impliquer-le-patient
27. Index Grafik – Paul Ekman facial action coding system; [internet] sur <http://indexgrafik.fr/paul-ekman-facial-action-coding-system>
28. James W. - Qu'est-ce qu'une émotion ? Mind; 1884
29. Kristeva J. - Le geste, pratique ou communication? ; Langages, 3e année, n°10, pp. 48-64; 1968.
30. Lauwers F. – Myologie de l'extrémité Céphalique, cours de PACES Toulouse
31. Lefebvre Liv. - Les indicateurs non verbaux dans les interactions médiatisées, 299; 2008
32. Lukas D. Lopez, Peter J. Reschke, Jennifer M. Knothe and Eric A. Walle - Postural Communication of Emotion: Perception of Distinct Poses of Five Discrete Emotions ; Front Psychol; 2017

33. Mahau P - Les expressions faciales émotionnelles ; Université de Louvain Université de Louvain
34. Martin J. - Dialoguer pour soigner, des pratiques et les droits; Médecine et Hygiène; 2001
35. Martineau C. - Le langage corporel et la communication non verbale-TEDXHEC Montréal; 2015
36. Mehrabian A. – NonVerbal Communication; 2017
37. Mehrabian A. - Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships ; Psychological Bulletin; 1969
38. Nonclercq E. - apport de l'hypnose dans l'alliance thérapeutique en odontologie; 2019
39. Pasini W. Haynal A. - Manuel de la psychologie odontologique. Paris : Masson; 1992
40. PaulEkmanGroup [internet] - Micro Expressions, Facial Expressions sur <https://www.paulekman.com/resources/micro-expressions>
41. Portet V. - La communication inter personnelle patient-praticien en chirurgie dentaire analyse sociologique et criteres d'optimisation; 2013
42. Poupard G. Martin V. S., Bilhera, A.- Manuel pratique d'hypnothérapie – Démarche, méthodes et techniques d'intervention. InterEditions, 320.; 2015
43. Ramseier C. Wolf C. - L'image de la médecine dentaire. Rev Mens Suisse Odontomataol; 2012
44. Roy C. - Le visage de la douleur; Informations efficaces pour la reconnaissance et impacts sur l'observateur ; Université de Montréal; 2012
45. Schmidt, K. L., Liu, Y., & Cohn, J. F.- The role of structural facial asymmetry in asymmetry of peak facial expressions; 2006
46. Wallbott, Harald G. - Bodily expression of emotion ; European Journal of Social Psychology; 1998
47. Wallbott, Harald G. – Expression corporelle de l'émotion ; European Journal of Social Psychology; 1998
48. Wikipedia - Facial Action Coding System [internet] sur https://fr.wikipedia.org/wiki/Facial_action_coding_system

ANNEXE 1:

N°AU	Nom de la FACS	Base musculaire
0	Visage neutre	
1	Remontée de la partie interne des sourcils	Frontalis (pars médialis)
2	Remontée de la partie externe des sourcils	frontalis (pars latéralis)
4	Abaissement et rapprochement des sourcils	Nez, muscle procerus depressor supercilii, corrugator supercilii
5	Ouverture entre la paupière supérieure et les sourcils	Muscle orbiculaire de l'œil
6	Remontée des joues	Muscle orbiculaire de l'œil (pars orbitalis)
7	Tension de la paupière	Muscle orbiculaire de l'œil (pars palpebralis)
8	Lèvres collées	Muscle orbiculaire de la bouche
9	Plissement de la peau du nez vers le haut	Muscle releveur nasio-labial
10	Remontée de la partie supérieure de la lèvre	Muscle releveur de la lèvre supérieure
11	Ouverture du naso-labial	Muscle petit-zygomatique
12	Etirement du coin des lèvres	Muscle grand-zygomatique

N°AU	Nom de la FACS	Base musculaire
13	Etirement et rentrée des lèvres	Muscles élévateur de l'angle de la bouche (également appelé caninus)
14	Plissement externe des lèvres	Muscle buccinateur
15	Abaissement des coins externes des lèvres	Muscle abaisseur de l'angle de la bouche
16	Ouverture de la lèvre inférieure	Muscle abaisseur de la lèvre inférieure
17	Élévation du menton	Muscle mentonnier
18	Froncement central des lèvres	Muscle orbiculaire de la bouche
19	Sortie de la langue	
20	Etirement externe des lèvres	Muscle risorius et muscles peauciers du cou
21	Tension du cou	Muscles peauciers du cou
22	Lèvres en "O"	Muscle orbiculaire de la bouche
23	Tension refermante des lèvres	Muscle orbiculaire de la bouche
24	Pincement des lèvres	Muscle orbiculaire de la bouche
25	Ouverture de la bouche et séparation légère des lèvres	Muscle abaisseur de la lèvre, ou relaxation du muscle orbiculaire de la bouche
26	Ouverture de la mâchoire	Muscles masséter, muscle temporal relâché et muscle ptérygoïdien médial
27	Bâillement	Muscles ptérygoïdes, muscles digastrique

N°AU	Nom de la FACS	Base musculaire
28	Succion interne des lèvres	Muscle orbiculaire de la bouche
29	Poussée vers l'avant de la mandibule	
30	Déplacement sur le côté de la mandibule	
31	Serrement de la mâchoire	Muscle masséter
32	Morsure des lèvres	
33	Gonflement des joues	
34	Bouffée des joues	
35	Aspiration des joues	
36	Bombement de la langue	
37	Essuyage des lèvres	
38	Dilatation des nasaux	Nasalis (pars alaris)
39	Compression des nasaux	Nasalis (pars transversa) et depressor septi nasi
41	Abaissement de la glabelle	Mouvement distinct de AU4 : Muscle pyramidal du nez
42	Abaissement interne des sourcils	Mouvement distinct de AU4 : Depressor supercilii
43	Yeux fermés	Relaxation du levator palpebrae superioris

N°AU	Nom de la FACS	Base musculaire
44	Rapprochement des sourcils	Mouvement distinct de AU4 : muscle corrugateur du sourcil
45	Clignotement des yeux	Relaxation du levator palpebrae superioris et contraction du muscle orbiculaire de l'œil (pars palpébralis)
46	Clignement de l'œil	Muscle orbiculaire de l'œil
51	Tête tournée à gauche	
52	Tête tournée à droite	
53	Tête vers le haut	
54	Tête vers le bas	
55	Tête inclinée à gauche	
M55	Tête inclinée à gauche	Le début de la symétrie 14 est immédiatement accompagné ou précédé d'une inclinaison de la tête vers la gauche
56	Tête inclinée à droite	
M56	Tête inclinée à droite	Le début de la symétrie 14 est immédiatement accompagné ou précédé d'une inclinaison de la tête vers la droite
57	Tête en avant	
M57	Poussée de la tête en avant	La combinaison de 17+24 est immédiatement précédée, accompagnée ou suivie par une poussée de la tête vers l'avant

N°AU	Nom de la FACS	Base musculaire
58	Tête en arrière	
M59	Inclinaison de la tête de haut en bas	La combinaison de 17+24 est immédiatement précédée, accompagnée ou suivie par une poussée de la tête de haut en bas
M60	Inclinaison de la tête de gauche à droite	La combinaison de 17+24 est immédiatement précédée, accompagnée ou suivie par une poussée de la tête de gauche à droite
61	Yeux vers la gauche	
62	Yeux vers la droite	
63	Yeux lévés	
64	Yeux baissés	
65	Yeux écarquillés	
66	Strabisme	
69	Yeux tournés vers une personne	Les AU 4, 5 ou 7, seuls ou en combinaison, se produisent lorsque les yeux sont fixes vers une personne lors d'une conversation

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

La communication est un élément clé dans la construction de la relation soignant-soigné. Le défaut de communication a un impact direct sur la qualité et la sécurité des soins. Contrairement à la communication verbale, la communication non verbale ne s'arrête pas à la barrière des langues. Le praticien peut ainsi observer et s'adapter au comportement non verbal du patient afin de mieux le comprendre, appréhender ses émotions et ainsi créer une bonne relation praticien-patient. Ce travail décrit la communication non verbale corporelle et faciale. Il décrit ensuite l'application de la communication non verbale au cabinet dentaire. Ceci montre, grâce aux données de la littérature, la place importante de ce type de communication en Odontologie.

SUMMARY IN ENGLISH :

Communication is a key element in the construction of the caregiver-patient relationship. The lack of communication has a direct impact on the quality and safety of care. Unlike verbal communication, non-verbal communication does not stop at the language barrier. The practitioner can observe and adapt to the patient's non-verbal behaviour in order to better understand them, to understand their emotions and thus to create a good practitioner-patient relationship. This work describes body and facial non-verbal communication. Then, it describes the application of non-verbal communication in the dental practice. This demonstrates, through the bibliography, the main place of this type of communication in Dentistry.

LA COMMUNICATION NON VERBALE AU CABINET DENTAIRE

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

La communication est un élément clé dans la construction de la relation soignant-soigné. Le défaut de communication a un impact direct sur la qualité et la sécurité des soins. Contrairement à la communication verbale, la communication non verbale ne s'arrête pas à la barrière des langues. Le praticien peut ainsi observer et s'adapter au comportement non verbal du patient afin de mieux le comprendre, appréhender ses émotions et ainsi créer une bonne relation praticien-patient. Ce travail décrit la communication non verbale corporelle et faciale. Il décrit ensuite l'application de la communication non verbale au cabinet dentaire. Ceci montre, grâce aux données de la littérature, la place importante de ce type de communication en Odontologie.

TITRE EN ANGLAIS: Non-verbal communication in the dental practice.

RÉSUMÉ EN ANGLAIS :

Communication is a key element in the construction of the caregiver-patient relationship. The lack of communication has a direct impact on the quality and safety of care. Unlike verbal communication, non-verbal communication does not stop at the language barrier. The practitioner can observe and adapt to the patient's non-verbal behaviour in order to better understand them, to understand their emotions and thus to create a good practitioner-patient relationship. This work describes body and facial non-verbal communication. Then, it describes the application of non-verbal communication in the dental practice. This demonstrates, through the bibliography, the main place of this type of communication in Dentistry.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS-CLÉS : Communication non verbale, mouvement, posture, gestes, expression du visage, émotions, relation patient-praticien

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

Directeur de thèse : Professeur Franck DIEMER