**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER**

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

---

Année : 2016 Thèse N° 2016-TOU3-3072

# THESE

POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement
Par

**Quentin SENTENAC**

Le lundi 7 novembre 2016

---

## VOCABULAIRE PROFESSIONNEL ET APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE EN ODONTOLOGIE

Directeur de thèse : Docteur Jean-Noel VERGNES

---

**JURY :**

| | |
|---|---|
| Président : | Professeur DIEMER Franck |
| 1er assesseur : | Docteur HAMEL Olivier |
| 2ème assesseur : | Docteur VERGNES Jean-Noel |
| 3ème assesseur : | Docteur BARON Sacha |

*Faculté de Chirurgie Dentaire*

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

## ➔ DIRECTION

**DOYEN**
Mr Philippe POMAR

**ASSESSEUR DU DOYEN**
Mme Sabine JONIOT

**CHARGÉS DE MISSION**
Mr Karim NASR
Mme Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN

***PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE***
Mme Anne-Marie GRIMOUD

**RESPONSABLE ADMINISTRATIF**
Mme Marie-Christine MORICE

## ➔ HONORARIAT

**DOYENS HONORAIRES**
Mr Jean LAGARRIGUE +
Mr Jean-Philippe LODTER
Mr Gérard PALOUDIER
Mr Michel SIXOU
Mr Henri SOULET

## ➔ ÉMÉRITAT

Mr Damien DURAN
Mme Geneviève GRÉGOIRE
Mr Gérard PALOUDIER

---

## ➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

### 56.01 PÉDODONTIE

| | |
|---|---|
| ***Chef de la sous-section :*** | ***Mme BAILLEUL-FORESTIER*** |
| Professeurs d'Université : | Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr VAYSSE |
| Maîtres de Conférences : | Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mme VALERA |
| Assistants : | Mme DARIES, Mr MARTY |
| Adjoints d'Enseignement : | Mr DOMINÉ |

### 56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

| | |
|---|---|
| ***Chef de la sous-section :*** | ***Mr BARON*** |
| Maîtres de Conférences : | Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG, |
| Assistants : | Mme GABAY-FARUCH, Mme YAN-VERGNES |
| Adjoints d'Enseignement : | Mme MECHRAOUI, Mr MIQUEL |

### 56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

| | |
|---|---|
| ***Chef de la sous-section :*** | ***Mr HAMEL*** |
| Professeurs d'Université : | Mme NABET, Mr SIXOU |
| Maîtres de Conférences : | Mr HAMEL, Mr VERGNES |
| Assistant : | Mlle BARON |
| Adjoints d'Enseignement : | Mr DURAND, Mr PARAYRE |

**57.01 PARODONTOLOGIE**

| | |
|---|---|
| ***Chef de la sous-section :*** | ***Mr BARTHET*** |
| Maîtres de Conférences : | Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN |
| Assistants : | Mr RIMBERT, Mme VINEL |
| Adjoints d'Enseignement : | Mr CALVO, Mr LAFFORGUE, Mr SANCIER |

**57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION**

| | |
|---|---|
| ***Chef de la sous-section :*** | ***Mr COURTOIS*** |
| Maîtres de Conférences : | Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY |
| Assistants : | Mme CROS, Mr EL KESRI Mme GAROBY-SALOM |
| Adjoints d'Enseignement : | Mr FAUXPOINT, Mr L'HOMME, Mme LABADIE |

**57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE. GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE**

| | |
|---|---|
| ***Chef de la sous-section :*** | ***Mr POULET*** |
| Professeur d'Université : | Mr KEMOUN |
| Maîtres de Conférences : | Mme GRIMOUD, Mr POULET, Mr BLASCO-BAQUE |
| Assistants : | Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mr LEMAITRE, |
| Assistant Associé | Mme FURIGA-CHUSSEAU |
| Adjoints d'Enseignement : | Mr SIGNAT, Mr BARRE |

**58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE**

| | |
|---|---|
| ***Chef de la sous-section :*** | ***Mr DIEMER*** |
| Professeur d'Université : | Mr DIEMER |
| Maîtres de Conférences : | Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE |
| Assistants : | Mr BONIN, Mr BUORO, Mme DUEYMES, Mme. RAPP, Mr. MOURLAN |
| Assistant Associé | Mr HAMDAN |
| Adjoints d'Enseignement : | Mr BALGUERIE, Mr ELBEZE, Mr MALLET |

**58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)**

| | |
|---|---|
| ***Chef de la sous-section :*** | ***Mr CHAMPION*** |
| Professeurs d'Université : | Mr ARMAND, Mr POMAR |
| Maîtres de Conférences : | Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr.DESTRUHAUT |
| Assistants : | Mr. CHABRERON, Mr. GALIBOURG, Mr. KNAFO, Mme. SELVA, Mme. ROSCA |
| Adjoints d'Enseignement : | Mr. BOGHANIM, Mr. FLORENTIN, Mr. FOLCH, Mr. GHRENASSIA, Mme. LACOSTE-FERRE, Mr. POGEANT, Mr. RAYNALDY, Mr. GINESTE |

**58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE**

| | |
|---|---|
| ***Chef de la sous-section :*** | ***Mme JONIOT*** |
| Maîtres de Conférences : | Mme JONIOT, Mr NASR |
| Assistants : | Mr CANIVET, Mme GARNIER, Mr MONSARRAT |
| Adjoints d'Enseignement : | Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mr ETIENNE, Mme MAGNE, Mr TREIL, Mr VERGÉ |

---

*L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.*
(Délibération en date du 12 Mai 1891).

*Mise à jour au 06 septembre 2016*

# Remerciements :

***A ma famille,*** *toujours présente et bienveillante.*

***A mes amis,*** *La vie est meilleure en votre compagnie.*

***A toutes les personnes de la faculté,*** *qui ont rendu mes années d'études sereines, joyeuses et enrichissantes.*

***Au Dr COLLOMB et toute son équipe,*** *pour m'avoir accordé leur confiance et m'avoir transmis toute leur connaissance. J'ai beaucoup appris durant ce stage. Merci.*

***Au Dr ESTEVE,*** *pour tous ses bons conseils, sa confiance et sa patience.*

***A Marine,*** *Je t'aime.*

A notre président du jury de thèse,

## Monsieur le professeur Franck Diemer,

- 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 (Education, Formation et Insertion) Toulouse Le Mirail,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Responsable du Diplôme Inter Universitaire d'Endodontie à Toulouse,
- Habilitation à diriger des recherches (H.D.R.),
- Vice- Président de la Société Française d'Endodontie
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

*Vous nous faites le grand honneur de présider notre jury,*
*Nous souhaitons vous exprimer notre reconnaissance pour la qualité de vos enseignements ainsi que votre implication envers les étudiants.*
*Vos qualités humaines et votre sympathie nous ont permis de nous épanouir lors de notre apprentissage.*
*Veuillez trouver ici, Monsieur, l'expression de notre profond respect.*

A notre jury de thèse,

## Monsieur le docteur Olivier Hamel

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie, d'Enseignement et de Recherches Dentaires.
- Responsable de la sous-section « Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale ».
- Enseignant-chercheur au Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale de la Faculté de Médecine de l'Université Paris Descartes (EA 4569).
- Docteur en Chirurgie Dentaire.
- Spécialiste Qualifié « Médecine Bucco-Dentaire ».
- Docteur de l'Université Paris Descartes.
- Habilitation à Diriger des Recherches.
- Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

*Nous sommes très honorés par votre présence dans notre jury de thèse.*

*Nous tenons à vous remercier pour vos enseignements.*

*L'encadrement bienveillant dont vous avez fait preuve ainsi que la confiance que vous nous avez accordée lors de notre première année de clinique, a permis de débuter sereinement notre apprentissage.*

*Veuillez trouver ici, Monsieur, l'expression d'une sincère reconnaissance.*

A notre directeur de thèse,

## Monsieur le docteur Jean-Noël Vergnes

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Epidémiologie,
- Docteur en chirurgie dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill-Montréal, Québec- Canada,
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales,
- Master2 Recherche – Epidémiologie clinique,
- Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

*Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de diriger cette thèse.*
*Nous vous remercions pour votre aide pertinente, votre disponibilité, votre bienveillance ainsi que votre patience.*
*Nous tenons à vous exprimer notre reconnaissance pour votre investissement auprès des étudiants ainsi que pour l'intérêt que vous avez porté à l'élaboration de cette thèse.*
*L'importance que vous accordez à l'Homme et l'humanisme dont vous faites preuve nous inspirent un profond respect.*
*Je vous prie d'accepter nos sentiments les plus sincères.*

A notre jury de thèse,

## Madame le docteur Sacha Baron

- Assistante hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Master1 Sciences, Technologies, Santé, mention : Biosanté
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier
- CES Prothèse Conjointe
- D.U. d'Odontologie Légale et d'Ethique

*Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de prendre part à notre jury de thèse. Nous vous remercions pour votre implication, votre disponibilité et votre sympathie envers les étudiants.*

*Ce fut un plaisir de partager avec vous une intervention de prévention dans une école, nous vous remercions de nous avoir transmis toutes vos connaissances dans ce domaine.*

*Veuillez recevoir l'expression de notre amitié la plus sincère.*

## *SOMMAIRE*

*INTRODUCTION* _____ *12*

*I l'approche centrée sur la personne* _____ *14*

**I.1 Historique : Du paternalisme à l'approche centrée sur la personne** _____ **14**

I.1.1 Origine de l'approche centrée sur la personne _____ 14
I.1.2 Evolution des modèles de santé _____ 15

**I.2 Modèle actuel de l'approche centrée sur la personne en médecine** _____ **18**

I.2.1 L'exploration _____ 20
I.2.2 Comprendre le patient en tant que personne à part entière _____ 20
I.2.3 Trouver un terrain d'entente _____ 20
I.2.4 Développer la prévention et promouvoir la santé _____ 21
I.2.5 Renforcer la relation praticien-patient _____ 21
I.2.6 Etre réaliste _____ 21

**I.3 Modèle actuel de l'approche centrée sur la personne en odontologie** _____ **21**

I.3.1 présentation clinique de l'approche centrée sur la personne _____ 27
I.3.1.1 l'exploration _____ 27
I.3.1.2 Examen clinique _____ 28
I.3.1.3 Discussion _____ 29
I.3.1.4 Prise de décision partagée _____ 30
I.3.1.5 L'Intervention _____ 31

**I.4 Les limites de l'approche centrée sur la personne** _____ **32**

**I.5 Les qualités requises pour une approche centrée sur la personne** _____ **33**

I.5.1 Faire preuve d'empathie _____ 33
I.5.2 Savoir écouter _____ 34
I.5.3 Se faire comprendre _____ 36
I.5.3.1 la communication non verbale _____ 36
I.5.3.1.1 Les signaux visuels _____ 36
I.5.3.1.2 L'environnement _____ 37
I.5.3.2 La communication verbale _____ 38

*II Vocabulaire et approche centrée sur la personne* _____ *39*

**II.1 Principes généraux de communication : le guide de Calgary-Cambridge** _____ **39**

II.1.1 Résumé et explication du guide _____ 48
II.1.1.1 débuter l'entrevue _____ 48
II.1.1.2 Recueillir l'information _____ 48
II.1.1.3 Structurer l'entrevue _____ 48
II.1.1.4 Construire la relation _____ 48
II.1.1.5 Expliquer et planifier _____ 48
II.1.1.6 Terminer l'entrevue _____ 49

II.1.1.7 Explication et planification _____ 49

**II.2 Le vocabulaire professionnel en odontologie : source potentielle de crainte, défaut de compréhension ?_____ 51**

II.2.1 L'utilisation de la métaphore pour remplacer le vocabulaire scientifique ____ 52
II.2.1.1 L'utilisation de la métaphore lors de la formation initiale _____ 53
II.2.1.2 L'utilisation de la métaphore pour communiquer avec nos patients _____ 54
II.2.1.3 Les précautions à prendre lors de l'utilisation de la métaphore _____ 55
II.2.2 Méthode de réalisation du lexique _____ 55
II.2.3 Présentation du lexique _____ 55
II.2.3.1 les mots ou expressions à proscrire _____ 56
II.2.3.2 Les mots ou expressions à éviter _____ 59
II.2.3.3 Les mots ou expressions à expliquer _____ 61
II.2.4 Le vocabulaire professionnel : Quel intérêt ? Pour qui ? Pour quoi ? _____ 63

***III Enquête auprès de patients : craintes et niveaux de compréhension du vocabulaire courant en odontologie _____ 64***

**III.1 Présentation de l'étude pilote _____ 64**

III.1.1 Matériel et méthode _____ 64
III.1.1.1 Présentation du questionnaire _____ 64
III.1.1.2 La population cible _____ 70
III.1.1.3 Nombre de sujets necessaires ? _____ 70
III.1.1.4 Objectif et intérêt de ce questionnaire _____ 70

**III.2 Résultats _____ 71**

**III.3 Interprétation des résultats _____ 74**

III.3.1 Les mots compris par + de 90% des patients _____ 74
III.3.2 Les mots compris par – de 30 % des patients _____ 76
III.3.3 Les mots compris entre 30 % et 90 % _____ 77

**III.4 Conclusion de l' étude_____ 78**

**III.5 Discussion _____ 80**

***CONCLUSION _____ 81***

***BIBLIOGRAPHIE _____ 83***

***ANNEXES _____ 86***

# INTRODUCTION

Durant la formation professionnelle, nous nous efforçons d'acquérir une technique gestuelle la plus performante qu'il soit. Nous apprenons également un vocabulaire particulier et spécifique qu'il nous faut savoir maitriser et utiliser, tout cela afin de nous permettre d'exercer notre profession de chirurgien-dentiste.

Cependant, nous oublions parfois que nous sommes des professionnels de santé dont le rôle premier est de soigner des personnes, et non des organes dénués de tout sentiment.

Face à une personne, une communication s'établie en premier lieu et ce n'est qu'après avoir eu ce contact que l'on décide éventuellement de réaliser un « acte thérapeutique ».

En complément de la pratique manuelle de notre profession, il faut donc apprendre à interagir avec notre semblable. C'est un volet de notre profession très faiblement abordé au cours de la formation.

La première manière de communiquer se fait grâce au vocabulaire. Or nous avons fait des années d'études pour connaitre tout un vocabulaire spécifique, et l'employer à bon escient dans notre pratique quotidienne. Deux grandes questions se posent alors:

- Comment le patient peut nous comprendre sans avoir eu notre formation?

- Le vocabulaire que nous employons influence-t-il notre comportement professionnel?

Finalement nous apprenons à communiquer au fil du temps, avec l'expérience de nos succès et de nos échecs au cours de nos relations. Les mots ne sont pas univoques, ils reflètent des images, appellent à des représentations: il faut donc essayer de bien les choisir en prenant du recul sur les mots utilisés afin de vérifier leur bonne compréhension par le patient.

De plus, face au patient il n'y a pas que la communication verbale qui entre en considération, il y a également la gestuelle, la posture ; etc. Tout cela intervient dans la relation avec l'être humain.

Pour une prise en charge globale de son patient et prendre en considération la personne, certaines qualités sont nécessaires et doivent être développées par chacun de nous pour soigner son patient : l'empathie, l'écoute attentive en font parties.

Le but de ce travail est de présenter dans une première partie un nouveau modèle se développant en odontologie: l'approche centrée sur la personne. Il va permettre de prendre en considération la personne en tant que telle et d'avoir une prise en charge globale de celle-ci. Nous verrons son origine, sa mise en place en médecine et son adaptation à l'odontologie.

Dans une seconde partie, nous verrons les principes généraux de la communication au travers du guide de Calgary-Cambridge, outils de communication reconnu. Puis nous présenterons un lexique comprenant des mots issus de la littérature et de l'observation de consultation. Ces mots ont été sélectionnés car utilisés quotidiennement par les praticiens, et pouvant donner lieu à réflexion par rapport à leur emploi dans une perspective d'approche centrée sur la personne.

Enfin une enquête auprès de patients a été réalisée pour évaluer la connaissance des mots utilisés par les praticiens chez les patients, et quelles impressions ces mots leur évoquent.

# I l'approche centrée sur la personne

## I.1 Historique : Du paternalisme à l'approche centrée sur la personne (1) (2)

### I.1.1 Origine de l'approche centrée sur la personne

La notion d'approche centrée sur la personne a été créée et développée dans le domaine de la psychothérapie par le psychologue américain Carl Rogers (1902-1987) dans les années 1940. Rogers se démarquait des principaux courants de la psychologie par son approche résolument humaniste, positive et bienveillante. Ce terme n'est pas apparu sous cette dénomination d'emblée, il y a eu différents noms pour exprimer cette méthode. Au départ il parlait de psychothérapie non-directive, puis de psychothérapie centrée sur le client, ou centré sur l'étudiant dans le cadre de l'université, puis, il affinera sa dénomination et utilisera finalement l'approche centrée sur la personne. Cette approche permet de donner une place à la personne en tant que telle et de ne pas la réduire à un patient ou un malade. Dans cette approche le thérapeute doit faire preuve de trois qualités particulières: il s'agit de l'empathie (faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent.)(3), du regard positif inconditionnel (le thérapeute éprouve une attitude positive et d'acceptation face à tout ce que la personne peut exprimer comme sentiment à ce moment-là), et de la congruence (c'est-à-dire que le thérapeute est lui-même, authentique, et sincère). Cette sincérité désigné sous le terme de « congruence » s'atteint lorsqu'il y a une concordance entre ce que je ressens, ce dont je prends conscience, et enfin ce que j'exprime à l'autre. Cette congruence s'acquiert avec le temps et l'expérience et si l'on s'efforce à utiliser un vocabulaire adéquat (4).

> « Cette approche est donc, dans son essence, une manière d'être qui s'exprime à travers des attitudes et des comportements créateurs d'un climat propice à l'épanouissement. Au fond, il s'agit davantage d'une philosophie que d'une simple technique, ou d'une simple méthode. » Carl Rogers (5)

Après avoir été adapté à la médecine il y a une trentaine d'année (6), cette approche centrée sur la personne connaît des développements très récents en odontologie avec notamment Apelian et al (7).

## I.1.2 Evolution des modèles de santé

L'approche clinique enseignée en odontologie jusqu'à présent est basée sur un modèle biomédical implicite et non reconnu, adopté par empirisme. Il n'existe pas de modèle ou de description du raisonnement clinique utilisé par les dentistes contemporains : peu de praticiens sont capables de répondre à la question : « à quel modèle de soin vous référez-vous dans votre pratique ? ». Les dentistes ne sont pas conscients qu'ils suivent pour la plupart un modèle biomédical et que ce modèle influe sur leur façon de raisonner. Cette approche provient d'un modèle basé sur le positivisme acquis implicitement depuis le XIXème siècle. Ce modèle positiviste revendique qu' « une réalité appréhendable est supposé exister, dirigé par des lois naturelles immuables, et des mécanismes »(8). Ce modèle désigne un ensemble de courants qui considère que seules l'analyse et la connaissance des faits vérifiés par l'expérience peuvent expliquer les phénomènes du monde. La certitude en est fournie exclusivement par l'expérience scientifique.

Parallèlement à l'ancrage de la médecine au positivisme, c'est à la fin du XIX et durant le XXème siècle que les dentistes ont acquis leur légitimité en tant que professionnel de santé. Ils se sont alors séparés de leur réputation de « charlatans » (ils pratiquaient notamment par le passé, de fausses extractions en place publique avec des complices pour montrer que cela ne faisait pas mal) en affirmant que « comme la profession médicale, eux aussi utilisent les découvertes de la science médicale dans leur travail. »(9). La dentisterie a alors naturellement suivi la médecine dans son ancrage positiviste. Ainsi, par exemple, la découverte de *Streptococcus mutans* comme facteur étiologique dans le processus carieux a permis d'adopter un modèle biomédical et de reconnaitre la dentisterie comme science médicale à part entière (7). Ce modèle biomédical s'accompagne facilement d'une approche paternaliste, ce qui a été longtemps efficace pour lutter contre des pathologies aigües prépondérantes dans le passé. Or de nos jours les pathologies sont chroniques et le patient a changé, tout comme la société. L'approche paternaliste atteint donc ses limites, la loi du 4 Mars 2002 atteste en France de cette évolution.

Tout au long du XXème siècle, la psychologie et les sciences sociales ont enrichi le paysage médical. Notamment, l'approche centrée de Rogers en psychologie a permis l'émergence d'un nouveau modèle médical contestant l'approche biomédicale exclusive.

Le modèle proposé par Georges L. Engel en 1977 (10), est un « modèle biopsychosocial » suggérant trois niveaux : biologique, psychologique et social qui doivent être explorés lors de la prise en charge d'un patient. Ce modèle a été critiqué par sa complexité mais il a permis le développement d'autres approches comme « la médecine centrée sur le patient » de Balint (11) ou les « approches systémiques familiales de soins au patient », de Doherty et Baird (7). En médecine, l'approche centrée sur la personne est développée depuis une trentaine d'années et actuellement elle est notamment développée par Stewart dans son livre *Patient-centered Medicine: Transforming the Clinical Method* (6).

A la fin du XXème siècle, de façon un peu indépendante de l'approche centrée sur le patient, s'est développé le concept d'Evidence-Based Medicine (EBM). Il correspond à « la médecine fondée sur des preuves » ou « médecine factuelle ». Les fondateurs, David Sackett, William Rosenberg, Luir Gray, Brian Haynes et Scott Richardson affirment que la médecine fondée sur les faits associe : l'expérience du clinicien, le patient, et les meilleures données cliniques externes (12). Par assimilation ce modèle a donné naissance à l'Evidence Based dentistry (EBD). Cette approche permet une amélioration de la pratique en formant les praticiens à avoir un regard critique face à une littérature scientifique toujours plus importante. Il permettrait également de prendre en considération les préférences du patient. Dans ce concept, le patient est reconnu, ce qui est une avancée vers une approche un peu plus « centrée sur la personne » (13).

Cependant , " comme les préférences des patients sont si peu reconnues, leur intégration dans EBD (Evidence based dentistry ) est problématique , et les tensions éthiques existe là où le paternalisme privilégie la science par rapport aux attentes particulières des patients (14)". En fait , comme l'a admis l'un de ses fondateurs, l'EBM n'a pas encore de cadre théorique bien déterminé pour la résolution efficace des problèmes (15).

De façon simpliste, on pourrait croire que l'EBM et l'approche centrée sur la personne sont deux notions opposées. La première reposerait sur les sciences dites dures et sur les preuves soutenues par des études bien structurées et des résultats reproductibles.

La deuxième reposerait sur les sciences dites molles, dont la psychologie, l'intuition, quelque chose qui n'est pas reproductible, non quantifiable réellement. De par leur définition, l'une s'opposerait à l'autre. En réalité, dans l'approche centrée sur la personne, le praticien prend appui sur les preuves qu'il a à sa disposition et se réfère donc à l'EBM ou l'EBD en dentisterie pour baser ses connaissances. Il s'éloigne en cela des courants « holistiques » qui connaissent des développements importants, notamment en odontologie (avec la pratique de l'acupuncture, l'hypnose, l'aromathérapie, etc).

A partir de cette base de connaissances, il va explorer le patient avec ses attentes, ses besoins, ses possibilités, sa particularité. Ce n'est qu'en faisant ce « mélange d'informations » qu'il aboutit à une réponse adapté pour son patient et centrée sur la personne. A l'extrême, la synthèse particulière qui découle de cette réflexion globale peut ainsi s'écarter des recommandations générales. A l'inverse, un patient dont les attentes ne seraient pas compatibles avec les données acquises de la science ou les convictions du praticien ne seraient pas forcément honorées par celui-ci.

On voit bien que l'EBM est indispensable à la recherche de solution et qu'elle en est un des piliers fondamentaux. Il serait donc réducteur et faux de dire que l'approche centrée sur la personne ne se base pas sur les données acquises de la science. Le modèle centrée sur la personne incorpore dans son schéma l'EBM (6).

Bien que la médecine s'est orientée vers une approche centrée sur la personne au fil du temps, la dentisterie, quant à elle, est davantage restée, culturellement, sur une approche essentiellement paternaliste et focalisée sur le biologique, jusqu'à aujourd'hui.

## I.2 Modèle actuel de l'approche centrée sur la personne en médecine

Cette approche centrée sur la personne a été introduite en médecine notamment par Stewart, qui est un professeur dans le département de médecine familiale et directrice du centre pour les études en médecine familiale à l'Université de Western Ontario, au Canada. Elle est épidémiologiste et a mené des recherches pendant les 25 dernières années sur la communication entre patient et praticien mais également sur les soins de santé. Elle a publié de nombreux articles dans des revues scientifiques reconnues (Social Science and Medicine, British Medical Journal, etc)(6) ainsi que des livres.

La recherche sur l'approche centrée sur le patient a fait beaucoup de progrès ces 20 dernières années. Dans son livre intitulé « patient-centred medicine : transforming the clinical method » (6) Stewart décrit cette approche centrée sur la personne en médecine. Dans son modèle, elle développe six éléments fondamentaux, constituant le socle de cette approche. Deux études ont permis d'améliorer la mise en place de cette approche. Premièrement, l'observation, avec l'accord des patients, de consultation médicale, a permis d'étudier la communication, de comparer les différentes consultations, d'analyser les réactions des patients et d'essayer d'établir un modèle correspondant à une approche centrée sur la personne en fonction des situations. Une deuxième expérience a été de discuter avec les patients après les consultations pour savoir s'ils ont bien tout compris, s'ils se sont sentis écoutés, s'ils ont pu dire tous ce qu'ils avaient à dire, leurs ressentis (16).

Il résulte de ces deux expériences que d'une part, le patient ne consulte pas en général pour un seul problème en particulier mais pour plusieurs motifs en relation les uns avec les autres. De plus, les patients attendent que l'on se focalise sur eux et que l'on s'intéresse à leur propre personne. En effet 25% des patients répondent positivement lorsqu'on leur demande s'ils veulent réaliser des examens radiologiques, des prises de sang, etc., mais plus de 75% d'entre eux aimeraient une prise en charge globale avec les différentes dimensions de l'approche centrée sur le patient (16).

Il a été démontré également, que cette approche a une influence positive sur les résultats de santé des patients avec par exemple une diminution des symptômes qui est renforcée. Ainsi il a été observé une diminution plus importante de la pression sanguine en comparaison avec une approche non centrée sur la personne.

Pour finir il est également ressorti de ces études que le coût du système de santé était diminué en utilisant ce modèle. En effet il y a moins recours à des examens complémentaires car on se focalise plus sur ce que veut réellement le patient et cela ne réside pas toujours en lui faisant une batterie de test ou la prescription de nombreux médicaments.

L'utilisation de ce modèle centrée sur la personne revêt donc un double intérêt. D'une part il va permettre un meilleur état de santé des patients (d'après les études citées précédemment) mais également un impact positif sur l'économie de santé avec une diminution des coûts de santé.

Des réticences sont apparues lorsque ce modèle a été proposé aux praticiens et aux étudiants pour sa mise en place. En effet, il est ressorti que cela prenait plus de temps, que le praticien se concentre en priorité sur les problèmes psycho-sociaux que sur la maladie, qu'elle exige de faire ce que le patient demande, et que l'on doit partager toutes les informations et décisions avec le patient.

Ce qui est primordial dans l'approche centrée sur la personne c'est que le praticien doit écouter le patient et faire des recherches appropriés et pertinentes en lien avec ce que le patient vient de dire. Autrement dit, c'est prendre en compte les attentes du patient pour donner des informations et partager des décisions en adéquation avec ses attentes.

« Cette approche ne devrait pas seulement restaurer l'idéal hippocratique de l'amitié entre le médecin et le patient, mais aussi de rendre possible une médecine qui peut voir la maladie comme l'expression d'une personne avec une nature morale, une âme et une histoire de vie unique : une médecine qui peut guérir en alliant les mots et les traitements » (6).

Nous allons décrire et commenter les six éléments fondateurs de cette approche développées par Stewart et al.

### I.2.1 L'exploration

Dans cette phase le praticien engage le dialogue et essaie de comprendre le patient. Il va donc demander le motif ou plutôt les motifs de consultations. D'une part il va analyser les symptômes de manière objective, c'est-à-dire la maladie en tant que telle d'un point de vue biologique. En anglais ce terme se traduit par *disease* qui signifie maladie. Puis il va s'intéresser à ce que ressent le patient. Comment vit-il cette maladie dans la vie quotidienne. Est-ce que cela entraine une limitation dans sa pratique sportive, est ce que cela l'empêche de rencontrer des personnes : on parle en anglais de *illness* qui signifie également maladie mais d'un point de vue du ressenti du patient. C'est-à-dire son expérience, subjective, face à cette maladie. En effet la partie symptomatique d'une maladie est quasiment toujours la même mais chaque individu réagit différemment face à elle. Il est donc important d'en tenir compte car le traitement peut en être modifié. Pour avoir une approche centrée sur la personne un réel équilibre doit avoir lieu entre ce qui est objectif et subjectif, entre la biologie et l'émotion, entre le corps et l'esprit (6).

### I.2.2 Comprendre le patient en tant que personne à part entière

On va essayer de connaitre la personne, son histoire, ses problèmes particuliers dans la vie, sa famille, son environnement, son travail et enfin sa culture. Cela se fera au fur et à mesure de la consultation et avec tact. Il ne s'agit pas d'un questionnaire intrusif : «  vous travaillez ou ? Vous êtes mariés ? Vous avez des enfants ? Etc.… ».

### I.2.3 Trouver un terrain d'entente

Une discussion va s'établir pour définir les priorités. Quel ou quels sont les problèmes que le patient rencontre et la façon dont on va les gérer ensemble (patient et praticien). On va donc définir le rôle que chacun va jouer ainsi que les buts  à atteindre. C'est une alliance thérapeutique. Le patient est actif de son traitement et participe à l'amélioration de son état de santé. Les objectifs seront différents en fonction de chaque patient et seront adaptés à ses possibilités.

### I.2.4 Développer la prévention et promouvoir la santé

Le praticien veillera à expliquer les risques, comment les éviter ou les réduire au maximum, diminuer les complications et promouvoir la santé en donnant différents types de conseil.

### I.2.5 Renforcer la relation praticien-patient

Le praticien veillera à créer un équilibre des pouvoirs, à faire preuve d'empathie et de compassion envers son patient. Il établira une relation de confiance indispensable à l'amélioration de la santé du patient.

### I.2.6 Etre réaliste

Le praticien doit prendre en considération le temps, le calendrier pour la réalisation de certains traitements. Il doit également s'adapter aux ressources disponibles du patient. Certains objectifs ne pourront pas être atteints avec certains patients, il faut donc en avoir conscience et le prendre en compte.

## I.3 Modèle actuel de l'approche centrée sur la personne en odontologie (7) (1)

De nos jours les pathologies chroniques sont de plus en plus nombreuses du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et doivent être prise en compte, ce qui fait du modèle biomédical un modèle moins adapté à la société actuelle que par le passé (7). En effet, de nos jours de nombreux patients veulent prendre part de façon active aux décisions concernant leur état de santé. Les patients arrivent aux cabinets avec un certains nombres de connaissances (antécédents, expériences familiales, internet…) plus ou moins correcte. Il faut donc discuter avec eux et leur permettre d'être informés de manière adaptée. Cependant de nombreux patients, plus âgés en règle générale, utilisent le modèle traditionnel basé sur « le tout puissant médecin » qui a « le savoir » et se livre à sa décision sans aucune implication. On peut entendre souvent : « c'est vous le docteur je vous fais confiance. » ou « que feriez-vous pour vous ? » alors que ce que nous ferions pour nous ne correspond pas forcément aux attentes du patient.

Dans l'article *« humanizing clinical dentistry through a person-centred model »* (7), les auteurs nous font part de quatre conséquences négatives liées à ce modèle biomédical et nous expliquent en quoi il n'est plus adapté actuellement.

- Premièrement, d'après les auteurs, les patients ne sont pas satisfaits. En effet, il y a un écart important entre ce que le patient attend du praticien et ce que le praticien pense que le patient attend. En réalité le praticien n'écoute pas réellement le patient. Une étude a démontré qu'en moyenne un chirurgien-dentiste coupe la parole du patient au bout de 17 secondes et qu'un médecin généraliste au bout de 12 secondes (17) ; Il apparait également qu'environ 40% des patients (sur une étude de 3500 canadiens) pensent que les dentistes recommandent des traitements inutiles (18). Le patient est également souvent exclu de la prise de décision thérapeutique. Tous ces éléments expliquent l'insatisfaction des patients et montre l'échec d'une approche paternaliste. De plus, les patients ne respectent pas les prescriptions thérapeutiques des praticiens du fait de leurs mécontentements.

- Deuxièmement, l'insatisfaction du dentiste, qui se démontre par le taux de suicide élevé dans cette profession, peut être en partie une conséquence d'un modèle non adapté. Le fait que le patient n'adhère pas au plan de traitement et que l'on remarque une non-observance de la part du patient entraine une frustration chez le praticien.

- Troisièmement, la formation initiale est orientée suivant ce modèle paternaliste pour plusieurs raisons :

- D'une part il y a de plus en plus de spécialisation (endodontiste, parodontiste, implantologiste, etc) ce qui peut nuire à une prise en charge globale du patient surtout du fait de la multiplication de ces spécialisations. Pour une meilleure efficacité clinique il est important qu'il y ait des spécialistes, mais les auteurs s'interrogent sur les dangers de l'hyper-spécialisation comme norme de soin.

- Lors de la formation initiale, une étude montre que l'intimidation par les professeurs au sein de la formation des futurs praticiens est présente et engendre un stress. Cette attitude peut contribuer à la mise en place d'attitudes similaires perpétuant des relations d'autorités vis-à-vis des patients dans leur futur exercice, et favoriser l'adoption d'une approche paternaliste.

- De plus la quantité d'enseignement de type scientifique représente la majorité de l'enseignement au détriment des sciences humaines. En effet, très peu d'enseignements concernant la psychologie ou comment aborder la communication avec les patients sont donnés lors de l'apprentissage.

- Quatrièmement, le modèle biomédical entraine un impact négatif au niveau social. En effet, en 2006, Goldenberg a écrit que «dans l'époque actuelle où le pouvoir institutionnel de la médecine est suspect, un modèle qui représente la biomédecine comme politiquement désintéressée ou simplement scientifique devrait donner à réfléchir » (19). En dentisterie particulièrement, il est maintenant admis que les programmes de santé publique sont efficaces et peuvent prévenir les caries et les maladies parodontales. Cependant, ce qui freine cette prévention n'est pas un manque de connaissance, mais plutôt «un climat politique et scientifique qui favorise l'individualisme et considère les facteurs socio-économiques « pas facilement modifiable » et « trop politique » pour la mettre en place »(7). En quelque sorte, il est devenu courant de s'attaquer aux problèmes de santé publique en justifiant de nouvelles recherches scientifiques (pour mieux identifier les germes causaux, les prédispositions génétiques, etc), plutôt que de modifier les politiques de santé en fonction des connaissances épidémiologiques sur les facteurs de risque psycho-sociaux.

De plus un autre risque présenté par les auteurs est qu'avec un modèle biomédical, les assurances privées ou publiques, s'appuient uniquement sur « les preuves scientifiques » afin de standardiser les soins pour mieux en contrôler les coûts et les risques.

Enfin, ce modèle biomédical crée et maintien des inégalités en matière de santé bucco-dentaire. En effet, d'après les auteurs, le « meilleur » des soins, c'est-à-dire souvent le plus cher, tend à être privilégié par la culture professionnelle. Par conséquent, les dentistes auraient tendance à n'envisager que sous le prisme du « compromis honteux » les alternatives thérapeutiques non optimales (par exemple la prothèse amovible de 1 dent au lieu de l'implant au niveau du secteur antérieur). Ceci peut conduire certains praticiens à refuser, ou à ne pas pouvoir se permettre de, réaliser certains actes simples, creusant ainsi les inégalités sociales.

Ainsi le modèle biomédical contribue à différents problèmes (l'insatisfaction du patient, du praticien, les lacunes dans la formation initiale ainsi que l'impact social). C'est pour cela que l'idée de mettre en place un nouveau modèle philosophique pour remplacer le paradigme existant en dentisterie a vu le jour, d'autant plus que la plupart des professions de santé ont déjà évolué vers un modèle centré sur la personne.

Les soins centrés sur le patient porte une attention médicale sur les besoins et préoccupations de chaque patient, plutôt que sur le médecin. Les patients souhaitent que leurs préférences soient entendues et prise en compte lors de la consultation et ils désirent de plus en plus participer à la prise de décision. Cette approche est basée sur l'humanisme comme principe directeur, qui est défini comme «tout système ou mode de pensée ou d'action dans lequel les intérêts humains, les valeurs et la dignité prédominent» (20).

Actuellement, le modèle centrée sur la personne en odontologie a été développé à partir d'approche centrée sur le patient existant préalablement dans d'autres domaines que dans le milieu dentaire, puis il a été adapté à la chirurgie dentaire. Notamment, une étude de type recherche-action a été réalisée durant deux mois au Canada dans un cabinet privé. Entre chaque consultation des discussions ont permis d'améliorer cette approche et ce n'est qu'après une multitude de consultations (39 cycles d'observation, évaluation et amélioration) qu'une conceptualisation a pu avoir lieu et qu'un modèle d'approche centrée sur la personne en odontologie clinique a pu voir le jour (21).

Ce modèle peut se définir comme étant un triptyque dont la congruence amène à la formation de cette approche : la compréhension, la prise de décision partagée et enfin l'intervention.

Le premier volet est la compréhension ou *understanding* en anglais : cela correspond à la connaissance de la personne elle-même, dans son environnement, c'est l'exploration des dimensions humaines et sociales. Il y a également dans ce volet l'exploration de la maladie, en tant que telle d'un point de vue biologique (en anglais disease) et sur le vécu de la maladie par la personne (illness en anglais). En français il n'y a pas de vocabulaire distinct pour désigner la maladie d'un point de vue biologique et le ressenti de la personne face à cette maladie.

Or chaque individu étant unique, il ressent la maladie différemment, il est donc nécessaire d'en faire la différence. Ce volet abouti à un co-diagnostic : le(s) diagnostic(s) est (sont partagé(s) entre le dentiste et le patient.

Le deuxième volet est la prise de décision (decision-making) : elle sera basée sur les attentes et les valeurs du patient et du praticien, ainsi que sur la prise en compte du bénéfice-risque pour le patient.

Enfin le troisième volet de ce modèle est l'intervention tout en prenant en considérations les attentes, et les peurs du patient. Ce volet d'intervention est particulièrement fondamental en chirurgie dentaire, où les consultations sont globalement assorties d'interventions dans la bouche du patient, à des fréquences parfois élevées (allant jusqu'à plusieurs dizaines d'intervention par an pour certains patients).

La mise en commun de ces trois volets va permettre une rencontre humaine et équilibrée entre le patient et le praticien.

Ce modèle peut être représenté comme suit (7) :

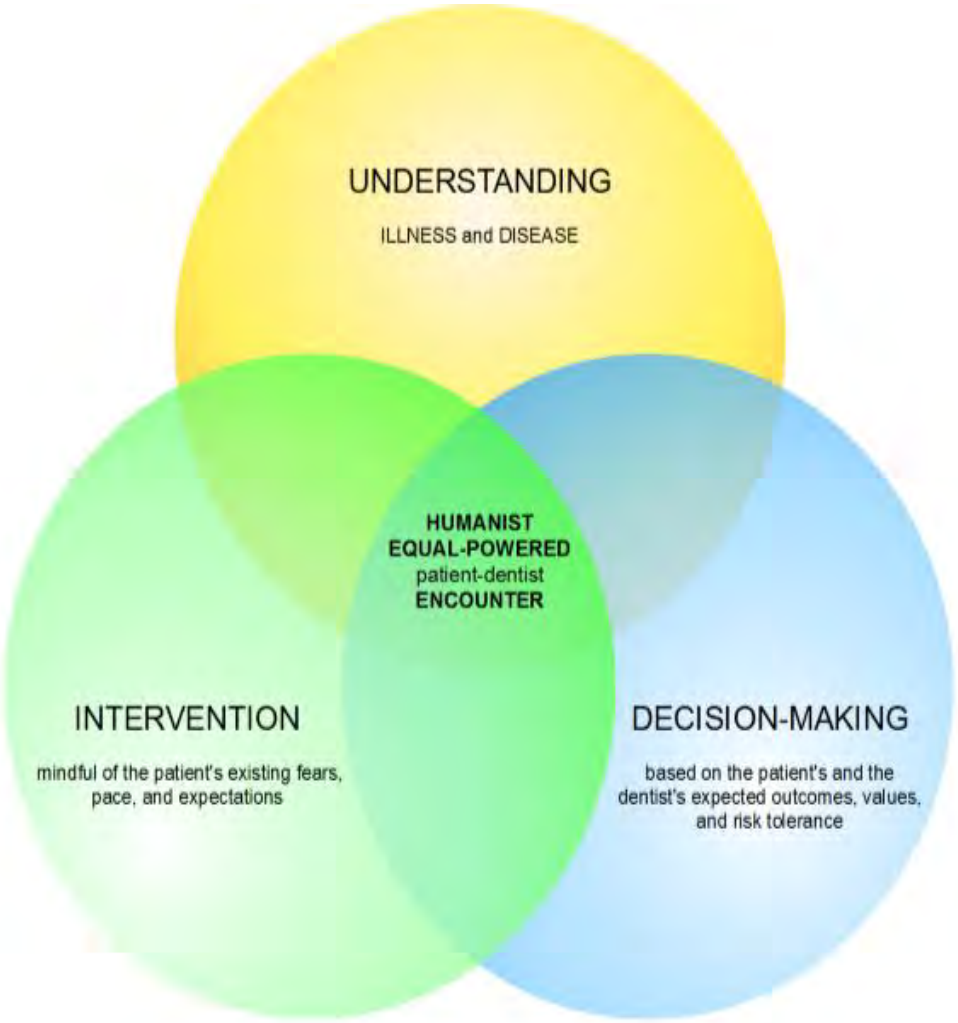



**Fig. 1** Heuristic representation of the Person-Centred dental clinical model

Fig.1 **Représentation heuristique du modèle clinique centré sur la personne en odontologie**

## I.3.1 présentation clinique de l'approche centrée sur la personne (17)

L'approche centrée sur la personne peut se décrire en cinq étapes qui correspondent aux différents temps lors du déroulement d'une consultation. Les principes fondamentaux sont l'empathie, l'écoute, et une prise en charge globale du patient qui seront développées ultérieurement. Ce modèle va permettre une relation de type interprétative et permettre au praticien de jouer un rôle de conseiller. Il va permettre également d'aider le patient à exprimer et clarifier ses attentes (21).

### I.3.1.1 l'exploration (22) (23)

« Ecoutez le malade, il vous donne le diagnostic » René LAENNEC (médecin qui inventa notamment le stéthoscope) (23).

L'exploration va permettre de connaitre le patient et ses attentes, notamment par une écoute attentive de notre interlocuteur. Dans un premier temps nous allons donc demander le motif de consultation au patient et il est important de le garder en mémoire et d'y répondre. Il est très fréquent que le patient n'ait pas un seul motif de consultation mais plusieurs. Parfois il le cache derrière un « faux » motif, il faut donc, une fois que le patient s'est exprimé lui demander s'il a une autre demande ou autre chose à ajouter. Il sera préférable de réaliser l'entretien avec le patient autour d'un bureau, face à face, et pas forcément le patient allongé sur le fauteuil en position « d'infériorité ». En effet, la relation patient-praticien est déjà déséquilibrée puisque le patient, en attente de notre action, est souvent en souffrance. Pour ne pas accentuer ce déséquilibre il est donc préférable d'avoir une communication à hauteur égale. Cela permet également au praticien d'avoir un contact visuel direct avec le patient pour lui montrer toute notre attention et observer les feeds back (c'est-à-dire les retours sur ce que l'on vient de dire), ce qui nous permettra de savoir si le patient a bien compris nos explications. Par exemple un patient qui froncera les sourcils va sous-entendre qu'il n'a pas compris et nous allons donc reformuler et expliquer différemment nos propos. Ceci correspond à une écoute passive mais attentive du patient, qui est un des principes directeur de cette approche. On peut marquer également notre attention de manière verbale « oui… », ou acquiescer de la tête par exemple. De plus, le patient se sentira véritablement plus écouté que si le praticien est focalisé sur son ordinateur en train d'écrire ou de préparer des instruments.

Une conversation (et non un interrogatoire) franche et naturelle s'établit et l'on n'interrompt pas le patient trop rapidement avec des questions.

En général deux à trois minutes suffisent pour avoir toutes les informations nécessaires. Un questionnaire médical pré-établi n'est pas à ce stade recommandé. Ce n'est qu'un temps de prise de connaissance avec la personne en face de nous. Concrètement, lors de cette conversation ouverte, des compétences particulières sont requises de la part du praticien comme la validation émotionnelle du récit du patient, c'est-à-dire que quel que soit le contenu de ce que peut dire le patient, on acquiesce, on peut demander pourquoi mais on ne contredit pas à ce stade de la relation. L'empathie, l'écoute attentive passive et active, une attitude positive et non moralisatrice sont préférables.

Lors de cet entretien, nous pouvons aborder deux aspects. Le premier est l'impact de la maladie sur la vie sociale du patient (c'est-à-dire comment il l'a ressent) et la maladie en tant que telle, d'un point de vue biologique (les symptômes).

### I.3.1.2 Examen clinique

Suite à l'exploration de la personne, on peut réaliser l'anamnèse médicale et clinique avec des questions précises pour obtenir un diagnostic. Des tests para cliniques peuvent être réalisés (test de vitalité pulpaire par exemple) ainsi que des examens complémentaires (radiographie par exemple).

A cette étape il est intéressant d'éviter d'anticiper sur toute notion de traitement. Cela ne semble pas aisé mais pour avoir le temps de tout prendre en considération, il est important de patienter. Si le patient se montre par exemple impatient de ce que l'on peut faire on peut lui dire que l'on est en train justement de prendre connaissance de tous les éléments pour pouvoir trouver les solutions adaptées à sa situation. Cela permet pour nous de bien réfléchir et montre également au patient que l'on prend réellement en considération sa particularité qui lui est propre.

Le(s) diagnostic(s) est (sont) essentiels à toute démarche de soins. Ils se déclinent en diagnostics positifs, étiologiques et différentiels.

### I.3.1.3 Discussion

La troisième phase de ce modèle est la discussion. C'est une étape explicative sur les diagnostics posés, sur leurs incertitudes potentielles. Il faut s'ouvrir au patient, raccorder les diagnostics avec l'histoire personnelle du patient (par exemple la consommation importante et régulière de citron lié à une érosion de l'émail), rassurer le patient et faire preuve d'empathie. « Je comprends… ». Le praticien doit éviter de porter un jugement et utiliser un vocabulaire adapté, objectif.

Cette phase est importante et il est difficile, en pratique, d'éviter d'y intégrer des considérations thérapeutiques. Pourtant, cet exercice est hautement bénéfique pour la qualité de la communication qui s'ensuit, et pour l'instauration d'un climat de confiance entre patient et praticien. Il est important de montrer à ce stade notre totale objectivité sur la situation.

### I.3.1.4 Prise de décision partagée

De nos jours, le patient n'est plus une personne inactive attendant que le praticien détenant « la toute puissance et le savoir » le soigne. Le patient est devenu pro-actif et participe avec le praticien à la mise en place d'un plan de traitement. Ceci correspond à l'alliance thérapeutique.

Les différentes options thérapeutiques doivent être expliquées de manière méthodique et précise.

Dans l'approche centrée sur la personne, le praticien se révèle être un conseiller, s'appuyant sur les données actuelles de la science tout en considérant la singularité de chaque individu. En effet, le praticien peut dire : « par rapport à tous ce que vous m'avez dit, par rapport à votre contexte personnel et aux données de la science, la solution qui me paraît la plus adaptée et la meilleure pour vous serait celle-là ». Les éléments du contexte influencent les plans de traitement. Ceci doit être dit et discuté avec le patient (par exemple concernant l'aspect financier).

Dans l'approche centrée sur la personne, on parle de meilleure solution pour le patient et non plus de « compromis ».

Il a été montré que la qualité de satisfaction que ressent le patient est l'un des principaux facteurs qui conditionnent une observance durable et efficace (14). Pour que le patient soit satisfait nous devons donc répondre à ses attentes et pour cela nous devons le comprendre, le connaitre.

### I.3.1.5 L'Intervention (21)

Comme nous l'avons vu dans la prise de décision partagée le traitement va nécessiter une action de la part du praticien ET du patient. En effet le patient doit souvent prendre part au traitement et en devenir acteur. Il devra dans certains cas essayer de modifier ses habitudes alimentaires ou de brossages mais il faut savoir dans quelle mesure il peut le faire. Il faut essayer d'évaluer les informations qui lui manquent, et de quel type d'accompagnement il a besoin.

En effet, prenons l'exemple d'une patiente phobique, qui avait peur qu'on lui touche les dents de peur qu'elles tombent et qui ne se les brossaient donc pas. Un accompagnement progressif doit être mis en place. Le seul message « brossez-vous les dents matin, midi et soir pendant 3 minutes et n'oubliez pas de passer les brossettes interdentaires » risque de ne pas être très efficace. En revanche, le respect de sa phobie (non-jugement) dans un premier temps, et l'accompagnement progressif dans un second temps semble plus adapté. On doit se fixer des objectifs réalisables pour le patient.

Lors des soins, le patient est bouche ouverte et de ce fait la communication verbale est difficile, cependant il est à l'écoute de notre attitude, de notre gestuelle et de ce que nous disons. Nous devons donc être très vigilant quant à notre attitude lorsque certaines situations se présentent comme des avulsions complexes (froncement de sourcils, soupirs) ou des fractures d'instruments, et éviter au maximum l'utilisation d'un vocabulaire négatif (« racine pourrie », « dent morte », « ah j'ai cassé un instrument »…) qui pourraient engendrer chez le patient un stress important sans pour autant qu'il puisse nous le dire réellement.

Pour une prise en charge globale du patient, le praticien doit savoir adresser son patient à d'autres professionnels de santé s'il le juge nécessaire (psychologue, paramédicaux…) mais également à d'autres praticiens plus expérimenté dans certains domaines (parodontologie, implantologie…). La réalisation d'un réseau professionnel de façon active permettra une prise en charge globale du patient, et augmentera la confiance du patient en nous (21).

## I.4 Les limites de l'approche centrée sur la personne

Comme tout modèle, des limites peuvent apparaitre et des échecs peuvent arriver. En effet, ce modèle est en règle générale efficace mais en fonction des patients il peut ne pas être en adéquation avec leurs attentes. Pour certains patients, la consultation chez le dentiste ne peut donner lieu à « tergiversation ». Certains patients ont besoin d'une approche paternaliste, et il est parfois difficile de cerner cela rapidement. Il est tout à fait possible d'adopter une attitude paternaliste dans le cadre d'un modèle centré sur la personne, mais la conversation initiale permettant de déceler cette préférence peut être une limite. Voici un exemple réel de limite de cette approche en consultation :

Un patient dont une dent doit être extraite, refuse qu'on la lui enlève. Pour essayer de réaliser l'exploration et de connaitre le patient, on lui demande quelle est la raison pour laquelle il ne veut pas qu'on lui enlève. La patient s'énerve et dit « Vous êtes dentistes et vous me demandez ça ?! Je comprends vraiment pas ». Le praticien lui explique alors qu'il peut y avoir différentes raisons (peur de l'anesthésie, comment on va remplacer la dent, peur du coût, peur de la prothèse ou le fait qu'il tienne à sa dent tout simplement). Le patient se renferma et la consultation se termina sans que le patient ne veuille en dire plus.

Cet exemple montre que même si cette approche positionne le patient au cœur de la consultation, il arrive parfois qu'il ne comprenne pas le sens des questions et puisse rapidement se renfermer sur lui-même. Ce type de situation est toutefois très rare.

Enfin, certains patients ne semblent pas vouloir confier au praticien leurs habitudes de vie ou leur état de santé. Par exemple : « De quel droit me posez-vous des questions sur ma santé ? », la patiente se lève et quitte le cabinet. Cependant la prise en compte de l'état de santé général du patient est indispensable à la prise en charge du patient, et ces limites ne sont pas exclusives à l'approche centrée sur la personne et relèvent de la personnalité de chaque individu.

## I.5 Les qualités requises pour une approche centrée sur la personne

### I.5.1 Faire preuve d'empathie (24) (25)

Comme définit précédemment l'empathie est la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. Elle apparait être différente de la sympathie ou de la compassion. A la différence de la sympathie, dont le but est d'établir des liens affectifs avec autrui, l'empathie est un jeu de l'imagination qui permet de comprendre l'autre. Wispé affirme que « l'objet de l'empathie est la compréhension, la sympathie est le bien-être de l'autre. » (26)

Pour faire preuve d'empathie trois facteurs sont indispensables dans la relation avec le patient. D'une part il faut faire preuve de patience qui s'acquière avec l'expérience et la maitrise de ses émotions. Le praticien doit également faire preuve de curiosité, c'est-à-dire d'une ouverture envers le patient pour connaitre l'environnement culturel, familial et social dans lequel vit le patient afin de répondre de façon adapté aux besoins du patient. Cependant cela doit être fait avec tact pour ne pas s'avérer être indiscret ou intrusif dans la vie du patient. Il faut également trouver la bonne distance et un certain équilibre pour ne pas être trop proche du patient (et souffrir avec lui), ou trop distant (et manquer d'humanisme). Un excès dans un sens ou dans l'autre peut entrainer des souffrances chez le praticien et arriver au « burn-out » (syndrome d'épuisement personnel) (25).

Enfin l'écoute est primordiale pour faire preuve d'empathie, elle s'éduque, s'apprend, se travaille et est l'un des piliers de l'approche centrée sur la personne.

## I.5.2 Savoir écouter (24) (21) (27) (28) (25)

Ecouter autrui semble aisée et naturel. En réalité, ce n'est pas si simple. En effet, la véritable écoute passe par une compréhension de l'autre et non une interprétation ou une évaluation ou comparaison avec nos connaissances. Or c'est ce que nous faisons inconsciemment lors de discussion. Nous analysons ce que la personne nous dit, nous interprétons, mais nous essayons rarement de comprendre réellement.

Une personne qui se sent véritablement écouté va se livrer davantage et va ressentir l'intérêt qu'on lui porte. Cela va générer de la confiance, indispensable à une relation praticien-soignant. Alors comment bien écouter?

Tout d'abord l'écoute passive, où l'on écoute la personne de façon attentive en la regardant en face, en validant tous ce qu'elle nous dit sans contredire, ni critiquer ou même l'interrompre. Le praticien, pour montrer son attention peut réaliser des hochements de têtes, ou utiliser des mots qui valident (d'accord, oui…). Le patient va ressentir que le praticien est attentif à lui, cela va permettre l'établissement d'une confiance et va laisser exprimer ses craintes, ses motifs de consultations voir ses problèmes personnels.

Une étude de Dedianne et al. met en évidence que les patients apprécient que les professionnels de santé ne les interrompent pas dans leurs explications (29).

L'écoute active, elle, vient en complément et en alternance de l'écoute passive. Elle permet de « mettre le patient » au centre de l'entretien (23), qu'il se connaisse mieux lui-même pour pouvoir trouver des solutions adéquates.

Dans cette écoute active la maitrise de quatre notions est importante : le silence, le questionnement, la synthèse et la reformulation.

Le silence va permettre au praticien de se concentrer, de réfléchir, de contrôler ses émotions. Il permet également de montrer au patient une certaine rigueur. Par exemple dans l'examen d'une radiographie panoramique prendre un certain temps de réflexion et ne pas regarder la radiographie en continuant de parler. Dans notre exercice, le silence doit être alterné avec la parole et ne pas durer trop longtemps (23).

Le questionnement va permettre de préciser certains points, d'en approfondir d'autres, de faire exprimer des éléments latents. Les questions doivent donc être de type ouverte par exemple « qu'en pensez-vous ? », « en quoi cela vous affecte ? », « voulez-vous m'en dire un peu plus ? »

La reformulation c'est redire ce qui a été dit par le patient avec d'autres mots, d'une part pour montrer que l'on a bien écouté ce qu'il nous a dit, mais aussi pour éliminer tout quiproquo. Le patient se sentira d'autant plus écouté et sa confiance en nous n'en sera que renforcée.

La synthèse, elle, vient faire le bilan de ce qui a été dit, objectivant que les deux protagonistes se soient bien compris. Elle vient clôturer la phase d'écoute pour passer à la suite de la consultation. « Si je vous ai bien compris vous voulez un appareil fixe….. »

### I.5.3 Se faire comprendre

Pour se faire comprendre deux types de communication sont possibles. La communication non verbale et verbale.

### I.5.3.1 la communication non verbale

La communication non verbale se définie comme l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés sonores (23). Son importance est toute aussi grande que la communication verbale car elle peut donner des informations précieuses que le patient ne peut ou ne veut pas formuler verbalement. Cette communication non verbale regroupe un nombre important d'éléments.

#### I.5.3.1.1 Les signaux visuels

Différents signaux vont transmettre des messages plus ou moins positif au patient ou au praticien.

Par exemple le patient accordera souvent de l'importance à la tenue vestimentaire du praticien et l'associera à l'hygiène du cabinet et à la compétence du praticien.

Une poignée de main de la part du patient qui est moite et molle, donne des informations sur l'état d'esprit du patient qui peut être anxieux et nerveux, pour notre part une poignée ferme mais non écrasante va montrer notre assurance.

Les gestes du patient peuvent nous donner des informations. S'ils sont lents on aura une personne plutôt calme, s'ils sont rapides avec un rythme important la personne sera plutôt dynamique avec un caractère démonstratif à prendre en compte. Nos gestes perçus par le patient vont également lui donner des informations, ils doivent être amples, plutôt lent. Nous devons faire attention lorsqu'une situation est stressante car la gestuelle augmente, il est donc important pour nous de les diminuer au maximum pour ne pas engendrer du stress chez le patient. En revanche, c'est un bon moyen pour nous de savoir si le patient est stressé.

Les expressions du visage vont elles aussi nous fournir des informations importantes. Le sourire et le regard sont des éléments majeurs dans la communication. Le sourire rassure et positive la situation. Quant au regard il va faire passer des émotions.

### I.5.3.1.2 L'environnement

Notre communication avec le patient débute avant même de l'avoir vu. En effet, lorsque le patient entre dans le cabinet les éléments qui sont présents (salle d'attente, chaises, décorations…) vont d'une certaines manières nous « présenter » au patient. Un endroit rassurant, chaleureux, va renvoyer des ondes positives au patient et orienter ses a priori sur le praticien qu'il va rencontrer. Une salle d'attente austère, avec des chaises non confortables, du bruit, ne va pas rassurer le patient. Nous devons donc tout mettre en œuvre pour que l'accueil du patient soit agréable et qu'un sentiment positif, de bien-être s'empare de lui. Il en va de notre début de relation avec le patient, autant la débuter avec des avis positifs. En effet, combien de patient nous dise « je n'aime pas venir chez vous !! » Si l'accueil y est déjà agréable cela diminuera peut être en partie leur angoisse.

Efforçons- nous donc à diminuer les odeurs, les stress auditif, mettons à disposition un certain confort (lecture, source d'eau…), une décoration relaxante (aquarium, plante, cadre…).

### I.5.3.2 La communication verbale

Les mots transportent des messages et entrainent des sentiments et des émotions, nous allons à présent développer cet aspect-là de la communication. Du fait de l'utilisation au quotidien de mots techniques tout au long de notre formation, ces mots n'entrainent chez nous plus aucune gêne, peur ou de réactions affectives (30).

Tout mot possède deux aspects :

Une partie stable, la signification, définie par le dictionnaire et permettant de le comprendre.

Une partie variable, la connotation, moins bien définie et beaucoup plus complexe. Selon GUILLARD « la connotation est tout ce qui, dans l'emploi d'un mot, n'appartient pas à l'expérience de tous les utilisateurs de ce mot » (23).

Il a été montré que sur 100 mots pour décrire un individu, 50 sont de l'ordre du jugement, subjectivement émotif et les 50 autres de l'ordre de la description objective (23).

Dans notre consultation nous devons utiliser un vocabulaire compréhensif, simple pour communiquer. Mais comment savoir si les mots utilisés sont compris par le patient ? Sont-ils réellement objectifs et dépourvus de connotations ? Comment être sûr que les mots utilisés ne blessent pas la personne en face de nous en la renvoyant à son passé ou son présent plus ou moins difficile.

Tout au long de nos études nous sommes habitués à utiliser un certain vocabulaire technique avec nos professeurs. Face au patient comment les expliquer ou trouver des mots qui remplacent les termes médicaux. En effet nous n'avons aucune formation à ce niveau-là, pour mieux communiquer avec le patient.

Dans notre deuxième partie nous allons décrire un guide de communication qui permet d'acquérir des bases afin de bien communiquer avec nos patients. Ensuite, nous essaierons à partir d'un lexique de mots et expressions d'identifier certains mots qui ne se prêtent pas à une communication avec le patient dans le cadre d'une approche centrée sur la personne. Nous tenterons alors de trouver des solutions pour remplacer certains mots ou expressions trop connoté(e)s.

# II Vocabulaire et approche centrée sur la personne

## II.1 Principes généraux de communication : le guide de Calgary-Cambridge

L'approche centrée sur la personne est un modèle qui repose sur une relation de confiance mutuelle entre le patient et le praticien, ce qui implique une communication efficace.

En France, nous apprenons, lors du cursus hospitalo-universitaire, toute la partie scientifique (la constitution, la fonction d'une dent, les différentes pathologies de la cavité buccale, etc) et technique (comment avulser une dent, réaliser des soins, etc) de notre profession. Ceci est indispensable à l'exercice de notre métier. Cependant, nous avons peu d'enseignement sur la manière de communiquer avec nos patients.

Alors comment bien communiquer ?

Des chercheurs anglo-saxons Silverman et Kurtz ont réalisés un guide pratique de communication : le guide de « Calgary-Cambridge » (31). Ce guide met en évidence des compétences en communication qui sont reprises dans d'autres guides reconnus tels que (25) :

- Pendleton et al. (1984 et 2003) (32),

- Neighbour (1987) (33),

- le modèle AAPP « des trois fonctions » (Cohen-cole 1991) (34)

- l'institut Bayer pour la communication en soins de santé modèle E4 (Keller et Carroll 1994) (35),

- le cadre SEGUE pour l'enseignement et l'évaluation des techniques de communication (Makoul 2001) (36),

- le Maas Global de Maastricht (van Thiel et van Dalen 1995) (37),

- Les points essentiels de la communication dans les entretiens médicaux : Kalamazoo Consensus statement (2001) (38),

- le Modèle de l'initiative Macy en communication de santé (Kalet et al.,2004)(39),

- Médecine centrée sur le patient (Stewart et al., 2003)(6).

Le guide de Calgary-Cambridge est utilisé depuis de nombreuses années comme référence dans le programme de formation initiale de médecine de l'université de Calgary au Canada et de Cambridge (31). Il est également utilisé dans de nombreux pays comme l'Italie, l'Espagne, la Grande-Bretagne, les Etats-Unis, l'Australie. En Amérique du Nord, il est un des guides les plus utilisé pour l'enseignement en médecine (40). L'original de ce guide est écrit en anglais, il a été traduit dans de nombreuses langues dont l'espagnol, le norvégien et le français (31).

Ce guide adopte une approche basée sur les compétences en communication. Cette approche défini la communication comme une série de compétence qui peut être apprise et définie et qui ne dépend pas que de la personnalité. Cependant connaitre la compétence ne suffit pas pour pouvoir l'appliquer. Des entrainements sont nécessaires (observation, utilisation répétée de ces compétences) afin de pouvoir les maitriser. Il est important de connaitre les différentes compétences requises pour une bonne communication mais également de savoir comment les utiliser dans la pratique clinique (25).

L'ensemble des éléments de ce guide va permettre d'acquérir les compétences adéquates, et de savoir comment les utiliser pour une bonne communication. Le praticien devra ensuite l'appliquer de manière automatique afin de pouvoir se l'approprier et maitriser ces compétences.

Cependant il est important de noter que ce n'est qu'un « guide » et qu'en aucun cas chaque situation permettra une mise en œuvre rigide et scolaire de ce dernier. En effet, chaque situation est particulière et chaque individu est singulier. Ce guide sera donc à adapter et à moduler en fonction des situations et notamment pour les patients à besoins spécifiques comme le handicap, l'enfance, la vieillesse, le patient illettré, etc.

Ce guide s'avère être un réel fil conducteur pour la communication entre le praticien et son patient.

Guide de Calgary-Cambridge (41) :

## Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale – les processus de communication [#]

© Ce document est couvert par les lois et règles touchant les droits des auteurs.
Sur toute reproduction, mentionnez les auteurs en les citant tel qu'ils le sont à la fin du présent guide

### I - DEBUTER L'ENTREVUE

#### A - Préparer l'entrevue

#### B - Établir le premier contact (l'accueil)

1. **Le médecin salue** le patient et obtient son nom
2. **Se présente** et précise son rôle, la nature de l'entrevue; obtient le consentement du patient, si nécessaire
3. **Montre du respect** et de l'intérêt; voit au confort physique du patient (du début à la fin de l'entrevue)

#### C - Identifier la (les) raison(s) de consultation

1. **Identifie,** par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (« *Quels problèmes vous amènent aujourd'hui?* » ou « *Qu'est-ce que vous souhaiteriez discuter aujourd'hui ?* »)
2. **Écoute** attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse
3. **Confirme la liste initiale des raisons de consultation et** vérifie s'il y a d'autres problèmes (« *Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui ?* »)
4. **Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda** de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques

### II - RECUEILLIR L'INFORMATION

#### A - Exploration des problèmes du patient

1. **Encourage le patient à raconter l'histoire de son** (ses) **problème**(s), du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant)
2. **Utilise la technique des questions ouvertes et fermées** (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées)

---

[#] *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills* :
< http://www.skillscascade.com > **ou** < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.

*Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.*

3. **Écoute** attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause

4. **Facilite**, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation)

5. **Relève les indices verbaux et non verbaux** (langage corporel, discours, expression faciale…); **offre son interprétation** au patient et **vérifie si le patient est d'accord**

6. **Clarifie** les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex. : *« Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère ? »*)

7. **De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit** pour valider la compréhension qu'il en a; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires

8. **Utilise** des **questions et commentaires concis et faciles à comprendre**; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé

9. **Établit la séquence temporelle** des évènements depuis le début

## B - Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient

1. **Détermine activement et explore adéquatement :**

   - Les **idées** du patient (→ ses croyances sur les causes)
   - Ses **préoccupations** (ses craintes) concernant chaque problème
   - Ses **attentes** (ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème)
   - Les **impacts** : comment chaque problème affecte sa vie

2. **Encourage le patient à exprimer ses émotions**

## III - STRUCTURER L'ENTREVUE

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

1. **Fait un résumé**, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension et pour être certain qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de procéder à la prochaine étape

---

[#] *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills* :
< http://www.skillscascade.com > **ou** < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.

*Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.*

2. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue **en annonçant verbalement les transitions**; mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section

## B - Prêter attention au déroulement de l'entrevue

1. Structure l'entrevue **selon une séquence logique**

2. Est attentif **au temps disponible** et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir

## IV - CONSTRUIRE LA RELATION

## A - Utiliser un comportement non-verbal approprié

1. **Affiche un comportement non verbal approprié**

   - Contact visuel, expression faciale
   - Posture, position et mouvement
   - Indices vocaux → le débit, le volume, la tonalité

2. Si lecture, écriture de **notes** ou utilisation de l'ordinateur, le fait **d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation**

3. **Affiche** une **confiance** appropriée

## B - Développer une relation chaleureuse et harmonieuse

1. **Accueille** les points de vue et émotions du patient; n'adopte pas une position de juge

2. **Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions** du patient et **utilise le reflet** pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile

3. **Fournit du support** : Exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'« auto-soin » de son patient; lui offre de travailler en partenariat

4. **Agit avec délicatesse** lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique

## C - Associer le patient à la démarche clinique

1. **Partage ses réflexions cliniques** avec le patient pour encourager sa participation (par ex. : *« ce que je pense maintenant, c'est… »*)

---

[*] *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills* :
< http://www.skillscascade.com > **ou** < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.

*Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.*

| | |
|---|---|
| 2. **Explique les raisons** pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes<br><br>3. Durant **l'examen physique**, explique le déroulement, demande la permission | |
| **V - EXPLIQUER ET PLANIFIER ****<br><br>**A - Fournir la quantité et le type adéquats d'information**<br><br>1. **Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient** ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications<br><br>2. **Évalue les connaissances du patient** : Avant de donner de l'information, s'enquiert des connaissances préalables du patient; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir<br><br>3. Demande au patient **quelles autres informations seraient utiles** (par ex. : l'étiologie, le pronostic)<br><br>4. **Donne l'information à des moments appropriés** : Évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de hâtivement rassurer<br><br>**B - Aider le patient à retenir et comprendre les informations**<br><br>1. **Organise les explications** : Divise l'information en parties logiquement organisées<br><br>2. **Utilise des catégories explicites; annonce les changements de thème** (par ex. : « *Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement…*». « *Maintenant, abordons…* »)<br><br>3. **Utilise la répétition et les résumés** pour renforcer l'information<br><br>4. **Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient**, évite le jargon médical ou du moins l'explique<br><br>5. **Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information** : Diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (dépliants)<br><br>6. **Vérifie la compréhension du patient** au sujet de l'information donnée (ou des plans élaborés) : par ex., en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu; clarifie si nécessaire | |

* *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills* :
< http://www.skillscascade.com > **ou** < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.

*Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.*

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

1. **Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises** : Fait le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient

2. **Fournit au patient des opportunités pour participer et l'encourage à contribuer** : l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes; y répond adéquatement

3. **Relève les indices verbaux et non verbaux**: Par ex. : détecte que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions; est sensible aux signes de surcharge d'information; est attentif aux indices d'inconfort

4. **Fait exprimer au patient ses croyances et ses émotions** en lien avec les informations données et les termes utilisés; les reconnaît et y répond au besoin

## D - Planifier : une prise de décision partagée

1. **Partage ses réflexions cliniques lorsque approprié** : idées, processus de pensée, dilemmes

2. **Implique le patient** :
   - Offre des suggestions et des choix plutôt que des directives
   - Encourage le patient à partager ses propres idées, suggestions

3. **Explore les différentes options d'action**

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

5. **Discute d'un plan** mutuellement **acceptable**
   - signale sa position ou ses préférences au sujet des options disponibles
   - détermine les préférences du patient

6. **Vérifie avec le patient**
   - s'il est d'accord avec le plan
   - si l'on a répondu à ses préoccupations

---

[#] *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills* :
< http://www.skillscascade.com > **ou** < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.

*Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.*

## VI - TERMINER L'ENTREVUE

### A - Planifier les prochaines étapes

1. **Conclut une entente** avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin
2. **Prévoit un « filet de sécurité »**, en expliquant les résultats inattendus possibles, quoi faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide

### B - Préparer la fin de l'entrevue

1. **Résume la session** brièvement et clarifie le plan de soins
2. **Vérifie, une dernière fois**, que le patient est d'accord et confortable avec le plan proposé et demande s'il n'y a aucune correction, question ou autres items à discuter

## ** VII - EXPLICATIONS ET PLANIFICATION : *OPTIONS SUR LE PROCESSUS ET LE CONTENU*

### A - Si discussion à propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification

1. **Offre une opinion** sur ce qui se passe et, si possible, **nomme spécifiquement** le ou les problèmes
2. **Révèle** les raisons supportant les opinions exprimées
3. **Explique** les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et long termes
4. Favorise **l'expression par le patient de ses croyances, réactions et préoccupations** au sujet des opinions émises

### B - Si élaboration conjointe d'un plan d'action

1. **Discute des alternatives**, par ex. : aucune action, investigation, médication ou chirurgie, traitements non pharmacologiques (physiothérapie, marchettes, solutés, psychothérapie, mesures préventives)

---

[#] *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills* :
< http://www.skillscascade.com > **ou** < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.

*Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.*

| | |
|---|---|
| 2. **Fournit de l'information** sur les interventions et traitements offerts :<br>▪ noms<br>▪ étapes des traitements; comment ils fonctionnent;<br>▪ bénéfices et avantages;<br>▪ possibles effets indésirables<br><br>3. **Sollicite la perspective du patient** sur la nécessité d'agir, les bénéfices perçus, les obstacles, sa motivation<br><br>4. **Reconnaît le point de vue du patient**; plaide des points de vue alternatifs, au besoin<br><br>5. **Sollicite les réactions et les préoccupations du patient** au sujet des plans et des traitements, incluant leur acceptabilité<br><br>6. **Tient compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient**<br><br>7. **Encourage le patient à mettre en pratique les plans d'action**, à prendre ses responsabilités et à être autonome<br><br>8. **Vérifie le soutien social** dont bénéficie le patient et discute des autres supports sociaux disponibles<br><br>**C - Si discussion d'investigations et de procédures**<br><br>1. **Fournit des informations claires sur les procédures**, c'est-à-dire sur ce que le patient pourrait vivre et subir, comment il sera informé des résultats<br><br>2. Fait **le lien entre les procédures et le plan de traitement** : importance, raisons<br><br>3. **Encourage les questions et la discussion** sur les craintes ou les résultats défavorables possibles | |

**Références**

*Version originale anglaise :*

**Kurtz SM, Silverman JD, Draper J.** *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine (2nd edition).* Abingdon (UK) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 2004 (*sous presse*).

**Silverman JD, Kurtz SM, Draper J.** *Skills for communicating with patients (2nd edition).* Abingdon (U-K) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 2004 (*sous presse*).

*Version française :*

**Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier MT.** *Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication.* In : **Richard C, Lussier MT (éditeurs).** *La communication professionnelle en santé.* Montréal, Canada : Les Éditions du Renouveaux Pédagogiques Inc., 2004 (sous presse).

---

[*] *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills* :
< http://www.skillscascade.com > **ou** < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.

*Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.*

## II.1.1 Résumé et explication du guide

### II.1.1.1 débuter l'entrevue

La première partie du guide intitulé « débuter l'entrevue » va permettre d'acquérir des compétences dans la façon d'accueillir le patient et d'identifier la ou les raisons de la consultation. L'écoute et l'attention portée au patient est primordiale dans cette première phase.

### II.1.1.2 Recueillir l'information

La deuxième partie « recueillir l'information » va nous donner les moyens de prendre connaissance de la personne dans sa globalité. La personne va nous livrer ses difficultés personnelles, l'impact de ses problèmes dans sa vie quotidienne, ses attentes de notre part ainsi que ses craintes. Dans cette phase le praticien s'efforce de faire exprimer au patient son ressenti, ses émotions en montrant du respect et de l'intérêt à son égard.

### II.1.1.3 Structurer l'entrevue

La troisième partie du guide « structurer l'entrevue » va permettre au praticien de faire un résumé de la situation pour montrer qu'il a compris les problèmes du patient et de ce qu'il attend de lui. Puis le praticien va expliquer au patient l'organisation de la consultation de manière claire et précise.

### II.1.1.4 Construire la relation

La quatrième partie du guide « Construire la relation » nous donne les clés afin d'établir une relation de confiance et sereine avec le patient. Elle préconise l'utilisation d'un comportement chaleureux, bienveillant, sans jugement, avec un comportement non verbal approprié à la situation. L'utilisation de l'empathie est une des notions importantes à l'établissement d'une relation de confiance. Il est également intéressant d'impliquer le patient dans sa prise en charge.

### II.1.1.5 Expliquer et planifier

La cinquième partie du guide «  Expliquer et planifier » nous enseigne comment et quand donner les informations adéquates au patient ; Ne pas se précipiter, limiter la quantité d'information, demander au patient s'il veut en savoir plus, etc. Elle nous explique également comment aider le patient à retenir les informations et à les comprendre, notamment par l'utilisation de la répétition, de métaphores, d'un vocabulaire adapté. Elle nous donne des informations à l'établissement d'un terrain d'entente commun et à la prise d'une décision sur le plan de traitement partagée et validée avec le patient.

### II.1.1.6 Terminer l'entrevue

L'avant dernière partie du guide « terminer l'entrevue », nous donne les moyens de terminer la consultation de manière correcte en résumant la séance, en vérifiant que le patient est d'accord sur le plan de traitement établi et en organisant les séances suivantes.

### II.1.1.7 Explication et planification

Enfin la dernière partie du guide « explication et planification » est un complément à la partie « expliquer et planifier ». Elle apporte d'autres éléments de communication lors de discussion avec le patient à propos de certaines idées concernant un problème en particulier. Elle met en évidence qu'il faut expliquer au patient les bénéfices et les risques du traitement choisi ainsi que les alternatives au traitement (abstention thérapeutique, médicament, chirurgie; etc) et les conséquences à court et long terme.

Dans cette thèse nous nous intéressons plus particulièrement au vocabulaire utilisé par les praticiens. Dans ce guide, il est fait référence à ce vocabulaire à deux reprises.

D'une part dès le début du guide dans la partie :

***II) recueillir l'information :***

***A Exploration des problèmes du patient***

***8 « Utilise des questions et commentaires concis et faciles à comprendre : évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé ».***

Et dans une partie situé en fin du guide :

***V) Expliquer et planifier :***

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

***4 « Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, évite le jargon médical ou du moins l'explique ».***

On remarque donc que le vocabulaire employé est important tout au long de la consultation. Ce guide préconise lorsque cela est possible d'éviter l'emploi à outrance du vocabulaire professionnel. Comment éviter le jargon? comment le remplacer ? Pouvons-nous identifier des mots ou expressions qui ne facilitent pas une approche centrée sur la personne? Ce sont les questions auxquelles nous nous sommes intéréssés et auxquelles nous allons tentés de répondre.

## II.2 Le vocabulaire professionnel en odontologie : source potentielle de crainte, défaut de compréhension ?

La consultation d'un chirurgien-dentiste entraine chez de nombreux patients des craintes. Suite à la diminution significative de la douleur en per-opératoire avec les progrès en anesthésie, on aurait pu espérer une diminution de la peur du dentiste, dont la principale source est la douleur (27). Or cette peur est toujours présente car elle est ancrée dans le subconscient des patients et alimentée par différentes sources telles que les médias (presse, film, radio, publicité), l'histoire familiale, des mauvaises expériences pendant l'enfance, etc. On peut classer les différentes peurs en 6 catégories (42) :

- Les peurs transgénérationnelles, avec l'héritage des idées reçues, des générations précédentes.
- Les peurs acquises pendant l'enfance lors d'expériences négatives, ainsi que par les phrases dites par les parents avec par exemple la menace de la « piqure si tu n'es pas sage ».
- Le rejet de l'accès à une sphère intime face à un inconnu : ici cela montre un manque de préparation du patient par le dentiste et son équipe et un manque de communication.
- Une approche thérapeutique brutale peut être traumatisante.
- La peur de l'infection nosocomiale, relayé notamment par les médias.
- La peur de l'arnaque, du fait de la faible prise en charge de la partie prothétique, le patient devient méfiant.

Nous observons donc que la simple consultation d'un praticien entraine des peurs et de l'angoisse. Il faut donc la désamorcer par la relation de confiance que l'on va établir avec le patient.

Selon le Dr Amzalag, le nombre de médecins généralistes consulté est supérieur au nombre de chirurgiens-dentistes consulté par une personne. Cette peur du dentiste reste présente et ancrée dans les esprits, c'est l'héritage des pratiques plus anciennes et douloureuses (42). Le patient une fois sa confiance établie avec un praticien ne veut pas en changer, car accorder sa confiance n'est pas chose aisée.

La solution pour désamorcer ces peurs est la communication. Un manque ou défaut de communication peut renforcer l'état anxiogène du patient (42).

Il faut donc pour diminuer ces peurs, éviter d'en ajouter davantage avec par exemple un vocabulaire inadapté et anxiogène.

Suite à ce constat nous avons décidé de développer un moyen de contourner l'utilisation du vocabulaire professionnel par l'utilisation de métaphore puis nous avons mis en place un lexique de mots ou expressions anxiogènes ou incompris par les patients qui seront à proscrire, à éviter ou à expliquer.

### II.2.1 L'utilisation de la métaphore pour remplacer le vocabulaire scientifique

Lorsque l'on utilise un mot, le cerveau l'associe à une image pour pouvoir le comprendre.

L'explication scientifique n'est pas forcément comprise par les patients, contrairement à l'explication métaphorique, plus concrète et imagée, mieux adaptée au fonctionnement de notre cerveau (24).

Malgré ce constat, il apparait que les métaphores sont peu utilisées par les praticiens qui préfèrent donner des explications de type scientifique, telles qu'ils les ont apprises et qu'ils les utilisent entre eux (24).

Selon Lakoff et Johnson, « l'essence d'une métaphore est qu'elle permet de comprendre quelque chose en terme de quelque chose d'autre » (43). La métaphore est une figure de style basée sur l'analogie et la substitution. Elle associe un terme à un autre terme d'un champ lexical différent pour exprimer une pensée plus riche et plus complexe que l'utilisation d'un simple mot moins compréhensible (44). Elle permet de présenter une idée complexe en s'appuyant sur des images plus simples et mieux connues par un individu ignorant dans ce domaine.

### II.2.1.1 L'utilisation de la métaphore lors de la formation initiale

Tout au long de la formation initiale de chirurgien-dentiste, les enseignants utilisent des métaphores reconnues par la profession pour la compréhension de certains phénomènes ainsi que pour les retenir. L'utilisation de termes plus simples et concrets permet une meilleure compréhension et un apprentissage amélioré.

Voici quelques exemples retrouvées dans les enseignements de la formation initiale (44):

- « Une zone gâchette » : Pour parler d'une zone qui déclenche une douleur lors de son toucher lors de névralgie du trijumeau.
- « La technique sandwich » : Pour expliquer une technique de restauration conservatrice.
- « Des racines en baguettes de tambour » : Pour décrire des racines ayant cette forme particulière.
- « Une langue géographique » : Pour parler d'une langue ressemblant à une carte géographique avec des aires dépapillées entourées d'une bordure blanchâtre légèrement surélevée.
- « Aspect en beurre frais » : pour désigner l'aspect « jaune » du fond d'un aphte.

On peut donc voir que l'utilisation de la métaphore permet une amélioration de la compréhension, en utilisant des mots utilisés au quotidien pour exprimer ou expliquer des choses plus complexes.

Pourquoi ne pas envisager d'utiliser cette technique pour communiquer avec nos patients ?

### II.2.1.2 L'utilisation de la métaphore pour communiquer avec nos patients

Pour permettre au patient de comprendre certaines notions il est plus facile de les comparer et de les assimiler à quelque chose de quotidien connu de tous. Par exemple pour l'explication de l'importance du brossage on peut l'assimiler à une voiture dont il faut prendre soin et entretenir pour augmenter sa durée de vie. De plus cela permet d'expliquer au patient que « rien n'est définitif en bouche » comme ils peuvent avoir tendance à le croire. En effet, sur une voiture il faut changer les pneus régulièrement ainsi que différentes pièces suites à l'usure liée à son utilisation. Il semble plus compréhensible alors pour le patient, qu'il faille refaire des composites ou autres soins bucco-dentaires suite à leur vieillissement dans le temps et à leur usure par la fonction masticatoire.

Un autre exemple de métaphore est utilisé lorsque l'on met en place une prothèse amovible chez un patient. On explique au patient qu'il y a un temps d'adaptation de la prothèse, qu'il faut commencer par la porter le maximum de temps possible mais qu'au début cela peut être difficile. On explique également que l'alimentation doit être tendre pendant le temps d'adaptation. Ainsi pour que le patient comprenne et visualise mieux, on peut citer la prothèse de genou qui vient d'être mise en place et qu'une rééducation est nécessaire. Pour imager la situation nous indiquons au patient : «  une fois la prothèse de genou en place, le patient ne participera pas le lendemain à un marathon ». Cette métaphore concrète car courante et visible (le patient éprouve des difficultés pour se déplacer)  permet au patient de se rendre compte que la fonction masticatoire doit se rééduquer petit à petit.

### II.2.1.3 Les précautions à prendre lors de l'utilisation de la métaphore

Bien que l'utilisation de la métaphore pour améliorer la compréhension du patient puisse être utile et efficace, il n'en reste pas moins d'être prudent dans son utilisation.

En effet, si nous reprenons l'exemple de la voiture, cela peut faire référence à de nombreuses difficultés dans la vie du patient. La voiture peut être en panne, volée ou être la source de nombreux soucis. Il faut donc préciser que ce n'est qu'une comparaison et parler de voiture en règle générale et pas de la voiture du patient en particulier (22).

De plus, il ne faut pas abuser de telles comparaisons mécaniques, qui peuvent avoir un effet réducteur et inadapté à décrire la complexité du vivant.

## II.2.2 Méthode de réalisation du lexique

Nous avons donc porté notre attention sur les mots utilisés lors de consultations au sein du service d'odontologie de Rangueil (CHU de Toulouse) et observé les réactions des patients. Nous avons relevé des mots et expressions employés par les étudiants et les praticiens, et qui ne nous semblaient pas adaptés à une approche centrée sur la personne. Nous les avons également recherchés dans la littérature: en langue française, le Dr Charon, notamment, s'est intéressé à l'impact des mots utilisés dans la pratique. Nous avons ensuite réalisé un lexique reprenant les mots et expressions qui nous ont interpellés lors de ces consultations et ceux retrouvés dans la littérature.

## II.2.3 Présentation du lexique

Le lexique est divisé en trois parties : les mots ou expressions à proscrire, les mots ou expressions à éviter et enfin les mots ou expressions à expliquer.

### II.2.3.1 les mots ou expressions à proscrire

L'attitude visant à culpabiliser le patient n'a pas sa place dans le milieu médical. Selon Jacques CHARON, un rapport de type parent-enfant n'est pas sain et entraine un état de gène chez le patient. Dans ce cas, le praticien reproche en quelque sorte au patient d'être malade (22). Il faut donc éviter tout le vocabulaire subjectif et laisser place à un vocabulaire objectif. Le praticien doit s'efforcer d'éviter tout mot ou toute expression portant un jugement sur la personne et qui parfois peut se sentir humilié : « vos dents se déchaussent car votre hygiène n'est pas bonne »(22). Il semble important de faire la distinction entre un fait (objectif) et un jugement (subjectif) (4)

Par exemple :

« Vous ne vous brossez pas les dents quand vous venez me voir » : cette phrase juge la personne en lui reprochant de ne pas se brosser les dents.

« Je constate depuis un certains temps que votre hygiène dentaire n'est pas suffisante. » Cette phrase objective est plus adapté à la situation et relève d'un fait.

Autre exemple (4):

« Vous ne respectez ni mon travail, ni vos rendez-vous. » : jugement

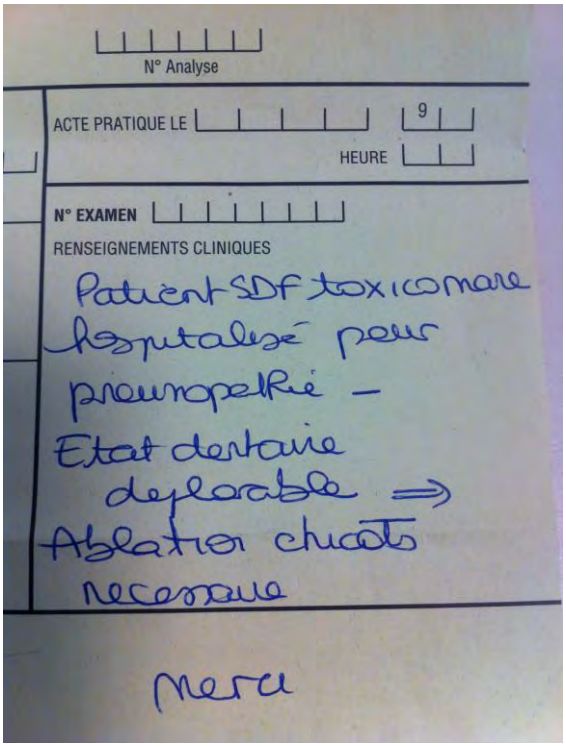
Préférons le constat :

« Je constate que les deux derniers rendez-vous n'ont pas été honorés. » : fait

Le terme « Je constate » permet de décrire objectivement la situation sans juger la personne et diminue chez le patient le sentiment d'attaque ou d'accusation par le praticien.

Un praticien adresse un patient au service d'odontologie de rangueil avec un commentaire (voir fig 2) qui a attiré notre attention. Le vocabulaire employé ne semble pas adapté à une communication entre professionnels de santé. De plus, les mots employés sont subjectifs et portent un jugement sur le patient.

Fig. 2 : Extrait d'un commentaire d'un praticien qui adresse un patient au service d'odontologie de rangueil en 2014 :




La définition du terme déplorable est (45) : qui suscite la réprobation, détestable, scandaleux. C'est un terme subjectif qui juge la personne. Il fait intervenir un sentiment humain, le praticien semble éprouver de l'agacement, voir de la colère ou du dégoût à l'égard de ce patient. Une phrase plus objective «  le patient présente un état dentaire necessitant des soins. » ou comme le commentaire est adréssé à d'autres professionnels : «  patients polycariés necessitant une prise en charge chirurgicale » aurait été plus appropriée. De plus, le terme de "chicot" est aussi obsolète qu'inadapté au contexte médical.

Exemple de mots subjectifs à ne pas utiliser pour le contrôle de plaque :

- Bon / Mauvais
- Sale/ propre
- Nettoyer/frotter

Pour permettre une amélioration du contrôle de plaque on peut le définir comme des « soins locaux » ou « un traitement local de désinfection » qui impliquent que les prescriptions sont d'ordre thérapeutique et medicale et beaucoup moins de l'ordre de « l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire » (22). On peut privilégier cette attitude : « Votre contrôle de plaque n'est pas suffisant, je vais vous montrer une technique plus adaptée à votre situation. » Signalons que ces remarques ne sont pas des règles strictes: certains patients seront parfaitement à l'aise avec la notion d'hygiène insuffisante. Il convient juste d'adapter son vocabulaire et son attitude à son interlocuteur.

- **Dent condamnée** : le terme n'est pas forcément adapté, de plus la condamnation renvoi à la notion de justice et de culpabilité. Il peut également faire référence à une situation personnelle délicate. Par exemple « Un pneumologue ne dirait pas à son patient, revenez la semaine prochaine je vous dirai quel poumon est condamné »(30).

- **Les habitudes nocives** : Le terme nocif renvoie au poison, à des choses extremement négatives. Préférer l'utilisation « les habitudes non adaptées ». Le terme de "négligence" est lui aussi fortement connoté.

- **Tuer le nerf :** Le verbe tuer est trop violent et non adapté. Préférons retirer le nerf ou l'enlever de la dent pour ne plus avoir de douleur.

- **Dent morte :** le champ lexical lié à la mort n'est pas adapté bien qu'il permet d'imager les choses mais il est souvent trop anxiogène pour les patients. Positivons les termes pour diminuer l'effet anxiogène sans pour autant trahir la réalité.

### II.2.3.2 Les mots ou expressions à éviter

Dû au fonctionnement de notre cerveau qui associe un mot à une image il est recommandé de ne pas utiliser la négation car le patient en état de stress ne l'entend pas et retiens uniquement les mots isolés.

Par exemple si nous disons: « Ne pensez pas à un éléphant rose » instinctivement notre cerveau se représente cette image.

Préférons l'utilisation de l'affirmation pour communiquer avec le patient et l'utilisation de terme faisant référence à la détente et au bien être. Pour l'anesthésie de contact parler d'un « massage » de la gencive avec le produit pré-anesthésiant (4).

« ça ne fera pas mal » : le patient isole le mot « mal » et cela peut entrainer chez lui stress et angoisse.

D'autres mots de notre vocabulaire peuvent être mal interprétés il est donc préférable de ne pas les utiliser avec le patient (22) :

- **Avulsion :** ce mot peut être compris comme convulsion et engendrer une incompréhension source de stress et d'angoisse. De plus, il est beaucoup moins explicite qu'extraction.
- **L'occlusion :** Elle peut renvoyer à l'image négative et source de stress de l'occlusion intestinale.
- **Les récessions gingivales :** le terme récession est négatif et peut faire référence chez le patient aux récessions économiques.
- **Faire un lambeau :** ce terme peut être interprété par mettre la gencive en lambeau c'est-à-dire la déchiqueter. Préférons le déplacement ou soulèvement de la gencive pour avoir une meilleure visibilité et avoir accès à l'os par exemple.
- **La motivation à l'hygiène :** Ce terme est utilisé par les etudiants devant les patients, en s'adressant aux praticiens : « J'ai réalisé la motivation à l'hygiène… ». Le patient peut se sentir jugé sous entendant qu'il n'était pas motivé. Préférons : « j'ai réalisé l'explication d'une technique de brossage plus adapté à sa situation ».

- **Il y a des traitements à «faire »** : expression plusieurs fois entendue après l'observation des étudiants. Cela sous entend que s'il ne les fait pas le praticien ne répond plus de rien. On sent dans cette expression que le praticien impose au patient de « faire » les traitements. Or cette décision doit être prise d'un commun accord avec le patient.

- **L'interrogatoire médical :** Ce terme renvoie à l'interrogatoire de police, et à donc un effet négatif sur le patient qui peut se sentir mal à l'aise. Préférons, « Dans un premier temps, je vais recueillir des informations concernant votre état de santé général » .

- **L'amputation radiculaire :** ce terme peut être percu comme la suppression mutilante d'un membre. Préférons « la suppression d'une racine » qui parait moins violente.

- **Les défauts osseux :** le terme défauts entraine un jugement, préférons « un os particulier avec des zones plus fragiles que d'autres ».

- **La nécrose pulpaire**: le terme de nécrose peut impressioner de manière contre-productive certains patients.

- **Le moignon:** ce terme utilisé en prothèse conjointe est fortement connoté et doit être employé avec parcimonie avec les patients.

- D'autres termes professionnels peuvent favoriser la distanciation avec le patient: évoquer les "cas cliniques", les "conduites à tenir", la "compliance", les "doléances", le "terrain biologique", l'"hôte", etc n'est pas nécessairement utile et approprié avec un patient.

### II.2.3.3 Les mots ou expressions à expliquer

Suite à deux situations observées lors de consultations nous avons pu conclure sur l'importance de l'explication des mots mais également sur la manière de la réaliser.

Premier exemple de manque d'explication :

L'étudiant dit : « Je vais vous mettre une digue. »

Le patient ne laissant pas l'étudiant développer lui répond : « Une digue mais qu'est ce que c'est ? » d'un air apeuré.

« Un champ opératoire » répond l'étudiant sans autre explication.

« Mais qu'est ce que vous faites !! Vous n'allez pas m'opérer ?! » répond le patient complètement angoissé.

« Non, ce n'est qu'une protection en latex qui va éviter que votre salive aille sur la dent et me permet de mieux voir. »

Ce défaut de communication et le manque d'explication entraine une augmentation de la peur chez le patient qui aurait pu être anticipé, afin d'éviter de mettre le patient dans un tel état d'angoisse.

En effet, le praticien peut commencer par expliquer qu'il va mettre une protection qui ressemble à une feuille, et finir l'explication par dire que l'on appelle cela une digue.

Cela va permettre deux avantages :

Le premier est que le patient ne rentre pas dans un état de stress du à l'incompréhension du mot ou à une mauvaise interprétation de celui-ci.

Deuxièmement, lorsque le mot est prononcé en premier, il capte l'attention du patient qui va essayer de le comprendre et l'analyse avec son propre référentiel qui n'est pas le même que le notre, et donc les explications suivantes faites par le praticien ne seront pas écouté car l'esprit du patient sera occupé à chercher la signification de ce mot inconnu.

Deuxième exemple :

Le praticien : « Nous allons vous dévitaliser la dent la prochaine fois, c'est-à-dire nous allons l'ouvrir enlever le nerf puis la refermer…. » explique le praticien au patient allongé sur le fauteuil.

Le patient : « Oui oui, très bien » répond le patient en ayant a priori compris l'explication.

A la fin de la consultation , au bureau, le praticien dit :

« Nous allons prendre rendez-vous pour faire la dévitalisation ».

Le patient d'un air très apeuré dit : « Heu, c'est-à-dire il faut la sortir la dent ?! »

Le praticien lui réexplique ce qu'est la dévitalisation.

A travers cet exemple, nous nous apercevons que d'une part certains patients croient comprendre ou font semblant de comprendre alors qu'ils n'ont pas compris. En effet, tous les patients ne froncent pas les sourcils ou ne réagissent pas de façon à nous permettre de se rendre compte qu'ils n'ont pas compris. C'est à dire il n'y a pas de feed back négatif comme vu précédemment.

D'autre part, l'explication d'un mot à une reprise ne signifie pas que le patient l'ai retenue et qu'il est donc préférable d'en rappeler l'explication peut être plus succinte lors de l'utilisation du mot ultérieurement.

**En conclusion**, certains mots professionels peuvent être utilisés mais toujours accompagné d'un explication qui précéde l'annonce du mot de préférence . Cette explication semble necessaire à chaque réutilisation du mot ou du moins s'assurer que le patient comprend clairement, ce qui n'est pas toujours évident.

On peut donc finalement se demander quel est l'intérêt du vocabulaire professionnel et pourquoi l'utiliser s'il entraine chez les patients stress et incompréhension ?

## II.2.4 Le vocabulaire professionnel : Quel intérêt ? Pour qui ? Pour quoi ?

Le vocabulaire professionnel ne semble pas toujours adapté à la communication singulière entre le praticien et le soignant. Suite à ce que l'on a vu précédemment il entraine incompréhension, stress voire angoisse.

Cependant ce vocabulaire particulier inhérent a notre profession est indispensable. En effet, il permet une communication efficace et internationale entre les professionnels de santé.

Les découvertes par des confréres étrangers peuvent être partagées car nous avons un vocabulaire scientifique commun basé sur les memes définitions.

De ce fait il fait partie du domaine des sciences. Il permet également une communication efficace dans le domaine de la recherche académique et entre les sociétés savantes. Ce vocabulaire est donc essentiel pour l'amélioration et l'évolution de notre profession ainsi que l'apprentissage de nouvelles découvertes grâce à la recherche partout dans le monde.

De plus ce vocabulaire est indispensable pour nous, dans notre exercice quotidien, pour l'établissement de diagnostic et par la suite de traitement. Il est donc indispensable pour nous de le maitriser afin de permettre une pratique précise de notre profession et d'échanger entre professionnels de santé.

# III Enquête auprès de patients :

# craintes et niveaux de compréhension du vocabulaire courant en odontologie

## III.1 Présentation de l'étude pilote

### III.1.1 Matériel et méthode

#### III.1.1.1 Présentation du questionnaire

Le questionnaire comporte 32 mots issus du vocabulaire professionnel parmi les plus utilisés, c'est-à-dire ceux les plus entendus lors de séances d'observation de consultation dans le service d'odontologie de Rangueil à Toulouse. En ce qui concerne le vocabulaire nous avons au départ voulu préciser le contexte pour chaque mot utilisé. Or après réflexions, nous nous sommes apperçus que lorsque l'on utilise ces mots nous ne précisons pas « dentaire » car nous sommes dans le contexte du cabinet dentaire. Nous décidons donc de ne pas faire cette précision. Nous en verrons les conséquences dans les résultats.

Pour chaque mot nous demandons deux paramètres :

- Le premier s'ils en connaissent la signification. Le patient coche oui ou non.
- Deuxièmement, sur une échelle allant de la crainte à la confiance en passant par l'indifférence de mettre une croix en fonction de ce que le mot procure comme perception chez le patient, qu'il en connaisse ou non la signification. Nous avons choisi une échelle non numérotée pour le patient, en s'inspirant de l'échelle visuelle analogique pour la douleur afin de la simplifier. Un gabarit de cette échelle a été réalisé sur un papier calque avec une numérotation de 0 qui correspond au maximum de la crainte à 10 qui correspond au sentiment maximum de la confiance, du réconfort. Le 5 correspond à l'indifférence , il est placé au milieu de l'échelle. Cela permet la numérisation des données.

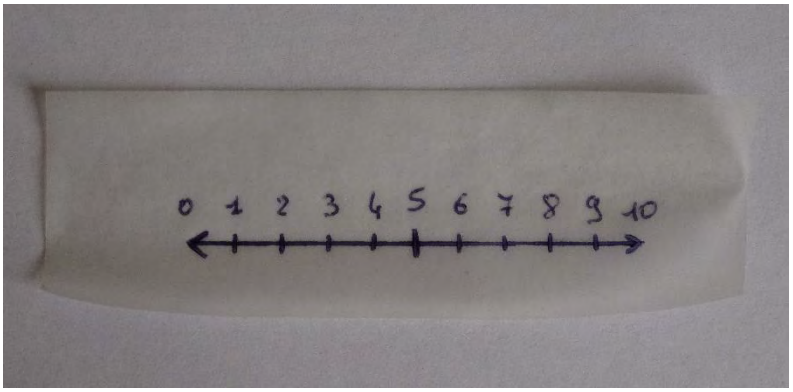



Fig.3 : Gabarit sur papier calque de l'échelle permettant le recueil des données

Ce gabarit est positionné sur chaque échelle permettant ainsi de réaliser la numérisation des données. Ce questionnaire va nous permettre une double évaluation : qualitative et quantitative à l'utilisation de ces mots.

Nous aurons donc deux variables à analyser :

- D'une part une variable qualitative exprimée en pourcentage représentant la connaissance de chaque mot.
- Puis une variable quantitative représentée par une moyenne, qui nous indiquera le sentiment moyen qu'évoque chaque mot chez les patients.

Voici un exemplaire du questionnaire distribué au patient.

# Questionnaire sur le vocabulaire professionnel en odontologie

Ce questionnaire est **anonyme** et n'engage en rien la **qualité de suivi**.
Il participe à l'élaboration d'une thèse pour le diplôme de docteur en chirurgie-dentaire dont le sujet est le vocabulaire professionnel et l'approche centrée sur la personne.

**Sexe :** ☐Masculin ☐Féminin **Age :**

## Fréquence moyenne de consultation d'un dentiste :

☐Une fois par an ☐Deux fois par an ☐Au delà, précisez :

Pour la liste des mots suivants veuillez indiquer :
Si vous en connaissez la signification et,
Quel sentiment provoque en vous leur évocation.

Pour cela veuillez placer une croix sur la ligne correspondant à une échelle allant de la crainte, l'angoisse à un sentiment de réconfort, de confiance, en passant par l'indifférence.

- Composite :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte l'angoisse ⟷ l'indifférence ⟷ réconfort confiance

- Amalgame :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte l'angoisse ⟷ l'indifférence ⟷ réconfort confiance

- Digue :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte l'angoisse ⟷ l'indifférence ⟷ réconfort confiance

- Traitement endodontique :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte l'angoisse ⟷ l'indifférence ⟷ réconfort confiance

- Dévitalisation :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte l'angoisse ⟷ l'indifférence ⟷ réconfort confiance

- Biopulpectomie :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Résection apicale :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Parodontite agressive :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Déchaussement :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Lambeau d'accès :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Gingivectomie :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Détartrage :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Avulsion :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Inlay core :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Roulette :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Pulpe :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Fraise :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Couronne céramo-métallique :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Gencive attachée :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Dentier :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Occlusion :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Implant :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Nécrose pulpaire :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse — l'indifférence — confiance

- Abcès péri-apical :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse l'indifférence confiance

- Cellulite suppurée :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse l'indifférence confiance

- Contrôle de plaque :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse l'indifférence confiance

- Pulpite :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse l'indifférence confiance

- Extraction :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse l'indifférence confiance

- Pivot :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse l'indifférence confiance

- Turbine :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse l'indifférence confiance

- Bridge :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse l'indifférence confiance

- Prothèse amovible :

J'en connais la signification : ☐Oui ☐Non

Cela m'inspire plutôt de, du : la crainte ⟷ réconfort
l'angoisse l'indifférence confiance

### III.1.1.2 La population cible

Les critères d'inclusions sont les personnes majeures de plus de 18 ans se présentant dans un cabinet dentaire privé.

Les critères d'exclusions sont les personnes mineures, ainsi que les personnes ayant des difficultés avec la langue française pour des raisons de compréhension du questionnaire.

### III.1.1.3 Nombre de sujets necessaires ?

Dans le cadre de cette évaluation pilote, pour évaluer l'impact du vocabulaire utilisé, un nombre de trente réponses au questionnaire semblait être suffisant en fonction du calendrier prévu. Cependant nous en avons finalement recueilli soixante.

### III.1.1.4 Objectif et intérêt de ce questionnaire

Dans notre hypothèse de départ, le vocabulaire professionnel ne semble pas être adapté à la communication avec le patient. Ce questionnaire a pour but d'apporter des éléments afin de pouvoir confirmer ou infirmer cette hypothèse en nous donnant quelques éléments de réponses.

## III.2 Résultats

Nous avons recueillis 60 réponses au questionnaire. La moyenne d'âge est de 47 ans.

28 femmes et 32 hommes ont répondus au questionnaire.

Nous avons 13 mots connus par moins de 30% des patients, 8 mots entre 30 et 90 %, et 11 mots compris par plus de 90% des patients.

En ce qui concerne le sentiment que chaque mot inspire au patient lors de son évocation, nous obtenons 9 mots seulement sur 32 dont la moyenne est légèrement supérieure à 5. Cependant, la moyenne maximale est de 6 sur 10, on est donc loin du sentiment de confiance et de réconfort. On a donc visiblement, sur les 32 mots, aucun qui rassure le patient et le met véritablement en confiance.

Les pages suivantes synthétisent les résultats sous forme de tableaux.

***Fig.4 : Pourcentage de compréhension des mots utilisés***

| Mots | Pourcentage de connaissance |
|---|---|
| Composite | 73.3 % |
| Amalgame | 70 % |
| Digue | 23.3 % |
| Traitement endodontique | 16.6 % |
| Dévitalisation | 98.33 % |
| Biopulpectomie | 6.66 % |
| Résection apicale | 0 % |
| Parodontite agressive | 18.3 % |
| Déchaussement | 95 % |
| Lambeau d'accès | 13.3 % |
| Gingivectomie | 43.3 % |
| Détartrage | 100 % |
| Avulsion | 6.6 % |
| Inlay core | 5 % |
| Roulette | 93.3 % |
| Pulpe | 58.3 % |
| Fraise | 95 % |
| Couronne céramo-métallique | 95 % |
| Gencive attachée | 10 % |
| Dentier | 98.3 % |
| Occlusion | 55 % |
| Implant | 96.6 % |
| Nécrose pulpaire | 38.3 % |
| Abcès péri-apical | 26.6 % |
| Cellulite suppurée | 20 % |
| Contrôle de plaque | 36.6 % |
| Pulpite | 15 % |
| Extraction | 95 % |
| Pivot | 95 % |
| Turbine | 26.6 % |
| Bridge | 91.6 % |
| Prothèse amovible | 78.3 % |

**: + 90 %** **: entre 30 % et 90 %** **: - 30 %**

***Fig.5 : Moyenne des valeurs du sentiment ressenti par le patient***

| Mots | Moyenne des valeurs du sentiment ressenti | Ecart-type |
|---|---|---|
| Composite | 5.8 | 2 |
| Amalgame | 5 | 2.2 |
| Digue | 5.1 | 1.7 |
| Traitement endodontique | 4.5 | 1.6 |
| Dévitalisation | 3.5 | 3 |
| Biopulpectomie | 3.6 | 1.9 |
| Résection apicale | 3.5 | 1.7 |
| Parodontite agressive | 2.6 | 2 |
| Déchaussement | 2.2 | 2 |
| Lambeau d'accès | 3.6 | 1.8 |
| Gingivectomie | 3.1 | 2 |
| Détartrage | 5.8 | 2.8 |
| Avulsion | 4 | 1.6 |
| Inlay core | 4.2 | 1.7 |
| Roulette | 2.9 | 2.1 |
| Pulpe | 4.4 | 1.7 |
| Fraise | 3.3 | 2.2 |
| Couronne céramo-métallique | 6 | 2.3 |
| Gencive attachée | 3.9 | 1.6 |
| Dentier | 3.9 | 2.8 |
| Occlusion | 2.9 | 1.9 |
| Implant | 5 | 2.7 |
| Nécrose pulpaire | 2.3 | 1.8 |
| Abcès péri-apical | 2.4 | 1.7 |
| Cellulite suppurée | 2.7 | 1.8 |
| Contrôle de plaque | 4.9 | 1.8 |
| Pulpite | 3.8 | 1.6 |
| Extraction | 2.5 | 2.2 |
| Pivot | 5.1 | 2.4 |
| Turbine | 4 | 1.7 |
| Bridge | 5.6 | 2.4 |
| Prothèse amovible | 5.1 | 2.4 |

**: > 5** **: < 5** **: écart-type élevé**

## III.3 Interprétation des résultats

Nous avons divisé les résultats en trois parties en fonction du pourcentage de connaissance des mots par les patients :

### III.3.1 Les mots compris par + de 90% des patients

- Dévitalisation
- Déchaussement
- Détartrage
- Roulette
- Fraise
- Couronne céramo-métallique
- Dentier
- Implant
- Extraction
- Pivot
- Bridge

Dans cette liste, le premier constat que l'on peut faire c'est que ces mots connus par les patients ne sont pas vraiment des mots scientifiques mais appartiennent au langage courant pour la plupart.

Deuxième constat, en corrélation avec la fig 5 représentant ce qu'inspire chaque mot chez le patient nous observons pour cette liste de 11 mots connus :

**5 mots** dont la moyenne est supérieure ou égale à 5, c'est-à-dire proche de l'indifférence avec un maximum de 6 pour le mot « couronne céramo-métallique ».

**6 mots** dont la moyenne est inférieure ou égale à 3.9, c'est-à-dire plutôt entrainant de la crainte.

On peut donc en conclure qu'aucun mot de cette liste n'entraine de la confiance, de sentiment de confort.

Seulement 5 mots sont non anxiogènes mais le patient ne se sent pas vraiment confiant. Au regard des 6 mots entrainant de l'angoisse tout en étant connu, on peut avancer l'idée que le fait d'en connaître la signification ne rassure pas forcément le patient.

Cependant si l'on analyse un autre paramètre qui est l'écart-type, on s'aperçoit que les mots dont l'écart-type est le plus grand (aux alentours de 2.5 ou plus) sont les mots connus des patients.

On peut donc en conclure que les résultats ne sont pas homogènes. En effet, on constate deux façons de traiter les mots par les patients :

- Soit la personne connait le mot et se sent en confiance, peu importe l'acte correspondant au mot comme par exemple la dévitalisation.
- Soit la personne connait le mot mais se représente l'acte non agréable et donc lui inspire la crainte.

Ces deux comportements observés expliquent les écarts-types qui sont élevés uniquement pour les mots connus. En effet tous les autres mots ont un écart-type plus faible, proches les uns des autres.

### III.3.2 Les mots compris par – de 30 % des patients

- Digue
- Traitement endodontique
- Biopulpectomie
- Résection apicale
- Parodontite agressive
- Lambeau d'accès
- Avulsion
- Inlay core
- Gencive attachée
- Abcès péri-apical
- Cellulite suppurée
- Pulpite
- Turbine

Dans cette liste, on constate que la quasi-totalité des mots (à l'exception de la digue) font partis du domaine scientifique. Ces mots ne sont pas compris par la majorité des patients de l'échantillon. Si on compare ces mots incompris aux sentiments qu'ils inspirent, la totalité à l'exception de « digue » sont perçus négativement et entrainent la crainte. En effet, tous les mots ont une moyenne inférieure à 4.5 et la majorité d'entre eux se situent entre 3 et 4.

On peut expliquer la particularité du mot « digue » du fait qu'il soit le seul mot de cette liste qui renvoi à quelque chose de courant, la digue comme barrage destiné à contenir les eaux et à nous protéger. Bien que dans l'univers dentaire il ne soit pas compris ( 23.3% de patients connaissent la signification), il n'inspire pas la crainte comme tous les autres mots incompris. En effet, la moyenne de ce qu'il inspire est à 5.1 ce qui signifie une certaine indifférence. On pourrait en déduire que l'utilisation d'un mot issue du langage courant et désignant quelque chose de protecteur pourrait engendrer un peu moins de crainte chez le patient.

### III.3.3 Les mots compris entre 30 % et 90 %

- Composite
- Amalgame
- Gingivectomie
- Pulpe
- Occlusion
- Nécrose pulpaire
- Contrôle de plaque
- Prothèse amovible

Parmi cette liste, le terme qui peut retenir notre attention car il est le moins connu avec seulement 36.6 % de personnes de l'échantillon qui connaissent sa signification est le « contrôle de plaque ». Ceci semble étonnant car c'est un terme très souvent employé pour parler d'hygiène bucco-dentaire et éviter de dire au patient que « son hygiène n'est pas bonne ». Finalement, peu de personnes connaissent ce terme. N'étant pas expliqué les personnes n'osent pas en demander la signification. Il en résulte que le patient ne peut améliorer son hygiène bucco-dentaire par manque de compréhension d'une phrase de ce type : « il serait bon pour vous d'améliorer votre contrôle de plaque ». Le patient ne la comprend pas. En revanche, une phrase concrète mais sans jugement pourrait être mieux comprise : « Je vais vous montrer une technique de brossage plus adaptée à votre situation ».

## III.4 Conclusion de l'étude

Au regard des résultats obtenus, on peut conclure que le vocabulaire professionnel n'est pas véritablement adapté à la communication avec les patients, ce qui confirme notre hypothèse de départ.

Sur les 32 mots issus du questionnaire nous pouvons en sélectionner 8 qui peuvent être utilisés par les praticiens car ils sont connus par la majorité des patients et n'entrainent pas de stress chez eux. Il s'agit de :

- Détartrage
- Composite
- Amalgame
- Couronne céramo-métallique
- Implant
- Pivot
- Bridge
- Prothèse amovible

Une illustration sous forme de nuages de mots des 32 mots issus du questionnaire est présentée à la page suivante. Leur taille est proportionnelle à leur pourcentage de connaissance chez les patients.

**Fig.6 Nuage des 32 mots du questionnaire en fonction de leur compréhension par les patients**

## III.5 Discussion

Cette enquête auprès des patients n'est pas exhaustive. La sélection des mots est subjective, basée sur ma sensibilité ainsi que sur l'observation de consultations. De plus, elle repose sur la déclaration de l'échantillon qui reste limité (60 personnes) et non représentatif de la population. De plus, lorsque le patient déclare connaitre la signification du mot, il n'y a pas de vérification que celle-ci soit correcte.

On note également que même si le contexte est évident : nous sommes dans un cabinet dentaire, le questionnaire s'intitule « le vocabulaire professionnel en odontologie », certains patients ont demandé des précisions pour certains mots par exemple comme « la digue » ou « amalgame ». Ils ont demandé si on parlait de la signification dans le contexte de soin dentaire. Cette légère ambigüité a été laissée intentionnellement car lorsque l'on utilise ces termes dans la pratique quotidienne nous ne précisons que très rarement que l'on va « mettre en place un amalgame **dentaire** ou une digue **dentaire** ». Finalement, cette précision qui semble évidente pour nous, dans le contexte de soin, ne l'est pas pour tous les patients. Cela nous montre une fois de plus que la précision est importante dans la communication.

Il serait peut être intéressant d'approfondir ce travail afin de permettre un enseignement dans la formation initiale sur « comment communiquer avec le patient » et essayer de réfléchir quels mots sont les plus appropriés avec quels patients afin d'améliorer la compréhension du patient d'une part et de diminuer son appréhension d'autre part.

Ce travail m'a permis de prendre conscience qu'il est important de réfléchir à ce que l'on dit ou ce que l'on va dire au patient car cela n'est pas sans conséquence. Cependant, dans l'exercice quotidien, il n'est pas si simple de toujours trouver les mots adéquats sur le moment d'où l'intérêt d'y avoir réfléchi en amont. En effet, lors de consultation beaucoup de facteurs externes influent sur notre façon de travailler. Le temps, la fatigue, la concentration sur les actes à effectuer, surtout en début de carrière, laissent peu de place à la réflexion instantané sur la communication.

# CONCLUSION

De nos jours, la relation soignant-soigné connaît des évolutions au sein de notre société. La place qu'occupe le patient au sein de ce colloque singulier avec le praticien est de plus en plus importante et doit être prise en considération. C'est pour cela qu'un nouveau modèle voit le jour en odontologie inspiré de modèles utilisés en médecine, l'approche centrée sur la personne. Cette approche repose sur une approche globale de la prise en charge de la personne. Pour mettre en place cette approche qui correspond davantage à la médecine contemporaine, des compétences sont requises et ont été présentées dans cette thèse ; elles permettent d'en faciliter sa mise en place. Il est nécessaire de s'y entrainer au quotidien pour en avoir une meilleure maitrise.

Ce modèle possède des principes fondamentaux dont l'empathie, l'écoute, l'utilisation d'un vocabulaire adapté, et la mise en place d'un environnement favorable au bien-être du patient font partie.

Cependant, cette approche dépend également de l'état d'esprit de chacun, de notre degré d'humanisme envers autrui. Il dépend de la vision que l'on a de notre profession et de ce qui nous encourage à la pratiquer. En effet, nous sommes une profession médicale dont la finalité est de soigner. Pour un exercice serein et enrichissant, il est souhaitable de ne pas oublier ce pour quoi nous avons choisis le métier de soignant, c'est-à-dire accompagner la personne à être en bonne santé, définie selon l'OMS comme «  un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Aujourd'hui, au-delà du vocabulaire utilisé par le praticien, de l'environnement du cabinet, d'autres éléments permettent de mieux accompagner nos patients.

Le rôle primordial de l'assistante dentaire permet de prendre en charge les patients en équipe et permet une alliance thérapeutique plus forte. La confiance accordée à l'équipe médicale est plus importante que celle accordée à une seule et même personne.

Enfin, des moyens modernes comme la photographie, l'utilisation des écrans au-dessus du fauteuil, l'utilisation de tablettes tactiles peuvent permettre une meilleure communication, une meilleure compréhension et in fine une meilleure prise en charge du patient dans un cadre réconfortant. Cette approche permettra peut-être, dans un futur plus ou moins proche, de diminuer l'anxiété et le stress engendré par la seule idée d'aller consulter un chirurgien-dentiste chez de nombreux patients.

**Vu le directeur de thèse**

Vu, le 05/09/2016

**Vu le président du jury**

Pr. F. DIENER

# BIBLIOGRAPHIE


1. Caractéristiques de l'approche centrée sur la personne par Carl Rogers [Internet]. [cité 8 déc 2015]. Disponible sur: http://www.acp-pr.org/caracteristiques.html.

2. Psychologie clinique: Carl Rogers (1902-1987) et l'Approche Centrée sur la Personne [Internet]. [cité 8 déc 2015]. Disponible sur: http://www.podcastscience.fm/dossiers/2012/11/20/psychologie-clinique-carl-rogers-1902-1987-et-lapproche-centree-sur-la-personne/.

3. Définition empathie [Internet]. [cité 8 déc 2015]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/empathie/47249.

4. Portet V.La communication inter personnelle patient-praticien en chirurgie dentaire : analyse sociologique et critères d'optimisation; thèse d'exercice pour le diplôme de chirurgien-dentiste, Université Paul Sabatier, Toulouse, 2013.

5. Qu'est-ce que l'Approche Centrée sur la Personne? Approche centrée sur la personne ACP France [Internet]. [cité 8 déc 2015]. Disponible sur: http://www.acpfrance.fr/quest-ce-que-lapproche-centree-sur-la-personne-acp/.

6. Stewart M et Al. Patient-centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Radcliffe Publishing; 2003.380p.

7. Apelian N; Vergnes JN; Bedos C. Humanizing clinical dentistry through a person-centred model. The international journal of whole person care. 2014;1(2).

8. Guba E, Lincoln Y. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. The handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA, USA: Sage; 1994. P. 105–17.

9. ADAMS T. dentistry and medical dominance.Soc Sci Med. 1999 Feb;48(3):407–20.

10. Engel GL. . The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196(4286):129-36.

11. Balint E. . The possibilities of patient-centered medicine.J R Coll Gen Pract. 1969 May;17(82):269–76.

12. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 13 janv 1996;312(7023):71-2.

13. LE BRONEC C.Place du holisme dans la dentisterie contemporaine.Thèse d'exercice pour le diplôme de chirurgien-dentiste.Université Paul Sabatier; 2015.

14. Chambers DW. Evidence-based dentistry. J Am Coll Dent. 2010;77(4):68–80.

15. Djulbegovic B, Guyatt GH, Ashcroft RE. Epistemologic inquiries in evidence-based medicine. Cancer Control J Moffitt Cancer Cent. 2009 Apr;16(2):158–68.

16. Western University. Moira Stewart - Distinguished University Professor Lecture [Internet]. 2013 [cité 19 janv 2016]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=9oQh4HMubtk

17. Vergnes JN. l'approche centrée sur la personne en odontologie: présentation générale: cours de DCEM2 faculté de chirurgie dentaire. Toulouse.2013.

18. Croutze R. A tale of two realities. J Can Dent Assoc. 2010;76(6):3 45.

19. Goldenberg MJ. On evidence and evidence-based medicine: lessons from the philosophy of science. Soc Sci Med 1982. 2006 Jun;62(11):2621–32.

20. Wear D. The medical humanities: toward a renewed praxis. J Med Humanit. 2009 Dec;30(4):209– 20.

21. Vergnes JN, Sixou M, Apelian N, Bedos C. l'approche centrée sur la personne: importance de l'écoute en odontologie comme en médecine. Les entretiens de Bichats odontologie stomatologie.2014 [Internet]. [cité 8 déc 2015]. Disponible sur: http://www.ofmp.fr/medias/files/2014bichat.pdf

22. Réflexions à propos de la relation praticien/patient en parodontie clinique. le fil dentaire n°65. 2011;

23. ARRETO C-D, BRUNET-CANONNE A, FIORETTI F. Consulter en odontologie la relation praticien patient. CdP. 2006. 127 p. (Mémento).

24. Mons, M. Empathie et odontologie. Thèse d'exercice pour le diplôme de chirurgien-dentiste, Université Paul Sabatier, Toulouse, 2015.

25. Rosenzweig J. Principes de communication patient-praticien dans le cadre d'une approche centrée sur la personne en odontologie, thèse d'exercice pour le diplôme de chirurgien-dentiste, Université Paul Sabatier, 2014.

26. Wispé, L. The distinction between smpathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. Journal of personality and social psychology, 50,2:314-321. 1986;

27. AMZALAG A. codes de la relation dentiste-patient. Elsevier-Masson. 2007. 125 p.

28. Randin J.M. Qu'est-ce que l'écoute [Internet]. [cité 22 sept 2015]. Disponible sur: http://www.acp-pr.org/Resources/ACP-PR7%202008-1%20Quest-ce%20que%20lecoute%20J_M_RANDIN.pdf

29. Dedianne MC; Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires: qu'attendent les patients? La revue du Praticien 17 (611); 1-4.2003.

30. CHARON J, JOACHIM F, DENYS K, AUGUSTE N, COTTENCIN O. relation humaine et communication au cabinet dentaire aspects particuliers en parodontie. CdP. 2014. 157 p. (Mémento).

31. Silverman J, Draper J, Kurtz S. Silverman J, Kurtz S, Draper J, Outils et stratégies pour communiquer avec le patient, Médecine et Hygiène, 2010, 978-2-88049-282-3. 2010. (médecine et hygiène).

32. Pendleton D, al. The new consultation. Oxford university press, Oxford; 2003.

33. Neighbour R. The Inner Consultation: how to develop an effective and intuitive consulting style. MTP Press Ltd, Lancaster; 1987.

34. Cohen-Cole SA. The Medical Interview : a three-function approach,. Mosby Inc,St Louis, MO; 1991.

35. Keller VF, Carroll JG. A new Model for physician-patient communication. Patient Educ Couns.23:131-40; 1994.

36. Makoul G. The SEGUE framework for teaching and assessing communication skills. Patient Educ Couns.45:23-34; 2001.

37. van Thiel J, van Dalen J. MAAS-Global critralisjst, versie voor de vaardigheidstoets Medisch Basiscurriculum. Universiteit Maastricht, Maastricht; 1995.

38. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med;Apr; 76(4):390-3; 2001.

39. Kalet A, al. Teaching communication in Clinical Clerkships: models from the macy Initiative in Health Communication. Acad Med.76:511-20; 2004.

40. Silverman J. The Calgary-Cambridge guides : the « teenage years ». The clinical teacher, Blackwell Publishing Ltd, 4:87-93; 2007.

41. le guide de Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale. [cité 22 févr 2016]. Disponible sur: http://www.rouen.cnge.fr/article.php3?id_article=181

42. Amzalag A.les nouveaux codes de la relation chirurgien-dentiste/patient. Information dentaire n°19. mai 2011;

43. Lakoff George, Johnson Mark. Les métaphores dans la vie quotidienne. Editions de minuit. Paris; 1985.

44. MOUZOURI N. Les metaphores en médecine. Thèse d'exercice, Maroc, 2010.

45. Larousse É. Définitions : déplorable - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 17 mars 2016]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9plorable/23821

# ANNEXES

**Figure 1 : Représentation heuristique du modèle clinique centré sur la personne en odontologie.** Issu de : Nareg A ; Vergnes JN; Bedos C. Humanizing clinical dentistry through a person-centred model. Int J Whole Pers Care. 2014;1(2).

**Figure 2 : Extrait d'un commentaire d'un praticien adressant un patient au service d'odontologie de Rangueil.**

**Figure 3 : Gabarit sur papier calque de l'échelle représentants les sentiments permettant le recueil des données.**

**Figure 4 : Tableau représentant le pourcentage de compréhension pour chaque mot.**

**Figure 5 : Tableau représentant la moyenne des valeurs du sentiment ressenti par le patient.**

**Figure 6 : Représentation des 32 mots du questionnaire en nuage de mot.**

SENTENAC Quentin Thèse N° 2016-TOU3-3072

# VOCABULAIRE PROFESSIONNEL ET APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE EN ODONTOLOGIE

**RESUME :**

Suite à l'évolution de notre société et à la relation soignant-soigné, un nouveau concept a vu le jour en médecine pour la prise en charge des patients : l'approche centrée sur la personne. L'odontologie s'est inspirée plus tardivement de ce concept pour en créer un adapté à notre pratique. Ce concept est développé dans ce mémoire.

Pour une prise en charge centrée sur la personne un vocabulaire adapté doit être utilisé. En s'appuyant sur le guide de communication de Calgary-Cambridge qui préconise un vocabulaire adapté nous avons réalisé un lexique de mots à éviter, à expliquer ou à proscrire lors de l'entretien avec le patient.

Enfin nous avons recueillis à travers un questionnaire chez les patients leur ressenti vis-à-vis des mots utilisés au quotidien par les praticiens pour évaluer leurs compréhensions ainsi que leurs craintes à l'égard de ces mots.

**TITRE EN ANGLAIS :** DENTAL HEALTH VOCABULARY AND PERSON-CENTERED APPROACH IN DENTISTRY

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Chirurgie dentaire

**MOTS CLES :** Communication, approche centrée sur la personne, vocabulaire, empathie, prise en charge globale, relation patient-praticien, lexique, métaphore, compréhension, alliance thérapeutique, humanisme, guide de Calgary-Cambridge.

**INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

Faculté de Chirurgie Dentaire.
3, chemin des Maraîchers
31062 Toulouse Cedex 09

**DIRECTEUR DE THESE :** Docteur Jean-Noel VERGNES