

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2019

2019 TOU3 3038

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Vivien MAQUET-MAUCHIEN

le 13 Septembre 2019

**LA COMMUNICATION : OUTIL CENTRAL DE LA RELATION
SOIGNANT-SOIGNE**

Directeur de thèse : Dr Jean-Noël VERGNES

JURY

Président :	Pr Olivier HAMEL
1er assesseur :	Dr Marie GURGEL-GEORGELIN
2ème assesseur :	Dr Jean-Noël VERGNES
3ème assesseur :	Dr Mathieu MARTY



UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2019

2019 TOU3 3038

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Vivien MAQUET-MAUCHIEN

le 13 Septembre 2019

**LA COMMUNICATION : OUTIL CENTRAL DE LA RELATION
SOIGNANT-SOIGNE**

Directeur de thèse : Dr Jean-Noël VERGNES

JURY

Président :	Pr Olivier HAMEL
1er assesseur :	Dr Marie GURGEL-GEORGELIN
2ème assesseur :	Dr Jean-Noël VERGNES
3ème assesseur :	Dr Mathieu MARTY



**UNIVERSITÉ
TOULOUSE III**
PAUL SABATIER



Université
de Toulouse

Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONIOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)

Mr Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)

Mr Franck DIEMER (*Formation Continue*)

Mr Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)

Mr Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Muriel VERDAGUER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

➔ 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

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

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

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr. VAYSSE

Maîtres de Conférences : Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mme VALERA, Mr. MARTY

Assistants : Mme BROUTIN, Mme GUY-VERGER

Adjoint d'Enseignement : Mr. DOMINE, Mme BROUTIN, Mr. BENETAH

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL, Mr. ROTENBERG,

Assistants : Mme ARAGON, Mme DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mr. HAMEL)

Professeurs d'Université : Mr. SIXOU, Mme NABET, Mr. HAMEL

Maître de Conférences : Mr. VERGNES,

Assistant: Mr. ROSENZWEIG,

Adjoints d'Enseignement : Mr. DURAND, Mlle. BARON, Mr LAGARD, Mme FOURNIER

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (Mr. COURTOIS)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : Mr. BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN, Mme VINEL

Assistants : Mr. RIMBERT, Mme. THOMAS

Adjoints d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr. LAFFORGUE, Mr. SANCIER, Mr. BARRE, Mme KADDECH

CHIRURGIE ORALE

Maîtres de Conférences : Mr. CAMPAN, Mr. COURTOIS, Mme COUSTY,
Assistants : Mme COSTA-MENDES, Mr. BENAT,
Adjoints d'Enseignement : Mr. FAUXPOINT, Mr. L'HOMME, Mme LABADIE, Mr. RAYNALDI, Mr. SALEFRANQUE

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : Mr. KEMOUN
Maîtres de Conférences : Mr. POULET, Mr BLASCO-BAQUE
Assistants : Mr. LEMAITRE, Mr. TRIGALOU, Mme. TIMOFEEVA, Mr. MINTY
Adjoints d'Enseignement : Mr. PUISSOCHET, Mr. FRANC, Mr BARRAGUE

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (Mr ARMAND)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : Mr. DIEMER
Maîtres de Conférences : Mr. GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE
Assistants : Mme. RAPP, Mme PECQUEUR, Mr. DUCASSE, Mr FISSE Mr. GAILLAC,
Assistant Associé : Mme BEN REJEB,
Adjoints d'Enseignement : Mr. BALGUERIE, Mr. MALLET, Mr. HAMDAN

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : Mr. ARMAND, Mr. POMAR
Maîtres de Conférences : Mr. CHAMPION, Mr. ESCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT
Assistants: Mr. EMONET-DENAND, Mr. LEMAGNER, Mr. HENNEQUIN, Mr. CHAMPION, Mme. DE BATAILLE
Adjoints d'Enseignement : Mr. FLORENTIN, Mr. GALIBOURG, Mr. GHRENASSIA, Mme. LACOSTE-FERRE,
Mr. GINESTE, Mr. LE GAC, Mr. GAYRARD, Mr. COMBADAZOU, Mr. ARCAUTE, Mr. SOLYOM,
Mr. KNAFO, Mr. HEGO DEVEZA

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme JONIOI, Mr. NASR, Mr. MONSARRAT
Assistants : Mr. CANCEILL, Mr. OSTROWSKI, Mr. DELRIEU,
Adjoints d'Enseignement : Mr. AHMED, Mme MAGNE, Mr. VERGÉ, Mme BOUSQUET

Mise à jour pour le 14 Mai 2019

A mon père, **Pascal** et à ma mère, **Isabelle** pour qui la totalité des pages de cette thèse ne suffirait pas à témoigner l'amour que j'ai pour vous. Merci pour tout. Pour votre éducation, votre soutien, vos conseils, votre protection. Malgré toutes ces épreuves et ces sacrifices, je me tiens aujourd'hui debout face à vous, fier d'être votre fils. A ce lien sacré qui nous unit. Je vous aime.

A **Matthias**. Déjà quatre ans. Quatre ans que tu me supportes tous les jours. Quatre années d'amour partagés. Tu as su être là quand j'en avais besoin. Je te remercie du fond du cœur. Je t'aime.

A **Marine**. Il y a tellement à dire et si peu de lignes. Alors le plus simple c'est de te dire : Merci. Tu es une amie exceptionnelle. Jamais je ne serais arrivé là sans toi.

A **Virginie**, ma sœur adorée. Même si les kilomètres nous séparent, je sais que tu n'as jamais cessée de me soutenir.

A **Véronique**, ma sœur chérie qui me manque. A mon beau-frère **Christophe**, ma nièce **Marion** et mon neveu **Quentin**.

A **Adeline**, sans qui la clinique n'aurait eu aucun sens. Au-delà de notre binôme, ton amitié compte beaucoup pour moi. Merci !

A **Antony**, **Sébastien**, **Julien** et **Agnès**, pour vos amitiés sans faille. Vous êtes vraiment exceptionnels. Merci pour tous ces bons moments !

A ma tante **Claudine** et mon oncle **Thierry**. Vous avez été mes poumons pendant toutes ces années. Merci pour votre gentillesse !

A **Christiane** et **William**. Ou plutôt à un artiste extraordinaire et à sa femme incroyable.

A ma grand-mère **Simone** que j'espère rendre fière.

A **Cyril**, le petit frère que je n'ai jamais eu. Merci pour ces années de complicité. Merci aussi à tes parents, **Anne-Sylvie** et **Eric**.

A mes ami(e)s **Rémi**, **Jeanne**, **Laure** et **Aurélie**. Merci d'être toujours présent(e)s à mes côtés.

A mes amis **François** et **Florian**. Merci à vous deux !

A **Nadine**, **Christophe**, **Maëva**, **Fantine** et **Nolhann**. Merci de m'avoir accepté dans votre famille.

A mes amies de fac, **Doan-Nha**, **Cindy**, **Marion**, **Julie**, **Kim** et **Nedjma**.

A mes compagnons de voyage : **Hortense** et **Christian**, pour toutes ces heures passées dans le train.

A toutes celles et ceux que je n'ai pas cité, ainsi qu'au reste de ma famille. Merci pour tout. *Un remerciement supplémentaire pour mes deux relecteurs : Marine et Matthias.*

A notre président du jury,

Monsieur le Professeur **HAMEL Olivier**,

- Professeur des Universités,
- Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherches Dentaires,
- Responsable de la sous-section « Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale »,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Spécialiste Qualifié « Médecine Bucco-Dentaire »,
- Docteur en Ethique Médicale et Biologique de l'Université Paris Descartes,
- Habilitation à Diriger des Recherches,
- Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Merci de nous avoir fait l'honneur de présider cette thèse.

A notre jury,

Madame le Docteur **GURGEL-GEORGELIN Marie**,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales,
- D.E.A MASS Lyon III,
- Ancienne Interne des Hôpitaux,
- Doctorat d'Université - Université d'Auvergne-Clermont.

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur **VERGNES Jean-Noël**,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier en 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,
- Master 2 Recherche – Epidémiologie clinique,
- Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Merci de nous avoir accordé votre confiance.

A notre jury,

Monsieur le Docteur **MARTY Mathieu**,

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

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Sommaire

Introduction.....	16
I. Rappel chronologique des étapes d'une consultation	18
1. Modèle "traditionnel"	18
a. Interrogatoire.....	18
b. Examens endo et exo-buccal.....	19
c. Examen complémentaire	20
d. Etablissement du diagnostic	20
e. Choix et proposition thérapeutique	20
f. Récupération du consentement éclairé	20
g. Critiques	21
2. Modèle de l'approche centrée sur la personne	22
a. Exploration.....	23
b. Examen clinique à visée diagnostique	23
c. Discussion	24
d. Prise de décision partagée	24
e. Intervention	25
f. Conclusion : Intérêts et critiques	25
II. Introduction sur la communication.....	27
1. Notion de boucle de rétroaction ou "feedback"	27
a. Définitions.....	27
b. Fonctionnement du processus.....	28
c. Un mot sur la pré-information.....	28
2. Notion d'empathie.....	29
a. L'empathie, une sorte de feedback ?	29
b. L'empathie en tant qu'aide à la communication	29
3. Schéma général de la communication	30
a. Schéma de Shannon (1952)	30
b. Schéma de Jakobson (1963).....	30
4. Les différents étages de la communication.....	32
III. La communication verbale	33
1. Principes de la communication verbale	33

a.	La communication interpersonnelle.....	33
b.	Le cadre interactif	34
c.	Typologie des interactions	34
d.	Rapport de place	34
2.	Les différents types de communication verbale	36
a.	La communication dyadique.....	36
b.	La communication téléphonique	36
c.	La communication écrite	37
3.	Les mots.....	37
a.	La dénotation et la connotation	37
b.	Polysémie et synonymie.....	39
c.	Champs lexicaux.....	40
d.	Le renforcement positif.....	41
e.	Métaphores et comparaison	43
4.	Conclusion	44
IV.	La communication non verbale	45
1.	Introduction à la communication non verbale.....	45
2.	La kinésique	46
a.	Structure	47
b.	Notion de "tour"	48
c.	Les différents types de geste	48
d.	Les catégories fonctionnelles de la mimogestualité.....	48
e.	Le mirroring.....	50
f.	La face : les mimiques et le regard	51
3.	La proxémique	52
a.	Les différents types de population	53
b.	Les différents espaces interpersonnels.....	54
c.	Conséquences en Odontologie	57
4.	La posture	58
a.	Différentes catégories de postures.....	59
b.	La posture en tant que régulateur	60
c.	Posture et proxémique	60

d.	Orientation du corps	61
e.	La position des bras	62
5.	Le paraverbal	63
a.	Composants	63
b.	Caractéristiques principales de la voix.....	63
c.	Facteurs influençant	64
6.	Le silence	65
a.	Les silences psycholinguistiques	66
b.	Les silences interactifs.....	66
c.	Les silences socioculturels	67
d.	Intérêts des silences en odontologie	68
7.	Conclusion	68
V.	L'environnement et le contexte	69
1.	Le contexte	69
a.	Le contexte de soin	69
b.	Éléments constitutifs du contexte de soin.....	70
2.	Environnement :	71
a.	Un mot sur les couleurs	71
b.	Conclusion sur les couleurs	74
c.	La salle d'attente.....	75
d.	La salle de soins.....	76
3.	Conclusion sur l'environnement et le contexte	79
	Conclusion	80
	Table des schémas et illustrations.....	82
	Bibliographie.....	83

Introduction

La communication, que nous définirons plus loin, est un outil indispensable, non seulement au cabinet dentaire mais également dans la vie de tous les jours. Elle intervient à tous les niveaux et sous des formes variées qui nous sont inconsciemment transmises. L'apprentissage et sa lecture se fait de manière implicite et explicite, faisant souvent appel à notre inconscient. C'est de cette manière qu'il est possible de se sentir gêné à cause d'un regard ou d'une posture, sans même qu'un mot ne soit prononcé.

En odontologie, les patients sont souvent mal à l'aise, la mauvaise image du dentiste véhiculée dans la culture populaire ayant tendance à créer un climat de peur avant même que le patient ne passe la porte. La peur constitue par ailleurs le second motif de renoncement aux soins dentaires, après les raisons financières.⁽¹⁾ C'est pourquoi dans notre pratique où la communication est omniprésente, elle ne doit surtout pas être sous-estimée.

Son importance est par exemple soulignée dans l'article 2.5 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes dans l'union européenne⁽²⁾ :

<< La bonne communication est fondamentale pour la relation chirurgien-dentiste - patient. Le chirurgien-dentiste doit permettre au patient, ou à son représentant légal, de donner un consentement éclairé sur le traitement effectué et lui fournir des informations concernant le traitement proposé, les autres options thérapeutiques, les risques encourus, ainsi que les coûts, afin de donner au patient la possibilité de décider en toute connaissance de cause. >>

Pourtant, dans notre société actuelle, le contexte se complexifie avec une baisse générale du dialogue, y compris entre soignant et soigné. D'après Boudreau⁽³⁾, la première insatisfaction manifestée par les patients est que les praticiens ne soient pas assez à leurs écoutes. De surcroît, les patients devenant de plus en plus procéduriers, le praticien a tendance à donner moins d'informations par peur du litige ou du procès⁽⁴⁾ alors même qu'une baisse de la communication augmenterait le nombre de procédures à son encontre.^(3,5)

Les patients de plus en plus renseignés cherchent d'eux même les informations, sur internet par exemple, ce qui pourrait parfois nuire à une bonne communication. D'après Elizeos⁽⁶⁾, 54 % des patients et 50 % des soignants estiment que le développement des informations de santé pourrait nuire à la qualité de la communication.

La communication ne se limite pas seulement à la parole et aux mots, mais s'articule également autour d'éléments plus complexes non verbaux (par exemple la posture, les

gestes ou encore les expressions faciales) mais aussi sur le contexte et l'environnement de l'échange.

C'est dans cette optique que la communication sera abordée à travers quelques illustrations. Dans un premier temps un rappel des étapes chronologiques d'une consultation sera effectué afin de ponctuer l'importance de la communication au centre du rapport patient/praticien. Ce bref rappel servira aussi à montrer l'évolution d'un modèle traditionnel à un modèle plus actuel où la communication est optimisée de manière à accorder plus d'importance au point de vue du patient, notamment grâce au modèle de l'approche centrée sur la personne.

Dans un second temps, la communication en elle-même sera abordée à travers ses différentes composantes. Il sera tout d'abords développé la communication verbale et son mode de fonctionnement. Ensuite la communication non verbale et ses nombreuses facettes seront traitées. Enfin il sera souligné l'importance du contexte et de l'environnement dans lesquelles se situe l'interaction.

I. Rappel chronologique des étapes d'une consultation

Avant d'aborder le sujet de la communication à proprement parler, il semble intéressant de rappeler la chronologie des étapes d'une consultation en odontologie. De manière traditionnelle les codes formant le modèle d'une consultation "type" sont inscrits depuis longtemps dans le domaine de l'odontologie⁽⁷⁾, et ce quelle que soit la spécialité : par exemple en prothèse fixée⁽⁸⁾ ou en implantologie.⁽⁹⁾ Cette démarche "traditionnelle", ancrée à un modèle biomédical, est néanmoins modifiée aujourd'hui avec l'apparition d'un nouveau mode de fonctionnement de relation patient/praticien qu'est l'approche centrée sur la personne.⁽⁴⁾

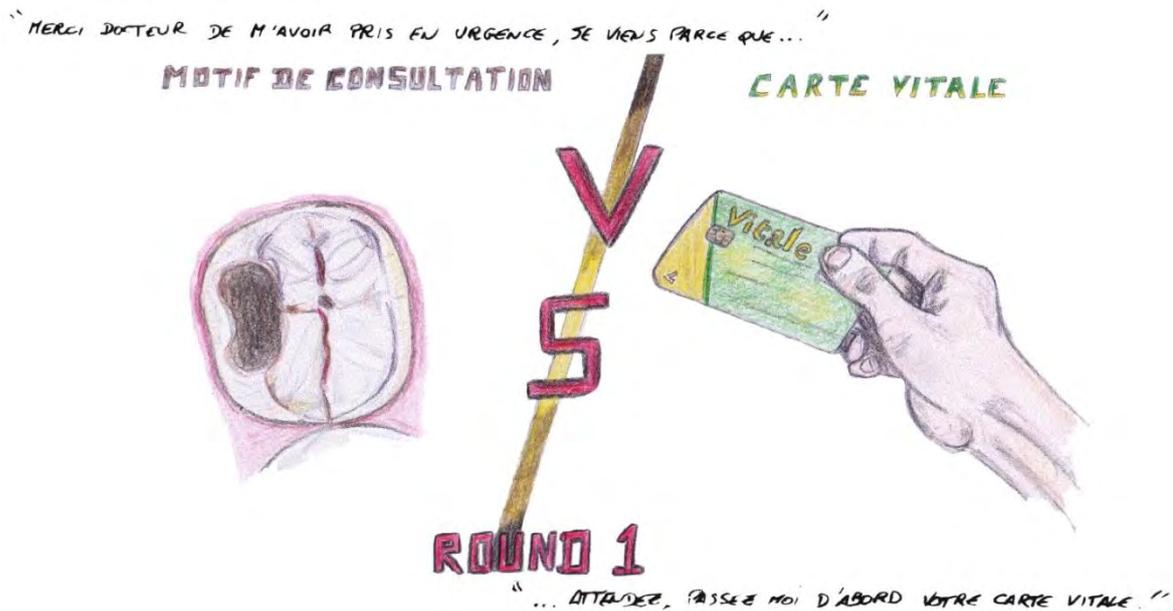


Illustration 1 : Choose your Challenger!

1. Modèle "traditionnel"

Le modèle "traditionnel" est celui souvent retrouvé dans les ouvrages de références.⁽⁷⁻⁹⁾ Il minimise le caractère psychosocial du patient au profit d'une vision biologique, avec une approche relationnelle de type paternaliste.

Il se décompose en plusieurs étapes d'après Walter⁽⁸⁾ :

a. Interrogatoire

L'interrogatoire correspond à une part importante de la communication car il va permettre de mieux connaître le patient qui nous fait face. Dans ce modèle, cet interrogatoire se décompose en plusieurs séquences :

- Obligations administratives :

- Nom et prénom(s),
- Sexe, âge et profession du patient,
- Coordonnées, comme son adresse et son numéro de téléphone,
- Son assurance maladie obligatoire et complémentaire (A.M.O. et A.M.C.).

- Recueil des antécédents médico-chirurgicaux par le biais d'un questionnaire médical :

Fortement recommandé^(10,11), il apporte des informations sur la santé générale du patient, son profil psychologique et son mode de vie. Ce questionnaire va également permettre au praticien de déterminer les cinq risques inhérents à chaque patient, c'est à dire : lié au stress, aux allergies, hémorragique, infectieux et médicamenteux.

- Motif de consultation :

Une fois le questionnaire médical établi, il est important de recueillir les demandes et attentes du patient. Il est important de convenir s'il s'agit d'un motif esthétique, douloureux, fonctionnel, ou d'une quelconque association des trois. Cette étape permet également d'appréhender la motivation du patient.

- Historique dentaire :

Cette partie s'intéresse plus au domaine odontologique strict avec des questions portées sur les antécédents de traumatisme au niveau dentaire, les habitudes alimentaires, les antécédents familiaux, etc. Il est aussi intéressant de demander la date de la dernière consultation chez le dentiste.

b. Examens endo et exo-buccal

Une fois l'interrogatoire effectué, un examen approfondi passant par des étapes d'inspection et de palpation sera effectué.

- Examen exo-buccal :

- Visage de face : Il convient de regarder tous les éléments du visage : nez, œil, sourire, etc. Il convient également d'analyser les plans et lignes de référence (ligne bipupillaire, ligne médiane, ligne bicommissurale, etc.) ainsi que la dimension verticale d'occlusion (D.V.O.). De manière générale, le praticien va rechercher une quelconque anomalie à ce niveau.

- Visage de profil : Cet examen va permettre de déterminer la classe squelettique du patient, les décalages, etc.

Une palpation des éléments exo-buccaux est ensuite réalisée, à la recherche de douleurs ou d'irrégularités, notamment au niveau des articulations temporo-mandibulaires (A.T.M.).

- Examen endo-buccal : Bouche ouverte et bouche fermée, il correspond à l'examen muqueux et parodontal, notant par exemple l'hygiène buccale du patient par la présence de plaque et de tartre, mais aussi la présence de récessions ou de lésions suspectes. Cet examen permet également l'analyse de l'état dentaire inter-arcades et dent par dent à la recherche d'anomalies, de malpositions, d'usures, etc. Il permet également la réalisation du schéma dentaire, ainsi que l'examen de l'occlusion statique et dynamique (recouvrement, surplomb, calages, guidage antérieur, interférence occlusale, etc.).

c. Examen complémentaire

La réalisation d'un ou plusieurs examens complémentaires va permettre d'affiner le diagnostic. Ces examens sont par exemple de type radiographique (retroalvéolaire, orthopantomogramme, conebeam, etc.), photographique, de type moulages avec ou sans montage en articulateur, etc.

d. Etablissement du diagnostic

Le diagnostic s'effectue grâce à la synthèse de toutes les données acquises dans les étapes précédentes.

e. Choix et proposition thérapeutique

Lors de cette étape, le praticien décide des soins et en informe le patient avec ou non l'utilisation de devis si nécessaire.

f. Récupération du consentement éclairé

D'après l'article L. 1111-4 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002⁽¹²⁾ :

<< Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment >>.

Le recueil du consentement éclairé est obligatoire car il prouve que le patient a été informé de son traitement, de ses conséquences, mais aussi des risques encourus (par exemple la possible fracture d'une racine lors du forage pour inlay-core.). C'est par ce consentement que le patient accepte les soins.⁽¹³⁾

g. Critiques

Avant de parler du modèle de l'approche centrée sur la personne, il paraissait important de rappeler le modèle "traditionnel" afin de mieux en appréhender ses limites.

Le modèle biomédical est un modèle normé sur l'organe et les tissus, comme le montre la description exhaustive effectuée précédemment.

Le premier élément mis en évidence est qu'il s'agit d'un modèle centré sur la maladie. Les étapes sont axées sur la technique et la pathologie, ne laissant pas de place à l'analyse de l'humain. Le risque de cette pratique est de passer à côté d'informations, mais aussi d'interrogations ou d'incompréhensions du patient, pouvant amener à d'éventuel contentieux par la suite.^(4,5)

Avec cette approche, le patient peut ressentir un sentiment de ne pas participer au traitement, ou encore que le praticien entreprend des soins qui ne sont pas nécessaires : tout ces éléments mènent à un patient qui n'est pas satisfait et présentant un réel manque de confiance envers le praticien.⁽¹⁴⁾

Lorsque le motif de consultation est recueilli après les questions administratives et le questionnaire médical, cela ne laisse le patient s'exprimer que tardivement dans l'entretien, privant là aussi le praticien d'informations.⁽¹⁵⁾

Concernant le questionnaire médical, l'effectuer aussi tôt dans la consultation risque également de conditionner le praticien sur des éléments pouvant altérer son diagnostic.⁽¹⁶⁾

D'après Béry⁽¹³⁾ le consentement est le contre-pouvoir du paternalisme médical. Pourtant dans cette approche, le consentement semble être obtenu de manière peu optimale. En effet, le fait de donner l'information au patient n'intervient qu'une fois que le praticien a décidé des soins. Le patient se trouve face à une situation où il n'a finalement pas d'autre choix que d'accepter en donnant son consentement sans forcément en comprendre les tenants et aboutissants.

Finalement, le praticien peut également ne pas être épanoui dans cette approche, car les répercussions d'un patient non satisfait par son praticien peuvent-être lourdes de conséquences, et entretiennent un climat de tension dans l'exercice du professionnel de santé. Cette peur permanente peut aboutir à la mise en place d'un sentiment de non-accomplissement personnel, mais aussi au déclenchement d'une dépression ou d'un burn-out. Il est intéressant de rappeler que le taux de suicide dans le domaine de l'odontologie est parmi les plus élevés, avec 4,45 fois plus de suicide que la moyenne, devant les artistes (2,12 fois) et les médecins (1,94 fois).⁽¹⁷⁾

Ces différentes limites ont amené à réfléchir à un modèle permettant de mieux appréhender le ressenti du patient afin d'améliorer sa prise en charge et d'augmenter son bien-être ainsi que de celui du praticien. Ces réflexions ont abouti au concept de l'approche centrée sur la personne.

2. **Modèle de l'approche centrée sur la personne**

L'approche centrée sur la personne est un modèle conceptualisé dans les années 1980, inspiré des recherches de Carl Rogers dans les années 1940 dans le domaine de la psychothérapie. Le principe est de ne pas seulement regarder la maladie, mais également de regarder le patient de manière holistique : ce qu'il ressent, ses appréhensions, ses représentations de la maladie et les conséquences qu'elle a sur sa vie.

Ce modèle permet la transition d'un modèle paternaliste, dépersonnalisant le patient face au praticien, à un modèle recentré sur le patient qui donne de l'importance aux éléments subjectifs tel que son ressenti. Cette approche passe par la communication, essentielle pour se comprendre et interagir : le patient ne "subit" plus le soin, mais en devient un acteur à part entière. De nombreux auteurs parlent de l'importance de la communication avec par exemple⁽¹⁸⁾ :

<< Les capacités de communication patient-praticien figurent parmi les principales compétences à acquérir dans une optique d'approche centrée sur la personne. >>

Pourtant Rhoades⁽¹⁵⁾ a montré que lors d'une consultation le patient est en moyenne interrompu au bout de seulement 12 secondes par le praticien. De surcroit, McDonald⁽¹⁹⁾ décrit que les interruptions chez les personnes âgées réduisent la transmission des informations concernant la douleur, par exemple sa localisation ou son intensité.

D'après Apélian⁽¹⁶⁾ la consultation sur le modèle de l'approche centrée sur la personne fait appel à trois principes fondamentaux permettant de mettre en place un contexte propice à une bonne communication. Ces trois principes sont :

- "**Humility**" : L'"humilité" du praticien. Elle consiste à se remettre en question car il est impossible d'avoir connaissance de tous les ressentis du patient. Elle est fondamentale car elle va permettre un équilibre des pouvoirs entre le patient et le praticien.

- "**Hospitality**" : L'"hospitalité" du praticien s'entend ici par la mise en place d'une conversation franche permettant de rendre le praticien moins intimidant, améliorant ainsi la partie environnement de la communication. L'*hospitality* se traduit également par l'expression par le praticien, en début de consultation, de la possibilité pour le patient d'intervenir à tout moment pour donner son avis ou poser des questions.

- "**Mindfulness**" : La "pleine conscience" du praticien correspond à sa manière de prêter délibérément attention au contexte, au moment présent et à ne pas porter de jugement.

D'après Apélian⁽¹⁶⁾, les différentes étapes d'une consultation basée sur le modèle centré sur la personne sont :

a. **Exploration**

L'exploration consiste à entamer une conversation franche et naturelle, tout en prenant soins de ne pas juger les propos du patient, ni de lui couper la parole. En effet, la communication passe aussi par l'écoute du patient, ainsi qu'une écoute attentive du ou des motif(s) de consultation. Lors de cette étape, le praticien effectue l'exercice de validation de l'histoire du patient, sans pour autant chercher un diagnostic. Cette exploration passe par :

- L'exploration de la personne : C'est à dire des dimensions humaines et sociales afin de déterminer l'environnement du patient (par exemple un cadre stressant et les possibles liens avec ses problèmes de santé).
- L'exploration de la perception de la santé/maladie : Il s'agit de l'"Illness", c'est à dire les sensations subjectives du patient et l'impact qu'a la maladie sur sa vie. Par exemple : dans le cas d'une fracture coronaire d'une incisive centrale, le patient peut entre autres ressentir :
 - Un handicap esthétique, par l'atteinte de l'intégrité de son sourire,
 - Un handicap social, cette fracture l'empêchant peut-être de travailler (commercial, présentateur TV, etc.),
 - Un handicap fonctionnel, ne pouvant plus exercer la préhension avec ses incisives.
 - Aucune répercussion d'ordre psycho-social.

Néanmoins, ces différents points pourront ne pas être clairement explicités par le patient avec par exemple un discours de type :

"Docteur, je n'ose même plus sortir de chez moi, c'est horrible, j'ai même posé au dernier moment une semaine de congé ! Alors en attendant votre rendez-vous, j'ai essayé de m'occuper, pour me détendre... d'habitude je fais un peu de couture pour me changer les idées, mais quand j'ai voulu en faire, je n'ai même pas réussi à tenir mon aiguille avec mes dents, et je ne vous parle même pas de mes clefs de voiture..."

b. **Examen clinique à visée diagnostique**

Cet examen permet une analyse objective par le praticien des symptômes du patient : Il s'agit du "Disease". Avant de le commencer, il est important de poser trois questions fondamentales pour la sécurité du patient : Avez-vous une allergie au latex ? Avez-vous

un problème articulaire ? Avez-vous un risque d'endocardite infectieuse ? Une fois les réponses obtenues, l'examen peut commencer.

- Anamnèse clinique : Elle consiste à poser des questions précises, focalisées sur la recherche d'un diagnostic.
- Examens cliniques exo et endo-buccal : Ces examens passent par l'inspection et la palpation comme déjà décrit dans la méthode "traditionnelle", tout en étant associés aux tests para-cliniques comme par exemple le test au froid ou à la percussion.
- Examen(s) complémentaire(s) éventuel(s) : Permettant de confirmer ou d'infirmier un diagnostic.
- Réalisation du questionnaire médical complet : Dans cette méthodologie, le questionnaire médical n'intervient que tardivement pour deux raisons :
 - De manière à ce que le praticien ne puisse pas être influencé par les pathologies générales du patient lors de l'interprétation des signes cliniques et des réponses aux tests para-cliniques,
 - Afin de ne pas submerger trop tôt le patient de questions à réponses fermées qui tendront à conditionner le patient à ne répondre que par "oui" ou par "non" sur les prochaines questions.

N.B. : Il est également possible d'effectuer un questionnaire médical sous forme de formulaire remis au patient en salle d'attente puis récupéré par le praticien. Dans cette situation, les réponses seront survolées avant de commencer l'examen clinique afin de répondre aux trois questions fondamentales, puis il sera ensuite totalement exploité après les examens complémentaires éventuels.

c. **Discussion**

La discussion est une phase importante d'explication méthodique sur les diagnostics, lors d'une conversation franche et naturelle. Lors de cette étape, le praticien enlève tous les éléments qui peuvent entraver cette discussions (masque, gants, etc.) et redresse le patient. Il s'agit d'une véritable phase d'écoute et d'empathie permettant l'ouverture aux questionnements du patient et à ses incertitudes potentielles.

d. **Prise de décision partagée**

La prise de décision partagée intervient une fois que les différentes options thérapeutiques ont été expliquées de manière méthodique au patient. Ces explications permettront au patient et au praticien de prendre une décision concernant le traitement

en créant une alliance thérapeutique à responsabilités partagées. Le patient a toutes les informations nécessaires et donne son consentement éclairé.

e. **Intervention**

Cette étape ne fait pas seulement intervenir le praticien dans son cabinet, mais également le patient chez lui ou dans sa vie de tous les jours :

- Coté praticien elle correspond à l'acte en lui-même, aux conseils, etc.
- Coté patient, elle correspond à la modification de ses habitudes grâce aux conseils du praticien afin de diminuer ou d'exclure les éléments délétères pour sa santé avec par exemple une modification de son alimentation ou une amélioration de l'hygiène.⁽¹⁴⁾

f. **Conclusion : Intérêts et critiques**

L'approche centrée sur la personne permet de structurer la consultation dans le but de conserver une vision globale du patient tout en apportant une expertise au niveau tissulaire. Il s'agit d'explorer le *illness* avec autant d'attention que le *disease*.

Cette approche permet de meilleurs résultats, que ce soit par exemple par :

- Une amélioration de l'état de santé du patient avec une baisse des symptômes, de la douleur, une amélioration des résultats thérapeutiques et des fonctions physiologique.^(4,18,20,21)
- Une augmentation de l'efficacité des soins en réduisant les tests diagnostics.⁽²⁰⁾
- Une amélioration de la santé affective du patient.⁽²¹⁾
- Une amélioration de la satisfaction et de la capacité du praticien à poser un diagnostic et à traiter ses patients.^(4,18)
- Une amélioration de la satisfaction et de la compliance du patient.^(4,18)
- Une diminution de l'inquiétude du patient.⁽⁴⁾
- Une diminution des procédures à l'encontre du praticien.⁽⁴⁾

Cette méthode met en place une égalité des pouvoirs entre le patient et le praticien, allant plus loin que le seul soin de l'intégrité corporelle en prenant également en charge la dimension émotionnelle du patient.⁽¹⁴⁾

La mise en place d'une alliance thérapeutique de part la communication et l'intervention duale du patient et du praticien permet aussi une amélioration de la satisfaction du patient et du praticien.⁽¹⁶⁾

Parmi les critiques souvent rencontrées sur le modèle de l'approche centrée sur la personne, la première retrouvée serait le côté chronophage de cette méthode. Cette idée reste à pondérer car il s'agit finalement d'une "perte de temps" de l'ordre de quelques minutes⁽¹⁶⁾ qui permettent la mise en place d'une relation de confiance qui pérennise la relation de soins.

Une des limites qui peut être mise en évidence est que cette approche est souvent décrite comme une relation entre seulement deux intervenants. Elle ne fait aucune allusion à la possible présence d'une tierce personne comme dans le cas d'une personne handicapée, ou encore chez l'enfant. Elle ne prend également peu en compte la possible présence d'autres acteurs du cabinet, comme une assistante, une secrétaire ou encore un prothésiste.

En conclusion l'approche centrée sur la personne est une méthode qui paraissait intéressante à rappeler ici, car elle souligne l'importance de la communication puisqu'elle l'utilise durant toute la consultation. Il est important de préciser que cette méthode utilise les capacités personnelles de chacun, c'est à dire qu'il ne s'agit pas d'un protocole généralisable à tout le monde mais plutôt d'une méthode transférable. Chaque personne se doit de se l'approprier pour ne pas tomber dans une application impersonnelle et dépersonnifiante.^(4,16)

II. Introduction sur la communication

D'après le dictionnaire Larousse⁽²²⁾, la communication se définit comme :

<< Action, fait de communiquer, de transmettre quelque chose. >>

Le fait de communiquer met donc en relation au moins deux personnes, qui échangent des informations dans un sens comme dans l'autre. Dans le domaine médical il est question de la relation de soins : celle-ci ne se met en place que grâce à une communication efficace, qui participe également à la création d'un véritable cadre de confiance.

Outre les compétences et gestes techniques, l'acte thérapeutique doit comporter la communication, autant dans le transfert d'information que dans l'écoute du patient (cf. *Modèle de l'approche centrée sur la personne*). Le principe est de revenir à une véritable relation humaine où chacun s'écoute et essaye au maximum de se comprendre.

1. Notion de boucle de rétroaction ou "feedback"

a. Définitions

Le terme "feedback" est une notion empruntée à la cybernétique et est définie comme un processus permettant le contrôle d'un système (qu'il soit mécanique, physiologique ou social) en l'informant des résultats de son action.

Il existe de nombreux termes proposés pour sa francisation, avec par exemple rétroaction, rétro-information, retour, réinjection, réponse, boucle informationnelle ou encore réaction. Néanmoins, il semble que le terme le plus équivalent et le plus fidèle reste la notion de boucle de rétroaction.^(23,24)

Pour bien comprendre la notion de feedback, il est important de rappeler que la cybernétique est une science de contrôle et de communication. Le contrôle est ici composé de deux dimensions : la constatation et l'intervention. Pour qu'il y ait contrôle, il est indispensable de définir une finalité, car pour être capable de vérifier et/ou d'agir sur une situation il est nécessaire qu'il existe un objectif ou un but à atteindre. Par exemple, dans le cas d'une consultation, l'objectif est que le patient comprenne les informations transmises par le praticien.

Le feedback repose sur le même processus que le contrôle cybernétique, mettant en place une capacité de vérification et une capacité de modification de la situation ou de l'état en fonction de la finalité.

b. Fonctionnement du processus

D'après Paquette⁽²³⁾, le feedback est composé de trois opérations continues et simultanées :

- L'**information** ou perception : La boucle de rétroaction est un mécanisme qui permet au système de savoir si son action rejoint sa finalité. Elle permet au système de s'informer sur ses performances. L'information de retour peut être initiée par différents indices comportementaux verbaux ou non verbaux. Généralement, la prédominance de l'information correspondra à une réponse verbale, mais elle pourra également être un signal non verbal, comme une grimace ou une posture. Il est important de noter qu'il est impossible de "demander du feedback" : c'est l'analyse du comportement qui donne l'information.

- L'**évaluation** ou traitement : Une fois que l'information est reçue par le praticien, son évaluation commence. Il s'agit de définir si l'objectif est atteint ou non. Au niveau cybernétique, il existe une notion de feedback positif, c'est à dire que l'information montre un déséquilibre dans le système (l'objectif n'est pas atteint), et de feedback négatif permettant d'interrompre l'action du système (l'objectif est atteint). Cependant, étiqueter une boucle de rétroaction comme positive ou négative en communication interpersonnelle est source de confusion et est donc abandonnée ici.

- La **ré-action** ou prise de décision : Elle correspond à la correction de l'action dans l'optique de se rapprocher de l'objectif donné. Le système ré-agit en s'adaptant aux fluctuations de la situation. Cette ré-action ne doit pas être confondue avec la réaction de la cible.

Le feedback permet donc une adaptation en fonction des indices d'acceptations ou de refus décelés chez le destinataire. Il permet la modification d'une action encore en cours afin d'augmenter la probabilité d'atteinte de l'objectif donné.

En d'autres termes, le feedback correspond à tous les éléments que le praticien va recevoir concernant les effets produits par son message sur son destinataire afin de valider sa communication.

c. Un mot sur la pré-information

Le feedforward ou pré-information est assimilable à une boucle de préaction et peut parfois alimenter la boucle de rétroaction.

Il s'agit d'un type de contrôle se situant avant l'exécution de l'action, et dont le modèle est semblable au feedback. A l'inverse d'une boucle de rétroaction, il ne s'agit pas d'un contrôle en temps réel, mais d'un contrôle prévisionnel issu des données théoriques prédictives ou sur l'expérience personnelle.⁽²³⁾

Le feedforward fait généralement appel à la formule << Et si [...] >>, permettant de faire réagir et d'inspirer de nouvelles idées à l'interlocuteur. Il ne s'agit pas d'une recommandation ou d'un conseil, mais d'une idée ou d'une suggestion de ce qui pourrait être différent, avec par exemple : "*Et si vous utilisiez du révélateur de plaque pour vous aidez à voir les zones difficiles au brossage*".⁽²⁵⁾

2. Notion d'empathie

L'empathie est une notion qui possède de nombreuses définitions et qui est assez difficile à conceptualiser. Outre la crainte de certains praticiens d'un déferlement non contrôlé d'émotions, elle suscite beaucoup de questionnements comme par exemple "Peut-on réellement apprendre l'empathie ou fait-elle partie du comportement de chacun ?", "Est-elle applicable au même niveau chez tous les patients ?", "Pourquoi a-t-elle tendance à diminuer durant les études médicales ?", etc. Cette partie n'a pas pour but de répondre à ces différentes questions, mais plutôt à essayer de comprendre son intérêt dans la communication.

a. L'empathie, une sorte de feedback ?

L'empathie permet la compréhension de ce que ressent une personne, mais sans pour autant le ressentir. Un praticien faisant preuve d'empathie doit se trouver suffisamment proche de son patient pour le soigner, tout en restant assez éloigné afin de ne pas ressentir la souffrance éprouvée. Il s'agit de l'empathie émotionnelle, c'est-à-dire de l'habileté d'éprouver subjectivement et de partager l'état psychologique d'une personne.

L'empathie passe par la rencontre avec la personne, son écoute attentive, par la mise en place d'une certaine chaleur dans la relation, par la disponibilité, etc. En d'autres termes, tout ce qui participe à "humaniser" l'entretien. Elle tient également compte du vécu subjectif du patient vis-à-vis de sa maladie.⁽²⁶⁾ Il est important de montrer au patient que ce qu'il ressent est compris. Il s'agit de l'empathie cognitive, c'est-à-dire de l'habileté à identifier et à comprendre les sentiments d'une personne en les considérant de manière objective.

Là où le feedback permet une certaine validation de la part du praticien, l'empathie permet une validation de la part du patient qui peut donc nous accorder sa confiance.⁽²⁷⁾

b. L'empathie en tant qu'aide à la communication

L'empathie ne s'arrête pas à la simple validation du praticien par le patient. Au delà même du ressenti éprouvé par l'écoute du patient, elle participe également à la lecture de nombreux éléments de la communication non verbale. En effet, sans empathie de nombreux "détails" risquent de ne pas être décelés.⁽²⁸⁾

D'après Cosnier⁽²⁸⁾, l'empathie correspond au partage simultané d'un ou plusieurs états psychocorporels. L'empathie participerait donc aux phénomènes d'échoïsation comme la contagion d'un fou rire par exemple (cf. : *Le mirroring*).

L'empathie participe à la communication en permettant l'échange d'informations du patient vers le praticien, qui partage son ressenti, mais également du praticien vers le patient, qui valide la compréhension de son point de vue.

3. Schéma général de la communication

a. Schéma de Shannon (1952)

D'après Shannon⁽²⁹⁾, la communication se décompose en plusieurs éléments :

- Une source d'information qui énonce et crée un message,
- Un émetteur qui code le message et le transforme en signal,
- Un canal qui achemine le signal, qui peut être bruité à ce niveau,
- Un récepteur qui reçoit et décode le signal pour retrouver un message,
- Un destinataire qui récupère le message.

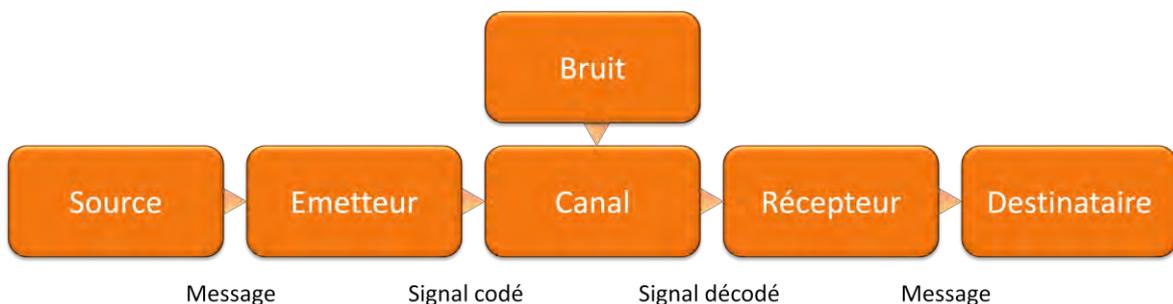


Schéma 1 : Schéma général de la communication selon Shannon

b. Schéma de Jakobson (1963)

D'après Jakobson⁽³⁰⁾, la communication met généralement en place un destinataire, un message et un destinataire. Le message va lui-même être en interaction avec trois éléments que sont :

- **Le code**, qui correspond aux fonctions métalinguistiques.

Elles représentent par exemple le langage utilisé mais pas seulement. Elles peuvent aussi faire appel à des éléments non verbaux pouvant renverser le sens d'un mot ou au contraire l'appuyer. Il peut passer par n'importe lequel des cinq sens, voir même par des canaux imperceptibles par le genre humain comme les ultrasons par exemple.

- **Le contact**, qui correspond aux conditions de la communication.

Cette condition est variable, allant du contact direct, comme par exemple attraper le bras de quelqu'un pour le retenir et l'empêcher de partir, au contact à distance comme par exemple une communication téléphonique.

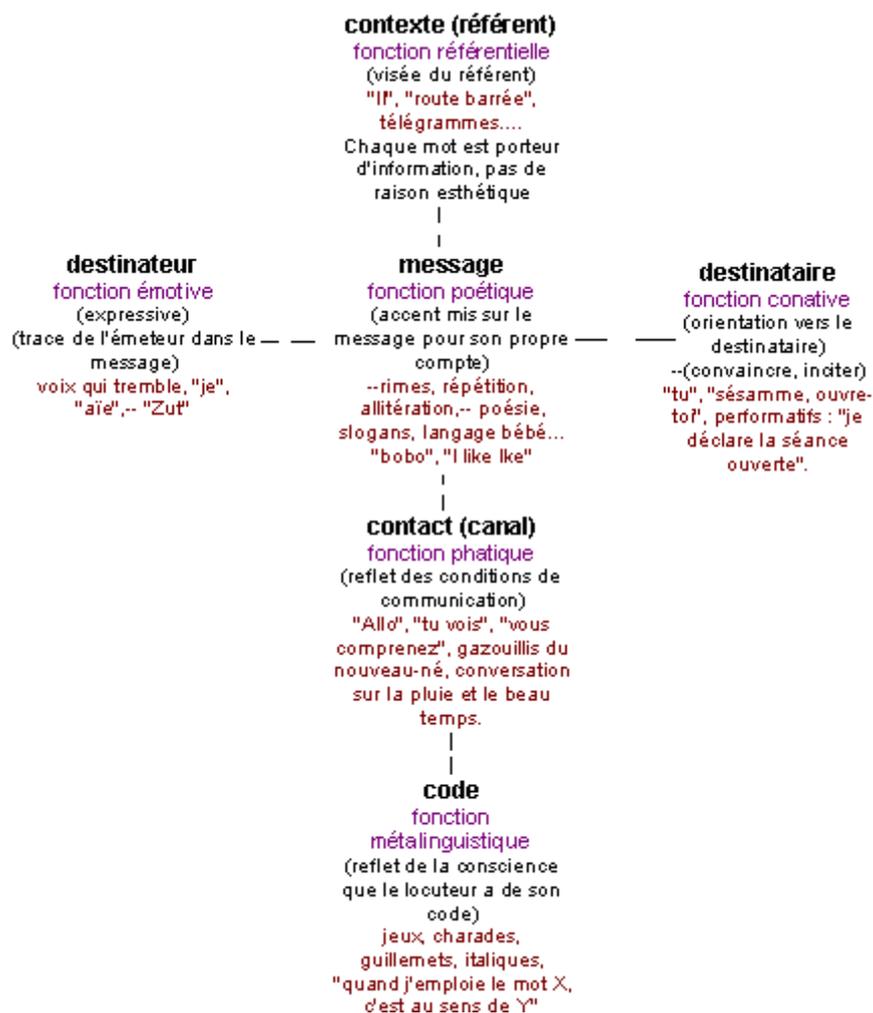
- **Le contexte**, qui correspond aux éléments du message ne pouvant être compris que grâce au lieu ou encore à l'environnement dans lequel se déroule l'échange.

Par exemple, dans la phrase "Regarde sur ta gauche", le contexte trouve toute son importance, le regard pouvant se diriger dans n'importe quelle direction si les protagonistes n'ont pas de contexte clairement défini.

Il est important de souligner que le message n'est pas indépendant du destinataire et du destinataire :

- **Le destinataire** peut émettre d'autres messages, par exemple non verbaux, qui peuvent modifier le sens du message originel,

- **Le destinataire** peut ne pas comprendre le message car il n'en connaît pas le code.



Finalement, le schéma de Jakobson se rapproche de celui de Shannon : le destinataire peut s'apparenter à la source, le destinataire reste le destinataire, le contact représente le canal, l'émetteur et le récepteur correspondant à la capacité des interlocuteurs d'utiliser le code et enfin le bruit peut être associé au contexte.

Les êtres humains communiquent donc avec des mots, mais aussi avec leurs corps, les objets et leurs organisations dans l'espace et le temps.⁽³¹⁾

4. Les différents étages de la communication

En extrapolant les deux schémas expliqués précédemment, il est donc possible de décomposer la communication en trois éléments que sont la communication verbale, la communication non verbale et l'environnement ou contexte.

Étonnamment, certaines études estiment que seulement 7% de la communication passe par les mots, 38% passant par l'intonation et 55% passant par le langage corporel.^(32,33) Ces chiffres souligneraient l'importance de la communication verbale, sans même faire référence au contexte, montrant qu'il est finalement impossible de ne pas communiquer, qu'on le veuille ou non.

Ainsi, rien que le fait qu'une personne ne veuille pas communiquer serait une forme de communication en elle-même. En prenant en compte le contexte, il deviendrait ainsi possible de deviner que la personne est fatiguée, vexée ou triste par exemple.

Ces chiffres montreraient également que dans de nombreuses situations, il est finalement plus intéressant d'effectuer un geste rassurant plutôt qu'un long discours.

Nous allons donc décrire plus spécifiquement chaque partie de la communication, en passant par la communication verbale, au delà du mot en prenant en compte par exemple les interactions sociales. Nous nous attarderons ensuite sur les différentes manifestations de la communication non verbale, de la posture au silence. Enfin nous parlerons de l'importance du contexte et de sa possibilité d'influencer l'interaction.

III. La communication verbale

1. Principes de la communication verbale

a. La communication interpersonnelle

D'après Vion⁽³⁴⁾, la communication verbale passe par des interactions verbales. Ces interactions sont séparées en deux éléments que sont :

- **La relation sociale** : Elle correspond au véritable caractère social. Grâce à la notion de contexte (*cf. L'importance de l'environnement*), les sujets participants à l'action de communiquer peuvent reconnaître le cadre interactif dans lequel se déroule l'échange.

Cette relation sociale est extérieure mais dépendante du langage. Elle met en place un caractère institutionnel, comme un médecin et son patient.

- **La relation interlocutive** : Elle correspond au caractère linguistique de l'interaction. Elle se construit dans l'activité langagière qui l'a créée.

Cette relation interlocutive correspond au caractère discursif de l'interaction verbale, et s'identifie par exemples aux mots et à leurs syntaxes.

Cette séparation de l'interaction verbale en relation sociale et en relation interlocutive reste néanmoins compliquée, car ces deux relations sont en constante interrelation, formant la communication interpersonnelle. Ainsi, quand deux personnes interagissent, elles doivent constamment gérer simultanément leurs places discursives et institutionnelles.

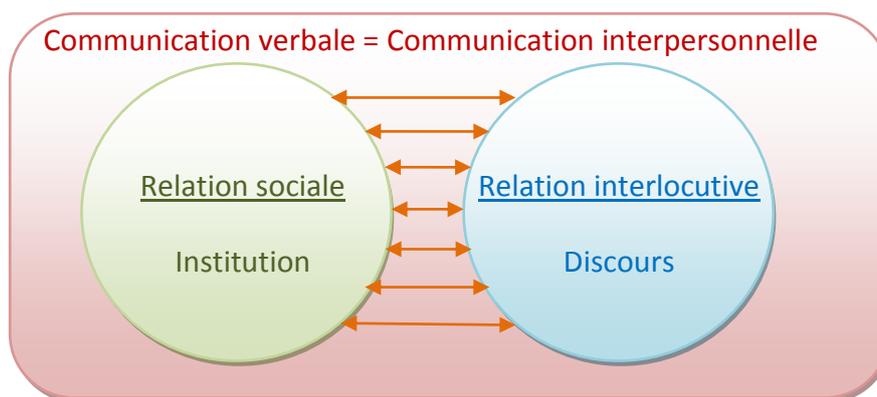


Schéma 3 : Schéma des interactions verbales

Enfin, d'après Watzlawick⁽³⁵⁾ :

<< [...] un individu ne communique pas ; il prend part à une communication ou il en devient un élément. Il peut bouger, faire du bruit [...] mais il ne communique pas. Il peut entendre, sentir, goûter et toucher, mais il ne communique pas. En d'autres termes, il n'est pas auteur de la communication, il y participe. >>

b. Le cadre interactif

D'après Vion⁽³⁶⁾, la communication verbale repose sur l'interaction. Il en existe plusieurs types, comme l'interrogatoire, la conférence ou encore la consultation.

C'est ce type d'interaction qui va définir la relation sociale mise en place. On parlera alors de type général qui définit le cadre de l'interaction encore appelé cadre interactif.

Chaque personne possède la capacité implicite de déterminer d'entrée de jeu le cadre interactif dans lequel il figure. Chacun pourra ainsi inconsciemment définir les types d'interactions dans lesquelles les différents échanges vont pouvoir évoluer. En effet, chaque type d'interaction pourra commander ou induire des changements de comportement ou des modifications de langage en fonction de la situation.

c. Typologie des interactions

D'après Vion⁽³⁴⁾, concernant la typologie des interactions *<< Aucune science ne peut prétendre épuiser le réel >>*, c'est à dire qu'il n'existe pas de nombre fini de type d'interaction.

Comme expliqué précédemment, à un cadre interactif donné, un type d'interaction général est associé. Néanmoins, cela n'empêche pas la mise en place d'autres types d'interactions successifs et/ou simultanés.

Ces types d'interactions subordonnés sont définis en tant que "modules".^(34,36) Il est donc possible, à l'intérieur d'un cadre interactif donné, de voir se succéder des modules qui peuvent être totalement différents.

Il existe donc dans une interaction donnée un type général, correspondant au type dominant, définissant le cadre interactif de la rencontre, ainsi que des types subordonnés, les modules, qui peupleront l'échange.

d. Rapport de place

Une relation sociale associée à un cadre interactif n'est jamais une relation de coprésence. D'après Vion⁽³⁴⁾ cela signifie qu'un rapport de "dominance" sera forcément mis en place dans le cadre interactif avec un "expert" et un "consultant", où "l'expert" guidera la conversation.

Dans le domaine médical par exemple, le type dominant sera la consultation mettant en place un rapport médecin/malade ; quelle que soit la technique de consultation mise en place le médecin, "l'expert" ou "celui qui sait", est la personne dominante du cadre interactif, tandis que le malade, le patient ou le "consultant", se laissera conduire par le praticien à travers les différents modules de la consultation.

Il est possible d'ouvrir autant de modules souhaités dans un type dominant. Ils peuvent être initiés par n'importe lequel des intervenants.

De manière locale, dans chaque module le rapport de dominance peut être renversé. Par exemple, si le praticien pose une question sur un domaine qu'il ne maîtrise pas mais qu'il s'agit du domaine de compétence du patient, un nouveau module s'ouvre avec le patient à la place "d'expert", et le praticien à la place de "consultant".^(34,36)

Par exemple : Un patient consulte pour une douleur. Le cadre interactif est la consultation. Le praticien gagne le rôle d'expert et l'utilise pour mener les différents modules comme l'interrogatoire, l'entretien, etc. Lors d'un de ces modules, le praticien peut facilement apprendre le métier du patient, ici par exemple garagiste. Il peut alors consulter son patient sur le domaine de l'automobile : un nouveau module de consultation s'ouvre, le rôle d'expert tenu cette fois ci par le patient. Le praticien, tout comme le patient, peut ensuite revenir sur un module précédent ou en commencer un nouveau. Cependant, la position haute d'expert du cadre interactif appartient tout le long de la consultation au praticien, car il reste l'expert du type dominant. Le praticien reste celui qui dirige la consultation.

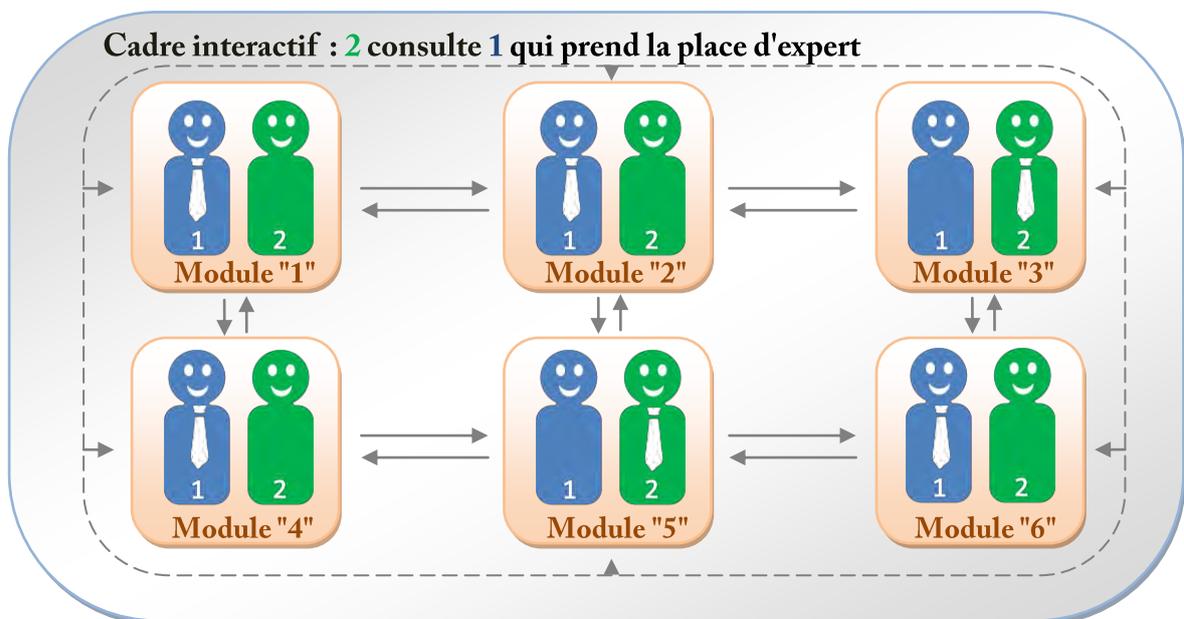


Schéma 4 : Schéma des rapports de place et des modules : La cravate représente la place d'expert

2. Les différents types de communication verbale

Il existe plusieurs types de communication verbale⁽³⁷⁾ :

a. La communication dyadique

La communication dite dyadique correspond à deux personnes présentes dans un même lieu, face à face. Il s'agit du cas le plus fréquent de communication interpersonnelle.

De ce cas de figure, la communication repose sur la communication verbale mais également sur la communication non verbale ainsi que sur le contexte. Elle permet la mise en place du feedback, qu'il soit verbal ou non verbal.

Il est à noter que la communication verbale ne nécessite pas forcément l'utilisation de "mots" en tant que sons. Elle correspond à tous les langages, y compris les langages gestuels comme la langue des signes.

Enfin, chaque personne étant unique, l'information donnée peut avoir un impact différent en fonction des données psychologiques, sociales, cognitives ou encore culturelles de chacun.

b. La communication téléphonique

Contrairement à la communication dyadique les personnes communicantes, destinataire et destinataire, ne sont plus dans la même pièce. Les sujets ne se voient pas, ce qui abolit la notion de retour de l'information et de feedback non verbal. En d'autres termes, ce type de communication inhibe complètement la communication non verbale en donnant les pleins pouvoirs à la communication verbale. Or, il est intéressant de rappeler que comme dit précédemment, une majorité de la communication passerait par le langage corporel.^(32,33)

Par exemple, si une personne ne comprend pas ce qui lui est dit, elle peut effectuer une expression faciale montrant son incompréhension. Dans ce style de communication l'expression faciale en elle-même n'est pas inhibée, la personne pouvant l'effectuer en étant au téléphone, mais son interlocuteur ne pourra pas l'utiliser et reprendre son explication.

L'inconvénient majeur de la communication téléphonique est qu'elle est fréquemment génératrice de malentendu. Il est donc nécessaire d'être très vigilant quant aux mots utilisés dans ce genre de conversation.

c. La communication écrite

La communication écrite utilise les mots mais sans utiliser la voix. Il s'agit d'un type de communication verbale "pure", dans le sens où seuls les mots ont de l'importance car même l'intonation de la voix est absente. Elle fait intervenir une personne généralement absente, celle qui a écrit le texte, et son lecteur.

Le plus gros avantage dans ce style d'échange est la possibilité de revenir facilement à l'information. En effet, il ne s'agit pas d'un support éphémère comme un "son", mais d'un support physique qui peut être à nouveau consulté. Ce style peut être très intéressant en cas de volume important d'information à assimiler.

Malgré cet avantage, il existe un inconvénient majeur qu'est l'impossibilité pour le lecteur d'avoir une réponse à ses possibles questionnements. Elle peut néanmoins être intéressante si le support est combiné à un interlocuteur compétent pour répondre à ses interrogations : c'est l'exemple de l'élève, son manuel scolaire et de son professeur.

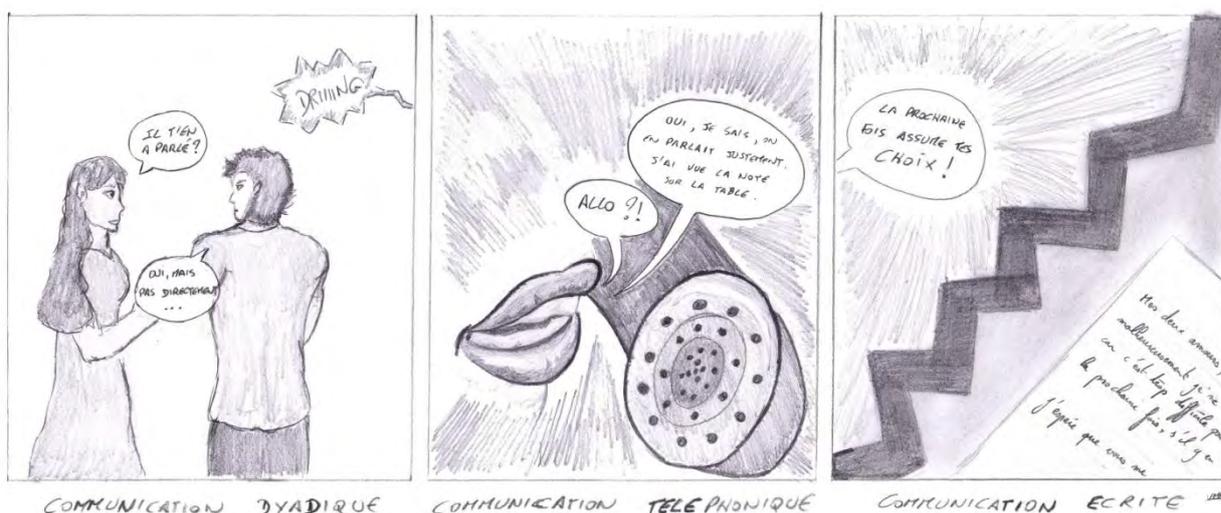


Illustration 2 : Les différents modes de communication

3. Les mots

Les mots sont porteurs de messages ; entraînant pour son destinataire, et parfois même chez celui qui les prononce, des sentiments et des émotions. Ce qui entraîne ces états va souvent au delà même de la simple signification des mots.

a. La dénotation et la connotation

D'après Bakhtin⁽³⁸⁾ :

<< All words and forms are populated by intentions. >>

Cette phrase pourrait se traduire par "Tout les mots et tournures sont peuplés par des intentions".

Chaque mot possède deux aspects :

- Une partie stable, la **dénotation**, qui correspond à leur signification propre. Cette signification décrite et définie par les dictionnaires permet de comprendre le sens premier de chaque mot.^(39,40)

Par exemple, le mot "vert" est défini comme une couleur située entre le bleu et le jaune dans le spectre de la lumière blanche.

- Une partie variable, qui correspond à leurs **connotations**. Elle est beaucoup moins bien définie et est bien plus complexe. De manière générale, la connotation s'ajoute à la dénotation.⁽³⁹⁾

Cette connotation possède un caractère occasionnel, dans le sens où elle dépend du contexte, du niveau de langue de chacun, des références culturelles, de l'éducation mais aussi des interlocuteurs.⁽⁴⁰⁾

Par exemple, le mot "vert" peut connoter la nature, le dégoût, la maladie, une autorisation, une idée politique, etc.

En communication, ce sont les premiers et les derniers mots qui sont les plus susceptibles de provoquer une réaction chez la personne qui les entend.⁽⁴¹⁾

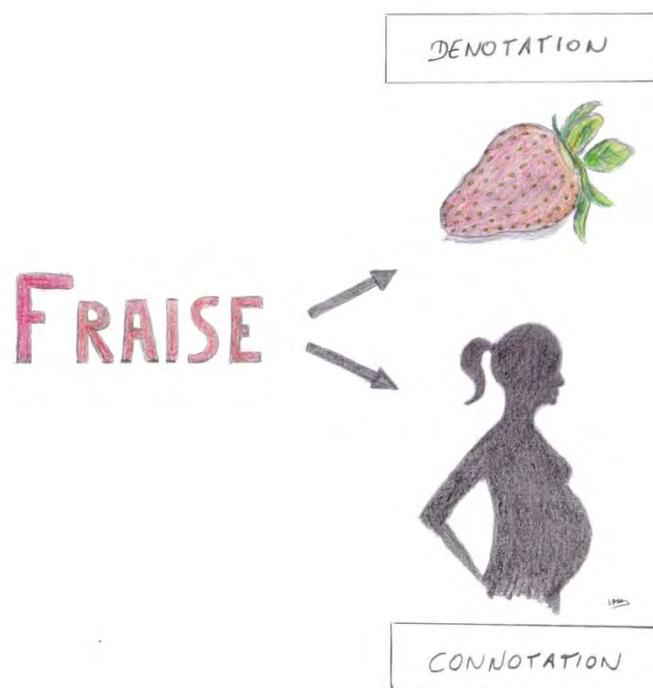


Illustration 3 : Dénotation et connotation du mot "fraise"

b. Polysémie et synonymie

La polysémie d'un mot désigne le fait que pour un signifiant donné il existe plusieurs signifiés ; autrement dit que pour un terme il existe plusieurs notions. Malgré la richesse de la langue française, quasiment tous les mots sont polysémiques. La polysémie est à différencier de la synonymie qui elle signifie plusieurs termes pour une seule notion.^(40,42)

Le problème de la polysémie est que certains de nos termes, lors de la consultation, peuvent être mal compris et/ou mal interprétés. Il s'agit d'une source de malentendus qui doit être surveillée. Synonymie et polysémie sont également sources d'erreurs dans les traductions médicales.⁽⁴²⁾

L'odontologie, et même le domaine médical dans son ensemble, possède une grande variété de mots plus ou moins complexes qui finissent par créer un langage à part entière. Ce système de langage définit, comme dans chaque profession, le jargon médical encore appelé vocabulaire professionnel.

Ce langage est indispensable pour la communication efficace entre professionnels de santé ; que ce soit à propos de cas cliniques, au niveau académique, dans le domaine de la recherche ou encore dans les discussions avec les sociétés savantes. Il est également indispensable dans l'établissement de diagnostic ainsi que dans le traitement et la tenue du dossier médical.⁽³⁹⁾

Cependant l'apprentissage de ce vocabulaire professionnel a nécessité plusieurs années d'études, expliquant pourquoi ce langage n'est pas forcément adapté à la communication patient/praticien. En effet, de nombreux mots peuvent ne pas être compris par le patient qui, en raison de la polysémie des mots va pouvoir interpréter des significations différentes et donc ne pas comprendre ce que le praticien a voulu dire. En fonction des termes, l'incompréhension ou le malentendu pourra être générateur de stress ou d'angoisse chez le patient, accentuant le contexte anxiogène de la consultation odontologique.⁽⁴³⁾ En voici quelques exemples :

- L'acronyme "IRM" qui signifie pour le chirurgien dentiste un matériau d'obturation temporaire, pourra être compris par le patient comme la réalisation d'un examen d'imagerie,

- Le terme "congé" représente pour le praticien la forme de la limite de préparation en prothèse fixée, mais pourra être entendu comme des vacances par celui qui est soigné,

- Le mot "occlusion" représentant dans notre domaine la manière dont les arcades d'une personne s'engrènent, pourra être compris en tant qu'une pathologie intestinale.

D'après une enquête sur soixante personnes concernant la crainte et la compréhension du vocabulaire en odontologie⁽³⁹⁾, certains termes médicaux comme par exemple "biopulpectomie" ne sont quasiment pas connus (6,66%) contrairement à leurs synonymes populaires comme "dévitalisation" (98,33%). Un autre exemple flagrant apparaît d'ailleurs en écrivant ces lignes, le correcteur orthographique ne reconnaissant pas le terme "biopulpectomie" mais connaissant le mot "dévitalisation". Pourtant lorsque deux personnes tentent de créer un dialogue les différents interlocuteurs doivent connaître le même langage afin de pouvoir se comprendre, échanger et interagir ensemble.

Il est intéressant de constater dans cette enquête que parmi les trente-deux mots proposés aux patients, aucun des termes ne provoquent un réel sentiment de confiance chez les personnes interrogées. Vingt-trois termes provoqueraient un sentiment de crainte, tandis que cinq se rapporteraient à de l'indifférence et quatre à une légère sensation de confiance, le score ne dépassant pas six sur une échelle de dix, où zéro est une sensation de crainte, cinq une sensation d'indifférence et dix une sensation de confiance.

c. Champs lexicaux

L'utilisation du jargon médical par le praticien peut donc être à la source d'incompréhension chez son patient car il est facilement envisageable qu'un mot ayant une signification particulière pour le professionnel de santé soit perçu d'une manière différente pour la personne soignée.⁽⁴³⁾ C'est le principe de la polysémie expliquée précédemment.

Cette confusion est augmentée par les connotations négatives des champs lexicaux utilisés en odontologie. Les deux principaux retrouvés dans le vocabulaire odontologique sont les champs lexicaux de la justice et celui de la mort (également associé à celui de la guerre). Ces champs lexicaux peuvent sûrement expliquer en partie pourquoi la plupart du vocabulaire utilisé lors des consultations inspire un sentiment de crainte.⁽³⁹⁾

Voici quelques exemples qui représentent de manière non exhaustive le nombre important de mots issus de ces champs lexicaux :

- Champ lexical de la justice :

Les exemples sont donnés de la manière suivante :

Sens médical	Mot	Sens du champ lexical
--------------	-----	-----------------------

Dent condamnée	Condamnée	Condamné à mort	Secret médical	Secret	Secret professionnel
Interrogatoire médical	Interrogatoire	Interrogatoire judiciaire	Ordonnance médicamenteuse	Ordonnance	Ordonnance ministérielle
Contrôle de plaque	Contrôle	Contrôle de police	Dossier médical	Dossier	Dossier de preuve
Immunité systémique	Immunité	Immunité diplomatique	Déposer le pansement	Déposer	Déposer plainte
Jugé conservable	Jugement	Jugé coupable	Rétention de plaque	Rétention	Rétention d'informations
Décision de traiter	Décision	Décision de justice	Poursuivre le soin	Poursuivre	Poursuivre au tribunal

- Champ lexical de la mort et de la guerre :

Nécrose pulpaire	Nécrose	Nécrose de cadavre	Contre-dépouille	Dépouille	Dépouille de cadavre
Habitudes nocives	Nocif	Produits nocif	Arsenal thérapeutique	Arsenal	Arsenal militaire
Biopulpéctomie	Tuer	Dévitilisation	Décapitation papillaire	Décapiter	Décapitation
Lever un lambeau	Lambeau	Lambeau de chair	Mobilisé une dent	Mobilisé	Mobilisé pour une mission
Inlay-core/ Amputation de racine	Moignon/ Amputation	Membre coupé	Rétention de plaque	Rétention	Rétention d'informations
Infection dentaire	Infection	Infection mortelle	Spectre bactérien	Spectre	Fantôme

Il existe d'autres nombreux exemples, comme trépanation, curetage, arracher, perte dentaire, douleur, lancer, pulser, tirer, piqûre, reste radiculaire, contention, fistule, condamner, etc.

D'après Lang⁽⁴⁴⁾, l'utilisation de certains termes peut entraîner une augmentation de la douleur et de l'anxiété. Cet effet est lié à la représentation que le patient se fait du mot : il s'agit alors d'un mot à charge émotionnelle négative. Cette réaction existe, même si le message est associé à un adjectif réducteur, comme par exemple "une légère douleur".

De la même manière, il existe des mots à charges émotionnelles positives, ainsi que des mots à charges émotionnelles neutres.

Les mots des champs lexicaux de la mort, de la guerre et de la justice sont très souvent chargés de manière négatives. Il paraît donc intéressant de les remplacer lors de la communication avec un patient afin d'en améliorer la prise en charge thérapeutique.

d. Le renforcement positif

De manière générale, un mot possède une représentation qui lui est propre chez chaque individu. Elle est fonction de la dénotation (le sens) et de la connotation (les émotions) du

mot (cf. : *La dénotation et la connotation*). Cependant, ces deux éléments sont complémentaires et permettent de créer des informations sensibles pour chaque mot, comme par exemple une forme, une couleur, une odeur, un goût ou encore une texture.^(44,45)

Cette idée est facile à intégrer en prenant l'exemple d'un mot concret représentant un objet physique. Pourtant, cette information sensitive existe également avec des mots plus abstraits, représentant des émotions, des sensations, des concepts ou encore des maladies. Ainsi l'amour est souvent associée à la couleur rouge et à une sensation de douceur, tandis que le froid est associé à la couleur bleue et une texture piquante.

La technique de réification de la douleur en hypnose fait appel à ce principe. Elle consiste à demander au patient en état de transe hypnotique de caractériser au maximum une douleur en lui donnant une forme, une couleur, une texture, un son, un goût, etc. Il convient ensuite de suggérer au patient de trouver un moyen de détruire l'objet représentant la douleur, faisant ainsi diminuer la sensation douloureuse.^(46,47)

Le renforcement positif est une notion issue de la psychologie comportementale qui illustre le fait d'utiliser des termes faisant référence à la détente ou au bien être. L'objectif est de jouer avec la représentation sensitive de chaque mot afin de créer un climat agréable dans la conversation pour éviter les phénomènes de stress ou d'angoisse, mais également pour diminuer les sensations de douleurs ou encore encourager un patient pour un bon comportement.^(27,44)

De manière générale, le renforcement positif intervient par la formulation d'encouragement, mais aussi par l'utilisation de termes positif comme "agréable", "efficace", etc., tout en évitant les comportements de jugement et moralisateur. L'hypnose utilise également cette technique et parle de "saupoudrage".^(48,49)

Les maladies se définissent pour chaque professionnel de santé, quelles que soit leurs spécialités, par une représentation claire et univoque. Cette représentation peut évoluer dans le temps grâce à l'expérience du praticien ou par la progression de la compréhension de la maladie ou de sa physiopathologie. Cette représentation est également personnelle et est souvent à connotation négative. Les objectifs du soignant vont donc correspondre à "humaniser" le diagnostic d'une maladie qui est initialement purement technique. Il permet ainsi à contribuer à l'interprétation de sa maladie par le patient en jouant sur des registres positifs et de valorisation face à la pathologie.⁽⁵⁰⁾

Un mot sur l'usage de la négation :

La négation est l'action de nier quelque-chose. Elle correspond au contraire de l'affirmation.

Certains auteurs affirment que la négation a tendance à ne pas être entendue par notre inconscient.^(48,49,51,52) Cette propriété explique pourquoi dans de nombreuses situations, l'usage de la négation provoque une réaction contradictoire à la signification de la phrase. Ce phénomène s'explique par le fonctionnement de l'inconscient, celui-ci représentant d'abord l'image de l'action, sans prendre en compte la structure et l'antagonisme présent.

Par exemple, dans la phrase "*Ne vous inquiétez pas, ça ne va pas faire mal*", l'inconscient reconnaît l'action de "s'inquiéter" et de "faire mal", ce qui potentialise les effets d'anxiété du patient et la douleur ressentie.

Afin de contrer ces effets, il existe différentes techniques, comme par exemple :

- L'utilisation d'affirmations plutôt que de négations, comme par exemple "*Détendez-vous, ça va bien se passer*",

- L'utilisation de la négation associée à des termes positifs. Ces termes seront transmis malgré l'usage de la négation, afin de feinter l'inconscient, comme par exemple. "*Ça ne va pas être agréable*". Dans cet exemple, même si l'acte effectué est douloureux ou désagréable, l'inconscient va lui envoyer un message contradictoire en se représentant quelque chose d'agréable, participant à la diminution des mauvaises sensations.

e. **Métaphores et comparaison**

Comme expliqué précédemment, pour pouvoir être compris par le cerveau, un mot est donc associé à une image. Mais cette image n'est pas forcément claire d'un individu à l'autre.

D'après Lakoff⁽⁵³⁾ :

<< L'essence d'une métaphore est qu'elle permet de comprendre quelque chose en termes de quelque chose d'autre. >>

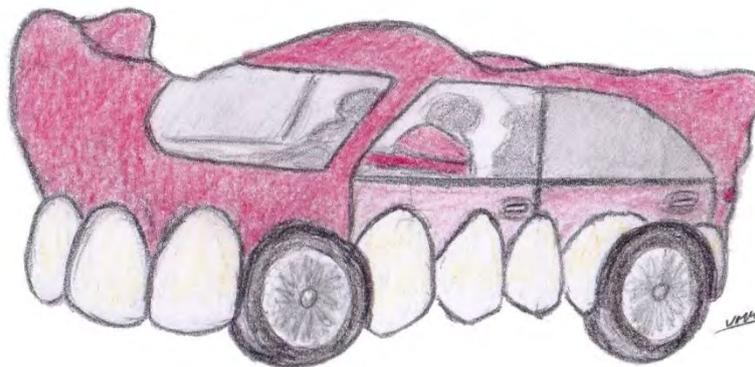
Une métaphore permet de transmettre l'idée d'une notion en faisant intervenir un autre champ lexical, qui peut être plus parlant pour l'interlocuteur. Il s'agit donc d'une figure de style basée sur l'analogie et la substitution. Elle permet une amélioration de la compréhension par l'explication de choses complexes en utilisant des mots ou des analogies à des objets du quotidien par exemple. Cette explication, plus concrète et imagée, améliore les capacités de compréhension entre celui qui parle et celui qui écoute.

Les métaphores sont aussi bien utilisées pour l'apprentissage que pour la communication patient/praticien, avec par exemple⁽⁵⁴⁾ :

- Aspect de "langue géographique" pour désigner une forme de psoriasis lingual avec une ou plusieurs lésions rouges correspondants à une dépapillation linguale,

- "Zone gâchette" pour caractériser une névralgie du nerf trijumeaux,
- Aspect en "beurre frais" pour expliquer la couleur et la texture d'un aphte,
- Vésicules en "bouquets" pour imaginer l'aspect bourgeonnant d'un herpès,
- Etc.

Les comparaisons peuvent également être utilisées pour mieux se faire comprendre. Ainsi, expliquer la mise en place implantaire comme "mettre une cheville dans un mur", ou encore l'intérêt de contrôler sa prothèse amovible chaque année "comme la révision de la voiture", permet de bien imaginer nos propos tout en donnant des exemples concrets de compréhension pour le patient.



FAUT QUE SE PENSE A FAIRE LA REVISION DE MA PROTHESE !

Illustration 4 : Prothèse amovible 150 CH, 6 cylindres, teinte A3.5

L'usage de ces figures de styles reste néanmoins à utiliser avec tact car tout comme un mot peut provoquer une image effrayante, être ambigu ou confus⁽⁴⁴⁾, il en est de même avec une métaphore ou une comparaison.⁽⁴³⁾ Il est facile de comprendre qu'une métaphore peut modifier la représentation de la maladie chez un individu avec l'exemple d'un patient avec une pathologie cardiaque et la phrase "vous vivez avec une bombe à retardement dans votre poitrine".

4. Conclusion

Au delà même de la signification d'un mot, la communication verbale est donc un élément important de la communication interindividuelle. Elle permet un échange explicite d'informations en définissant par exemple une idée ou une envie. Mais les mots participent également aux échanges implicites, aux sous-entendus, aux messages cachés, etc. La communication verbale n'est pas la seule forme de communication. Il existe de nombreux autres éléments intervenant lors d'un échange entre une ou plusieurs personnes.

IV. La communication non verbale

1. Introduction à la communication non verbale

Avant toute chose, il est important de préciser qu'il ne sera pas question ici de synergologie dont la pratique n'est pas admise par la communauté scientifique^(55,56) qui la qualifie de "pseudo-science". En effet, cette marque déposée cherche à prendre en compte le corps uniquement ; sans nuance et sans laisser place à la communication verbale et au contexte, dans le seul souci d'essayer de "comprendre" son interlocuteur tout en essayant d'en "prendre le contrôle", ce qui finalement amène à la recherche d'une forme de soumission.

La communication se décompose en deux parties que sont la communication explicite (dite verbale) et implicite (dite non verbale).⁽⁵⁷⁾

D'après Cosnier^(58,59), la communication interpersonnelle possède deux grandes caractéristiques que sont l'interactivité et la multicanalité :

- L'**interactivité** souligne le fait que la conversation entre deux individus est coproduite par les interactants eux-mêmes. Cette interaction suit le schéma du cadre interactif défini précédemment (cf. : *Le cadre interactif*).

- La **multicanalité** correspond à l'utilisation et au mélange en proportion variable des outils verbaux et non verbaux.

Pour rappel, lors d'une interaction 55% du message serait transmis par le langage corporel et 38% par l'intonation de la voix.⁽³³⁾ Ces chiffres illustrent bien les propos de Watzlawick⁽³⁵⁾ :

<< Le comportement n'a pas de contraire, il n'y a pas de « non-comportement ». Si tout comportement a valeur de message, c'est-à-dire une communication, alors on ne peut pas ne pas communiquer. >>

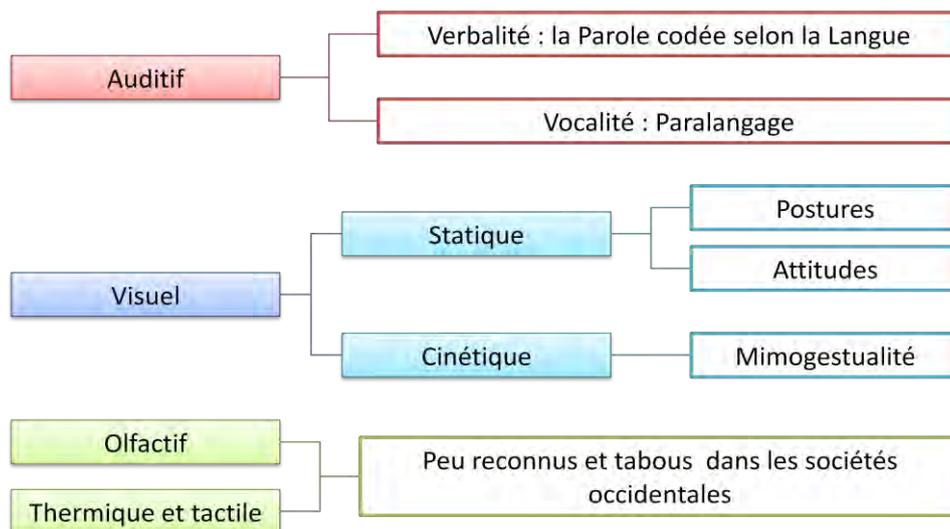


Schéma 5 : Schéma des différents canaux de communication selon Cosnier

La communication non verbale se définit comme tout échange conscient et inconscient, volontaire et involontaire, n'ayant pas recours à la parole. Elle ne repose pas sur le canal de la verbalité, c'est à dire des mots, mais sur tous les autres canaux, comme par exemple les gestes, l'attitude, les expressions faciales et les micro-expressions.

Les messages verbaux et non verbaux coexistent en permanence dans une interaction. Souvent, ces différents messages sont cohérents et permettent de transmettre efficacement une information. Mais parfois, ces messages peuvent être contradictoires, comme par exemple lorsqu'un discours d'une personne ne concorde pas avec son comportement non verbal. Dans ce genre de situation, l'interlocuteur aura tendance à se méfier et à ne pas croire les mots utilisés en privilégiant, consciemment ou non, le langage non verbal.^(33,37,60)

Il est intéressant de constater que la première forme de communication de l'enfant avec son entourage, en particulier avec la figure maternelle, fait intervenir la communication non verbale. Son utilisation intervient bien avant la communication verbale qui se met en place à partir de deux ans. Par exemple, l'utilisation de la gestualité va décroître à l'âge de quatre ou cinq ans pour atteindre un niveau assez bas, avant de remonter à l'adolescence pour atteindre progressivement sa forme adulte. Les communications non verbale et verbale ne sont pas pour autant en compétition, mais au contraire se développent en étroite association.⁽⁵⁷⁾

2. La kinésique

D'après le dictionnaire Larousse⁽²²⁾, la kinésique correspond à :

<< L'étude des gestes et des mimiques utilisés comme signes de communication, soit en eux-mêmes, soit comme accompagnement du langage parlé. >>

Cette discipline s'est popularisée avec l'apparition de moyens techniques d'enregistrement des sons et des images.

Au delà même de la posture, le geste fait partie intégrante de la communication non verbale. Il diffère des canaux visuel et auditif en introduisant le domaine spatial (avec par exemple l'indication d'une direction)⁽⁶¹⁾ représenté par le terme de cinétique dans le schéma ci-dessus.⁽⁵⁷⁾

Le geste a été interprété de différentes manières suivant les époques. Initialement il ne s'agissait que d'une simple représentation du message déjà exposé par la voix. Cette image a évolué pour aujourd'hui prendre en compte le potentiel que possède la gestuelle en tant que véritable moyen de transport de l'information avec une fonction autre qu'un simple support.⁽⁶¹⁾

a. Structure

Le geste en tant qu'outil de communication nécessite les mêmes éléments que la communication verbale, c'est à dire un émetteur, un message et un récepteur.

Pour que le message soit reçu et surtout compris, il est obligatoire que l'émetteur et le récepteur possèdent le même code. Pourtant, la communication non verbale fait appel à des messages émis de manière consciente ou inconsciente, volontairement ou non. Cette particularité révèle une notion intéressante qui est que dans le domaine de la communication non verbale, la manière dont le message est perçu est plus importante que la véritable signification de ce qui a voulu être transmis.⁽⁶⁰⁾ En d'autres termes, l'information est soumise à l'interprétation du récepteur. Cette notion est très bien décrite avec cette phrase de Cosnier concernant la sémantique mimogestuelle⁽⁵⁷⁾ :

<< [...] ce n'est pas l'intentionnalité de l'émetteur qui caractérise l'information, ce sont ses effets au niveau du récepteur. >>

Dans les cas où les messages sont mal interprétés, il est question de "disjonction de communication".⁽³⁷⁾ Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que le langage gestuel traduit bien les modalités du discours (doute, prière, ordre, etc.) mais pas parfaitement les catégories grammaticales (verbe, adjectif, etc.), à cause de l'imprécision et de la polysémie de certains gestes.⁽⁶¹⁾

De la même manière que le langage verbal s'articule en phonème, le langage gestuel se décompose en kinème. Un kinème est le plus petit élément perceptible des mouvements corporels. Une association de kinèmes forme un kinème, qui eux-mêmes s'agencent pour former différents phénomènes.⁽⁶¹⁾

b. Notion de "tour"

Comme vue dans la communication interpersonnelle, le rapport de dominance peut s'inverser dans chaque module. Cosnier parle lui d'alternance de tour de parole lors du passage d'un interlocuteur à un autre.⁽⁵⁸⁾ Le "gagnant du tour" s'affirme alors à l'aide de procédés non verbaux.

Durant la totalité de l'interaction, chacun va pouvoir échanger des signes non verbaux comme un geste de la main, une intonation ou un raclement de gorge par exemple. Ces échanges sont parfaitement représentés par l'image d'une "danse des interlocuteurs", s'effectuant grâce à la synchronie interactionnelle.

Cette synchronie est constituée de deux phénomènes :

- L'**autosynchronie** qui correspond à la synergie entre la parole et les gestes chez celui qui parle,

- L'**hétérosynchronie** qui correspond à la synergie des mouvements chez celui qui écoute en fonction des paroles de son interlocuteur.

c. Les différents types de geste

D'après Martin⁽⁶⁰⁾, les gestes sont révélateurs de l'état de bien-être de l'interlocuteur, bien que chacun possède sa manière de communiquer.⁽⁵⁷⁾ Il existe trois grands types de gestes⁽⁶⁰⁾ :

- Les **gestes ouverts**, qui accompagnent le message verbal et mettent en valeur son contenu. Par exemple lors de la prise de la teinte pour une prothèse amovible, le patient utilise un geste d'indication en affirmant "je préfère celle-ci".

- Les **gestes fermés**, qui se dirigent uniquement vers le locuteur dans le but de le rassurer lui-même. Par exemple à l'annonce de l'avulsion d'une incisive centrale, le patient se met les mains sur le front en disant "ce n'est pas possible".

- Les **gestes parasites**, qui n'ont aucun rapport avec le message transmis par l'émetteur. Ils peuvent être provoqué par une émotion liée par exemple au contexte, un événement inattendu, un sentiment de malaise ou de stress, etc. Par exemple le patient stresse en salle d'attente en se rongant les ongles, se lève lorsque le praticien s'approche et met sa main devant sa bouche pour éternuer.

d. Les catégories fonctionnelles de la mimogestualité

Au delà même de la classification des gestes en ouvert, fermé et parasite, Cosnier décrit différentes catégories fonctionnelles de la mimogestualité, qui correspond à l'ensemble des mimiques et des gestes réalisés par un individu. Il décrit^(57,59) :

- La gestualité phonogène : Elle correspond à l'ensemble des gestes issus des mouvements phonatoires nécessaires à la parole et à l'articulation. Elle est responsable de l'émission des messages sonores. C'est cette gestualité qui intervient lors de la lecture labiale.
- La gestualité quasi-linguistique : Cette gestualité peut coexister ou non avec la communication verbale. Elle peut substituer la parole ou au contraire l'illustrer comme par exemple, le fait de mettre le doigt sur sa tempe pour illustrer la folie. Lorsqu'elles coexistent, elles peuvent se renforcer, se compléter ou à l'inverse se contredire.
Les signes quasi-linguistiques sont variés et peuvent être déictiques (désigne un référent présent), iconique (mime un objet ou une action), connotatif (exprime un sentiment) ou arbitraire.
Ces signes font intervenir différentes parties du corps dont les deux principales sont :
 - La face avec les mimiques qui permettent principalement la connotation affective. Elle correspond à 40% du répertoire quasi-linguistique français,
 - Les mains et les membres supérieurs qui participent aux informations opératoires. Elles correspondent à 60% du répertoire quasi-linguistique français.
- Les syllinguistiques ou coverbaux : Il s'agit de la mimogestualité associée à la communication verbale pour l'illustrer ou la connoter. Elle est toujours dépendante d'une production verbale. La syllinguistique participe aussi à la fonction syntaxique en accentuant ou en soulignant certains traits phonétiques par exemple.
Cette catégorie se rapproche de la précédente, si ce n'est qu'elle ne peut pas exister, ou du moins être interprétée, sans la communication verbale, comme par exemple dans la phrase "*j'ai mal ici*" avec la main pointée sur une zone du corps.
- Les synchronisateurs de l'interaction : Ces gestes se classent en deux catégories :
 - Les gestes phatiques, plutôt utilisés par l'émetteur, qui assurent le contact. Ils passent par le contact visuel (regard), parfois même corporel.
 - Les gestes régulateurs, utilisés par le récepteur. Le plus représentatif est le hochement de tête.
 Ces gestes permettent la synchronisation interactionnelle et sa coordination. S'ils sont entravés, l'interaction se retrouve perturbée, avec un arrêt ou des incohérences dans le discours de l'émetteur.
- Les métacommunicatifs : Il s'agit des gestes expressifs qui indiquent l'attitude de l'émetteur vis-à-vis de son message. Ils sont le plus facilement mis en évidence

lorsque le message verbal et en contradiction avec le geste métacommunicatif et sont généralement à la base d'effet comique ou d'humour.

Les cinq catégories précédentes font parties des gestes dit communicatifs, c'est à dire participant au processus énonciatif et à sa régulation. Ces gestes sont obligatoirement liés à l'échange discursif. La prochaine catégorie constitue le groupe des gestes extra-communicatif, c'est à dire indépendant du discours.

- Les extra-communicatifs : Ils correspondent à l'ensemble des mouvements qui paraissent étrangers à la communication ainsi qu'à la stratégie de l'interaction. Il s'agit par exemple des mouvements de confort (croisement de jambes ou de bras, etc.), des gestes autocentrés (onychophagie, bâillement, grattage, etc.) ou encore la manipulation d'objets ou les activités ludiques (fumer une cigarette, plier du papier, déchirer un mouchoir, etc.).

Ces activités jouent néanmoins un rôle dans la vigilance et donc indirectement sur l'interaction.

A cause de la pression socioculturelle, certaines expressions et mimiques émotionnelles se sont détachées du véritable sentiment ressenti par la personne. Cet usage volontaire d'expression est parfois superposé à une manifestation spontanée non consciente. C'est cette manifestation qui participe à comprendre le sentiment authentique de l'interlocuteur. Par exemple, une personne triste pourra consciemment sourire, mais sa peine pourra être trahie par des yeux brillants. Les mimiques faciales transmettent des émotions spécifiques, tandis que l'orientation de la tête et les positions du corps évoquent l'état affectif général du patient.^(57,59)

En tant que professionnel de santé, ce sont ces différentes manifestations qu'il est intéressant de déceler, qu'elles soient chez le patient ou chez nous même, afin d'être le plus bénéfique possible. Elles permettent de vérifier l'image que l'on transmet ainsi que notre cohérence entre nos gestes, notre posture et notre discours.

e. **Le mirroring**

Le mirroring est une technique hypnotique qui consiste à prendre subtilement, de manière consciente, la même posture ou à effectuer des gestes similaires au patient. Cette pratique permet de créer un climat de confiance par effet miroir.^(45,51,52) Cette méthode est par exemple utilisé en hypnose en thérapie familiale afin d'améliorer la qualité d'attention offerte entre chaque membres d'une famille, mais également pour améliorer les capacités de concentration à plusieurs sur une tâche précise et complexe.⁽⁶²⁾

Le mirroring ressemble beaucoup au phénomène d'échoïsation, si ce n'est que cette synchronie mimétique est un phénomène inconscient. Les interlocuteurs extériorisent en miroir les mimiques, les gestes ou encore les postures, permettant un accordage affectif,

c'est à dire une facilitation à la perception des affects d'autrui.^(58,59) Ce phénomène s'illustre parfaitement par des pleurs qui appellent des pleurs ou encore la contagion d'un fou rire ou d'un bâillement.

Finalement, là où le mirroring est une technique mise en place de manière consciente



Illustration 5 : *Mirroring ou échoïsation ? Telle est la question*

pour augmenter la confiance chez son interlocuteur, l'échoïsation intervient inconsciemment permettant un accordage affectif, participant au phénomène d'empathie.⁽²⁸⁾

f. La face : les mimiques et le regard

Que se soit par les mimiques ou encore le regard, la face intervient beaucoup dans les interactions interpersonnelles. Ces deux éléments participent à plusieurs constituants de la communication, comme la posture ou le geste par exemple.

Le regard

Dans notre culture, le récepteur a tendance à regarder davantage que l'émetteur qui lui fixe principalement à des moments clé du discours.⁽⁵⁷⁾ Le regard possède trois propriétés : A l'origine, il permet la recherche d'information (comme le feedback par exemple), mais il dispose également d'une fonction expressive ainsi que d'une fonction régulatrice.^(32,63,64)

De manière générale, la face peut encourager ou à l'inverse bloquer une interaction, en fonction de son caractère positif ou négatif. Cette propriété s'illustre parfaitement avec l'observation de l'augmentation du nombre de mots utilisés par un locuteurs lorsque le regard ou les mimiques affichés par le récepteur sont affectifs.⁽⁶⁴⁾ Le contact oculaire est

également une condition préalable à une bonne communication, permettant de témoigner l'intérêt ou encore de capter l'attention, tout en régulant le début et la fin d'un échange.^(18,64)

Le contact visuel permet la transmission plus favorable d'un message verbal et exprime parfois les émotions d'une personne. Par exemple, le regard a tendance à être détourné à l'énoncé d'une question gênante. Il trahit parfois l'affection des sujets, le contact oculaire étant maximum entre deux personnes neutres et diminuant légèrement lorsque les interlocuteurs s'apprécient. A l'inverse, celui-ci est pratiquement inexistant chez des personnes hostiles entre-elles.^(37,64)

Les mimiques

Les expressions faciales permettent la reconnaissance des six émotions principales, présentent dans toutes les cultures, qui sont la joie, la peur, la surprise, la tristesse, la colère et le dégoût.⁽⁶⁵⁻⁶⁷⁾

Les mouvements faciaux sont plus fréquents que les changements de posture. Ces mimiques donnent également plus d'informations que les signaux corporels.⁽⁶⁴⁾ D'après Argyle⁽⁶³⁾, le changement lent d'expression faciale transmet une émotion, tandis qu'un changement rapide sert principalement de régulateur de la communication. Néanmoins, une micro-expression, parfois furtive, peut révéler une émotion cachée.⁽⁶⁵⁾

Parfois, ce que dit une personne peut ne pas réellement révéler ce qu'elle ressent. Son visage, à travers les expressions faciales, peut soit appuyer cette fausse représentation, ou à l'inverse la trahir. D'après Ekman⁽⁶⁶⁾, cette trahison se manifeste par ce qu'il qualifie de "fuite" des sentiments refoulés, à travers un mot ou une mimique.

Il est intéressant de constater qu'une expression faciale peut également être totalement fausse, en représentant un sentiment qui n'est absolument pas ressentie par l'émetteur. Cette expression ayant pour but de tromper le destinataire. Il existe cependant certains muscles qui ne peuvent pas agir volontairement dans une fausse expression, comme par exemple l'orbiculaire de l'œil.⁽⁶⁶⁾

Finalement, le mouvement, à travers la kinésique, est donc un outil particulièrement efficace de la communication mais il ne s'agit pas de la seule facette du canal non verbal.

3. La proxémique

D'après le dictionnaire Larousse⁽²²⁾, la proxémique correspond à :

<< L'étude de l'utilisation de l'espace par les êtres animés dans leurs relations, et des significations qui s'en dégagent. >>

Les positions et l'usage de l'espace de deux personnes qui veulent communiquer ne seront pas choisies au hasard mais dépendront de leurs cultures, de la nature de leur relation ainsi que de la communication désirée. Il s'agit de la condition spatiale de la communication. Cette proxémie peut transmettre elle-même des informations, comme le décrit Hall⁽⁶⁸⁾ :

<< Where people stand in relation to each other signals their relationship, or how they feel toward each other, or both. >>

Cette phrase pourrait se traduire comme "La position dans laquelle se placent deux personnes les unes par rapport aux autres indique leur relation, leur ressenties l'une envers l'autre, ou les deux."

Par exemple, un inconnu ne pourra pas rester à moins de 75 centimètres d'une personne sans provoquer de réaction d'inconfort ou de retrait contrairement à la compagne ou au compagnon de cette personne.

D'après Hall⁽⁶⁸⁾, il existe deux catégories de récepteurs sensoriels :

- Les récepteurs à distance, qui permettent l'examen à distance des objets. Il s'agit des éléments visuels, auditifs et nasaux.

- Les récepteurs immédiats, qui permettent d'appréhender le monde proche de soi, au contact. Il s'agit des sensations transmises par la peau, les membranes et les muscles.

a. Les différents types de population

Il est important de signaler que la proxémie n'est pas fixe, mais au contraire dépend des conditions culturelles de chacun.^(57,68) Il est alors possible de distinguer deux types de population : le groupe contact et le groupe non contact.

Les personnes du groupe contact auront tendance à plus facilement se mettre face à face, à se rapprocher de celui qui parle, à soutenir son regard ou encore à le toucher que le groupe non contact. Il est d'ailleurs impossible pour une personne du groupe non contact d'éprouver le moindre plaisir ou la moindre relaxation lors du contact physique avec un étranger.^(57,68)

Les cultures arabiques, latino-américaines et sud-européennes font parties du groupe contact, tandis que les cultures asiatiques, indiennes et nord-européennes font partie du groupe non contact.^(57,68)

En fonction des cultures, la proxémie pourra donc être à l'origine de difficultés de communication, le regard, la proximité ou les gestes pouvant être interprétés comme irrespectueux par exemple par telle ou telle communauté.

b. Les différents espaces interpersonnels

D'après Hall⁽⁶⁸⁾, il existe quatre distances interpersonnelles, elles-mêmes divisées en deux sous parties :

La distance intime

Dans cette zone, les entrées sensorielles se retrouvent fortement augmentées, en particulier l'observation, les odeurs corporelles, la sensation de respiration ou de souffle sur la peau, la chaleur corporelle, etc.

- De 0 à 15 centimètres, il s'agit de la **distance intime proche**, généralement associée à la distance de l'amour, de la lutte, du réconfort ou de la protection. Elle peut inclure le contact des deux personnes, parfois peau contre peau, avec un échange d'information au niveau sensoriel. Elle peut mettre en relation les têtes, les cuisses ou les bassins des sujets. Dans cette zone, l'action des récepteurs à distance diminue, sauf au niveau de l'olfaction et des capteurs thermiques.
- De 15 à 45 centimètres, il s'agit de la **distance intime éloignée**. La tête, le bassin et les cuisses ne sont pas facilement mis en contact, mais les mains peuvent saisir les extrémités de l'interlocuteur. La proximité entre les deux personnes provoque une distorsion de la vision de la tête, qui paraît agrandie et dont les caractéristiques sont déformées, avec par exemple un allongement du nez, des lèvres, des dents ou encore de la langue. La perception de la chaleur et de l'odeur de l'haleine est possible.
Cette distance n'est pas vraiment appropriée en public et a tendance à rendre mal-à-l'aise.

Par exemple dans le métro bondé ou dans un ascenseur plein, les personnes ont tendances à rester droites, immobiles, le regard au loin évitant de croiser celui des autres. En cas de contact, qu'il soit physique ou par les yeux, une mécanique de retrait se met automatiquement en place.



Illustration 6 : Espace intime en perdition

La distance personnelle

Cet espacement peut se définir comme l'intervalle entre deux membres du groupe non contact. La distance personnelle peut-être assimilée à une bulle de protection sous forme d'espace qu'un organisme maintien entre lui et les autres.

- De 45 à 75 centimètres, il s'agit de la **distance personnelle proche**. A cette portée, les interlocuteurs peuvent se tenir ou se saisir avec leurs mains. La distorsion visuelle n'est plus aussi prononcée que dans la distance intime lointaine, hormis les plans et les rondeurs du visage qui sont accentués. Le nez a tendance à faire saillie tandis que les oreilles paraissent plus petites. Les détails comme les pores, les cheveux fins ou encore les cils, sont appréciables.

- De 75 à 120 centimètres, il s'agit de la **distance personnelle éloignée** qui correspond à la longueur d'un bras. Elle s'approche de la limite de la "domination physique", c'est à dire que les mains de deux individus ne peuvent plus se tenir ou se saisir. La tête ne subit plus de distorsion et les détails comme les petites rides, une tache sur les vêtements ou encore une fissure de l'émail sont visibles. La chaleur corporelle n'est plus détectable tandis que l'haleine l'est parfois. La communication dans cet espace fait intervenir principalement des sujets personnels ou impliquant un des interlocuteurs et le niveau de la voix est modéré.

La distance sociale

La transition entre la distance personnelle lointaine et la distance sociale proche marque véritablement la limite de la "domination physique" : il devient impossible pour les personnes de se toucher sans effort. Les détails du visage ne sont plus visibles.

La voix passe à son niveau normal, les conversations pouvant être entendues jusqu'à 6 mètres.

- De 1,20 mètres à 2,10 mètres, il s'agit de la **distance sociale proche**. Les détails visibles sont de l'ordre du cheveux ou de la texture de la peau. La communication dans cet espace fait plutôt intervenir des sujets impersonnels. En général, il s'agit de la distance utilisée au travail.
- De 2,10 mètres à 3,65 mètres, il s'agit de la **distance sociale éloignée**. Elle correspond à un espace plus formel. Elle équivaut à la distance entre deux personnes séparées par un bureau. A cette portée, de nombreux détails ne sont plus perceptibles, mais l'état de la denture reste apparent. C'est à partir de cette distance que le maintien du regard gagne de l'importance dans la communication non verbale. Par exemple, le regard entre les interlocuteurs va permettre de continuer la conversation en tant que geste régulateur.⁽⁵⁷⁾ La voix devient un peu plus bruyante, cette distance permettant également de s'engager et de se désengager d'un échange communicatif.

La distance publique

Le passage à cet espacement implique de nombreux changements sensoriels.

- De 3,65 mètres à 7,60 mètres, il s'agit de la **distance publique proche**. A cette portée, une personne peut mettre en place des mesures de défense ou d'évitement en cas de menace. Le choix des mots est précis et la syntaxe des

phrases est plus travaillé. La voix est bruyante mais n'atteint pas son maximum d'amplitude.

Les détails, comme la couleur des yeux par exemple, ne sont plus observables. La vision du corps s'aplatit et abandonne les courbes et les formes.

- Au delà de 7,60 mètres, il est question de **distance publique éloignée**. Pour que les interlocuteurs se comprennent, la voix et les gestes doivent obligatoirement être amplifiés, la communication non verbale devenant quasi-exclusivement gestuelle et posturale.

La régulation de la distance entre deux sujets n'est pas spécifique à l'humain mais intervient également chez les animaux.⁽⁶⁸⁾

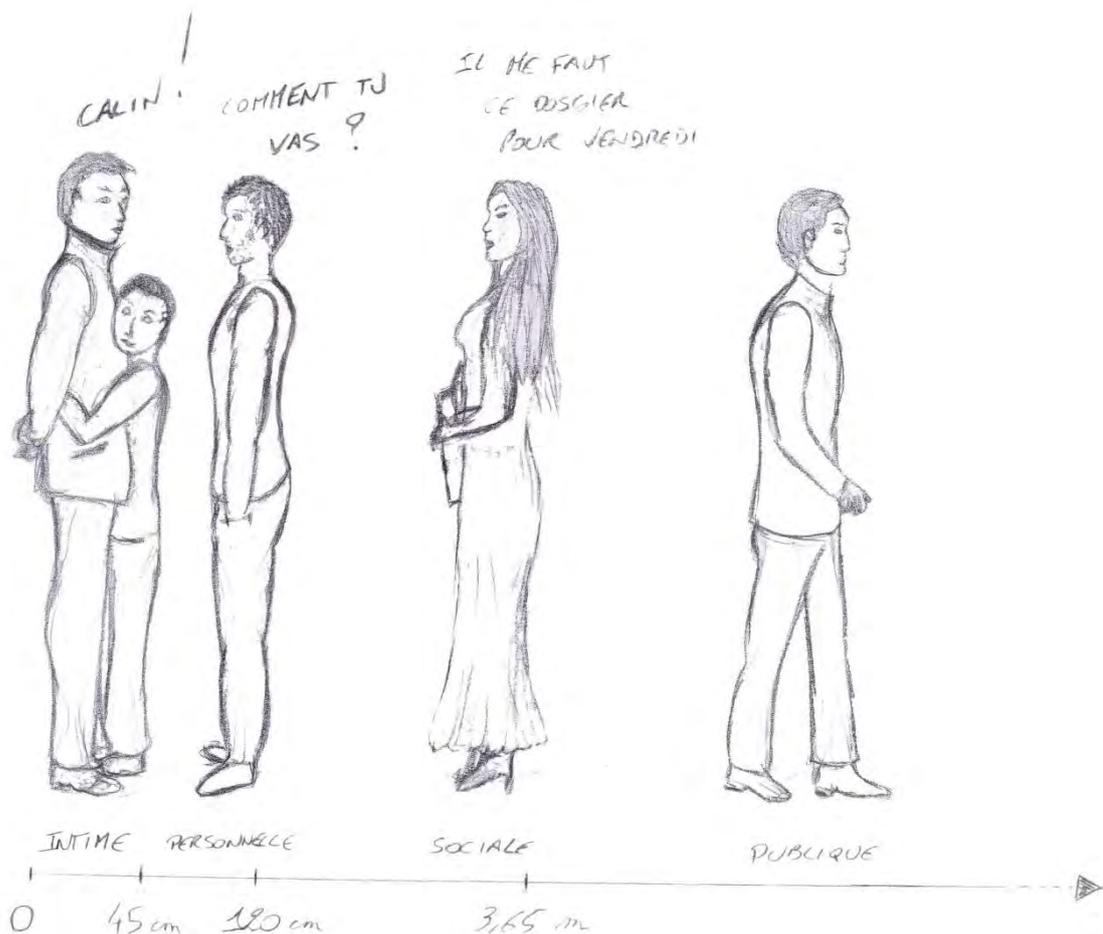


Illustration 7 : Echelle de la proxémie

c. Conséquences en Odontologie

Avant toute chose, il est intéressant de souligner que la proxémie prend instinctivement en compte la notion de menace. Les distances publiques et sociales permettent aisément la mise en place de mécanismes de défense contrairement aux distances personnelles et intimes. En effet, le champ de vision se retrouvant réduit dans les espaces les plus rapprochés, il devient plus difficile d'analyser et de se défendre en cas

de danger. C'est pour cette raison que les zones intimes et personnelles sont principalement réservées aux personnes de confiance.

La proxémique joue un rôle à part entière dans la communication en participant à l'homéostasie de la relation, c'est à dire au maintien d'un équilibre confortable entre deux personnes dans tous rapport interindividuel. Cette homéostasie fait intervenir les canaux verbaux et non verbaux. En cas de perturbation de cet équilibre, une modification d'un des canaux peut se mettre en place pour rétablir une stabilité. Par exemple, en cas de regard appuyé de la part du récepteur, provoquant une augmentation de l'intimité, l'émetteur peut augmenter la distance qui les sépare, détourner le regard ou encore changer de sujet afin de rétablir un équilibre.

En odontologie, le rapport entre le praticien et le patient s'articule sur plusieurs espaces, y compris les zones de confiance.

Le premier contact intervient dans la salle d'attente : le praticien élève la voix pour se faire entendre dans la zone publique, puis le patient concerné s'approche à la distance personnelle pour serrer la main et se place ensuite rapidement à une distance sociale. Dans le cabinet, la distance sociale reste lors des présentations et de l'exploration. Enfin, lors de l'examen et du traitement, il s'agit bien de la distance intime qui est mise en place.

Il est donc important que le patient ait un minimum de confiance envers le praticien pour être le moins mal à l'aise possible. Il est également nécessaire d'avoir l'approbation du patient avant d'entrer dans son espace intime, et même au-delà, dans sa cavité buccale.

Comme vu précédemment, la distance intime a tendance à créer des distorsions visuelles n'épargnant pas nos instruments et pouvant être anxiogène, en particulier concernant les aiguilles et les limes endodontiques. Il convient donc d'être prudent et d'éviter le champ de vision du patient.

4. La posture

Le corps participe à la communication non-verbale, non seulement de manière dynamique avec la kinésique mais également de manière statique avec la posture. Les éléments comme la silhouette, les vêtements ou encore l'apparence physique participent aussi à la communication.⁽⁶⁹⁾

L'intérêt de la posture est mis en avant au travers des travaux de la psychanalyse⁽⁷⁰⁾ où la lecture du corps statique permettait au praticien d'obtenir des informations comme le caractère de la personne, ses sentiments, ses ressentis, ou encore son attitude envers lui même ou les autres. La posture peut également révéler les motivations d'une personne ou ses intentions, qu'elles soient ou non verbalisées.⁽⁶⁴⁾

De surcroît la posture appuie le canal de communication verbal en ponctuant par exemple le début ou la fin d'un discours. Le changement de position peut aussi mettre en avant le ressenti d'une personne.⁽⁶⁴⁾

Il est essentiel de garder à l'esprit que si la posture permet au professionnel de santé d'obtenir des informations de son patient, l'inverse est évidemment également possible.

D'après Cosnier⁽⁵⁷⁾ et Mehrabian⁽⁶⁴⁾, les mouvements sont plus susceptibles de communiquer des émotions spécifiques, contrairement aux postures et aux expressions faciales "fixes"/"stationnaires" qui déterminent des affects bruts.

a. Différentes catégories de postures

En tant qu'élément de la communication non verbale une posture provoque un message soumis à l'interprétation de la personne qui l'observe. D'après James⁽⁷¹⁾, il existe quatre catégories de postures :

- **L'approche**, ou posture attentive : le corps est globalement penché en avant. Cette position envoie l'information au récepteur que l'émetteur lui porte une attention particulière. Cette situation reflète plutôt un message positif.
- **L'éloignement**, ou posture de retrait : à l'inverse de l'approche, le corps est cette fois-ci reculé ou détourné. L'information renvoyée est clairement négative, comme une mesure d'évitement.
- **L'expansion**, ou posture orgueilleuse. Elle peut également être décrite comme une posture vaniteuse, arrogante ou encore dédaigneuse. Le tronc est dressé et/ou légèrement incliné en arrière. Le torse est élargi, la tête est droite et les épaules sont relevées.
- La **contraction**, ou posture déprimée : le corps et la poitrine sont affaissés et la tête est inclinée. Les épaules sont tombantes et le tronc est penché en avant.

De manière générale, les deux principaux indicateurs, permettant au récepteur de déterminer à quelle catégories appartient la posture observée, sont la tête et le tronc. Le destinataire pourra ensuite affiner le message et déterminer plus spécifiquement sa signification en observant les mains et les bras de l'émetteur.⁽⁷¹⁾

Il est intéressant de constater que lorsque le corps est penché en avant, l'image envoyée est davantage positive et moins agressive que lorsqu'il est penché en arrière.

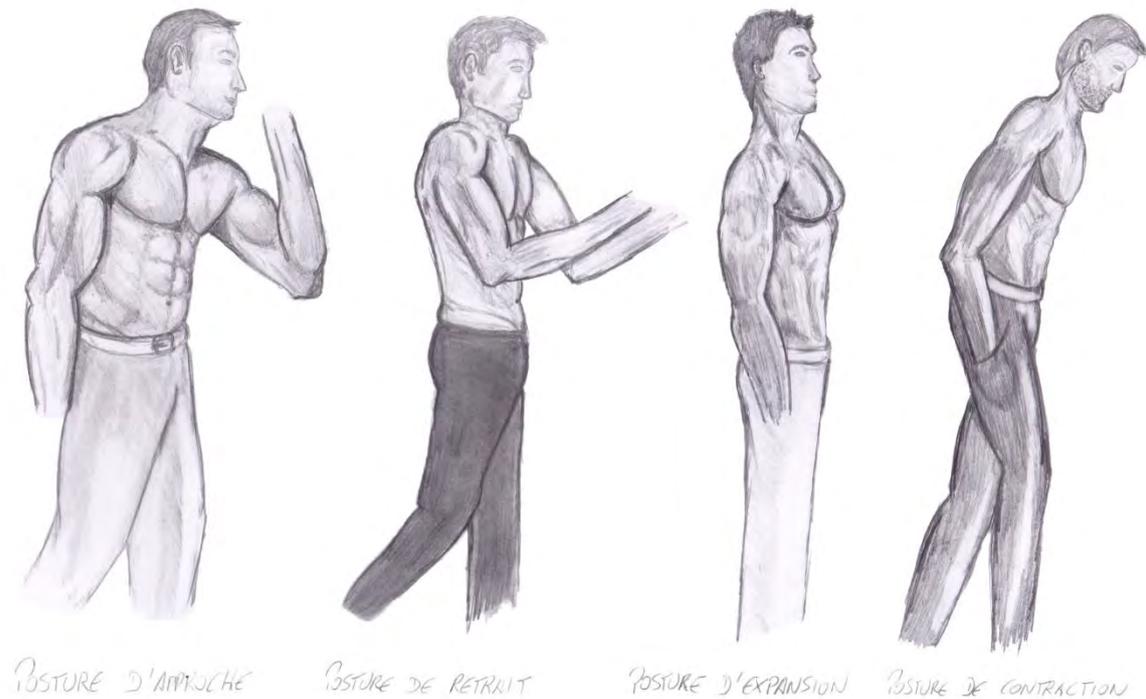


Illustration 8 : Les différentes catégories de postures. Dans l'ordre : Approche, retrait, expansion et contraction

b. La posture en tant que régulateur

Tout comme de nombreux composants de la communication non verbale, la posture peut servir d'élément régulateur du langage.

Ainsi, un changement de posture peut transmettre l'information au récepteur que celui qui parle est sur le point d'avancer un autre argument dans son discours ou encore de changer de thème.⁽⁶⁴⁾

Elle peut également mettre en place une attitude spécifique, pour souligner la réaction à une remarque énoncée ou à une parole dite par l'un ou l'autre des interlocuteurs.⁽⁶⁴⁾

Enfin, la posture peut servir à sortir de l'interaction. Ce qui est clairement illustré par le fait de tourner le dos à quelqu'un.⁽⁶⁴⁾

c. Posture et proxémique

La proxémique, abordée précédemment, possède un lien étroit avec la posture.

Si la distance qui sépare deux interlocuteurs est supérieure à la distance sociale, une posture à caractère négatif aura tendance à être mise en place entre eux. Il en est de même de la part d'un individu interagissant avec une personne présente dans un espace inapproprié par rapport à leur relation.^(64,68)

Par exemple, un émetteur non apprécié présent dans la zone personnelle du récepteur entrainera une posture d'éloignement de sa part.

Plus l'attitude d'une personne envers une autre devient favorable, plus la distance entre elles va diminuer et plus les interlocuteurs vont mettre en place des postures à messages positifs. La distance entre deux personnes communicantes est donc corrélée au degré d'attitude, positif ou négatif, non seulement transmis, mais également déduit par le destinataire.^(64,68)

d. **Orientation du corps**

Au delà de la position du corps, son orientation fait aussi partie de la posture et donc de la communication non-verbale.

L'orientation du corps est souvent associée au contact visuel, le regard étant plus direct lorsque le corps est orienté vers l'interlocuteur.

Cette donnée se repère principalement par l'analyse de la position des épaules. D'après Merhabian⁽⁶⁴⁾, quand le corps est orienté dans la direction du récepteur le message est transmis plus facilement et objectivement. Comme pour le regard (cf. *La face : les mimiques et le regard*), l'orientation du corps est modifiée en fonction de l'affection entre les interlocuteurs : lorsque les personnes communicantes ne s'apprécient pas, les corps tendent à ne pas être face à face. L'orientation est optimale entre des personnes neutres et légèrement inférieure entre deux individus qui s'apprécient. Cette dernière observation s'explique par la tendance qu'ont deux amis à se mettre non pas face à face, mais côte à côte pour discuter.⁽⁶⁴⁾



Illustration 9 : Le face à face

e. La position des bras

Généralement, les bras croisés reflètent une image froide, timide, passive voire même repoussante mais les études ne sont pas toutes concluantes et obtiennent des résultats différents.⁽⁶⁴⁾

La signification de la position des membres est en réalité très complexe à déterminer car elle comprend de nombreuses variables. Les bras et les jambes croisés en position assise provoqueraient une image négative, démontrant une attitude plus tendue, tandis que les bras croisés en étant debout émettraient une image plus positive.

Les interprétations dépendent en réalité beaucoup de l'âge et du sexe de l'interlocuteur.⁽⁶⁴⁾ Par exemple une femme assise, les bras non croisés correspondrait à une attitude positive face à des récepteurs plus âgé ou à l'inverse plus jeune, mais pas chez une personne du même âge.

5. Le paraverbal

Le paraverbal correspond à tous les éléments du canal verbal autres que les mots en eux-mêmes. Il prend en compte l'aspect et la qualité de la voix, le ton, le timbre, son volume, sa rapidité, son rythme, les pauses ou encore l'articulation des mots.^(3,33,72)

a. Composants

Le langage paraverbal fait intervenir plusieurs composants :

- Les caractéristiques vocales, comme les pleurs, les rires ou encore les soupirs, qui expriment les émotions.
- Les ségrégations vocales, par exemple les "uhm", "ah", "eh", etc., qui permettent la régulation du discours.
- Les qualifications vocales, correspondant au timbre, à l'intensité et à l'extension de la voix.
- La qualité de la voix, illustrée par le ton, la résonance et le contrôle de l'articulation.

b. Caractéristiques principales de la voix

D'après Hennel-Brzozowska⁽⁶⁹⁾, la voix est principalement caractérisée par trois paramètres variables d'un individu à un autre et chez une même personne en fonction de son état. Il s'agit du ton, de l'intensité et de la vélocité.

Le **ton** correspond à la fréquence de la voix et dépend de la tension des cordes vocales. Il peut varier au cours d'une même phrase pour donner un accent interprétatif aux paroles énoncées. Cet accent peut être de différents types, comme conclusif quand le locuteur s'apprête à arrêter de parler, interrogatif pour souligner une question, exclamatif pour mettre en valeur un élément ou encore empli de suspens pour créer de la tension.

L'**intensité** caractérise le volume de la voix. La modulation de l'intensité rend possible l'accentuation ou l'action de souligner certaines paroles ou expressions par rapport aux autres dans un énoncé ou un discours.

La **vélocité** s'apparente au rythme de parole, en d'autres termes au temps de succession des syllabes. Elle s'évalue en nombres de syllabes par secondes. La vélocité peut être modifiée en fonction de l'état émotionnel de celui qui parle.

c. Facteurs influençant

Au delà des signes vocaux qui peuvent être qualifiés de verbaux en étant liés aux mots eux-mêmes avec la participation du ton, de l'intensité et de la vélocité, il existe des paramètres vocaux non verbaux qui eux s'apparentent à la qualité de la voix. Ce sont ces paramètres qui permettent de différencier les personnes entre elles mais également d'estimer la personnalité ou l'émotion du locuteur. Ils participent à la reconnaissance d'une voix familière.⁽⁶⁹⁾

Les paramètres vocaux, verbaux et non verbaux, peuvent être influencés par différents facteurs comme les facteurs biologiques ou sociaux liés à la personnalité et au caractère émotionnel.⁽⁶⁹⁾

Les **facteurs biologiques** correspondent au genre et à l'âge. De manière générale :

- Un homme aura tendance à avoir un ton inférieur à celui d'une femme.
- Un enfant possède une voix plus aigüe qu'une personne adulte.
- Les personnes jeunes ont tendances à parler avec une vélocité et une intensité supérieures aux personnes plus âgées.

Les **facteurs sociaux** vont, eux, être liés à la culture d'origine de la personne ainsi qu'à la région et aux normes sociales. Une caractéristique pouvant facilement illustrer ce facteur est l'accent d'une personne en fonction de sa langue d'origine ou de sa région. Cette catégorie prend également en compte le contexte de la communication interpersonnelle.

Un exemple de norme sociale peut correspondre à un individu avec plus de pouvoir par rapport à un autre, comme un dirigeant et son employé, qui aura tendance à utiliser un ton plus haut, créant ainsi une hiérarchie vocale.

Un exemple pour la prise en compte du contexte est le fait de chuchoter dans une bibliothèque.

Les **facteurs de personnalité** vont être corrélés au tempérament de la personne. Ainsi, un individu euphorique ou joyeux utilisera un ton haut et un rythme rapide, tandis que la voix d'une personne plus posée ou dépressive sera plutôt plate.

Enfin, les **facteurs émotionnels** correspondent logiquement à l'état émotionnel de celui qui parle. Par exemple :

- La peur a tendance à augmenter le ton et l'intensité, tandis que le rythme de la voix est régulier.

- La tristesse est marquée par un ton affaibli, une intensité moyenne et un rythme lent associé à des temps de pause allongés.

- L'affection se souligne d'un ton grave, d'une intensité basse et d'un rythme régulier.

Dans notre société actuelle, chaque individu a tendance à essayer de cacher ses émotions du fait de la pression culturelle. Néanmoins, comme expliqué précédemment, une expression faciale peut parfois trahir les véritables ressentis d'une personne. Il est cependant simple d'apprendre à contrôler les muscles responsables de certaines mimiques et ainsi de feindre une émotion à l'insu de son récepteur. La voix peut alors intervenir afin de révéler les véritables intentions d'un sujet, car là où les mimiques peuvent être truquées, le paraverbal est plus difficilement altérable consciemment.

6. Le silence

D'après Noelle-Neumann⁽⁷³⁾ qui analyse le silence dans l'opinion publique, le silence est synonyme du sentiment d'être vaincue mais aussi de la perte du pouvoir de résister, d'un affaiblissement des responsabilités et du devoir de se battre pour ses propres opinions. Cette idée est parfaitement illustrée avec par exemple les expressions "réduire quelqu'un au silence", autrement dit "l'empêcher d'exprimer ses opinions" parfois même par le meurtre, ou encore "silence radio" qui indique le refus de communiquer sur quelque-chose ou de commenter quelque-chose".⁽²²⁾ Pourtant, d'après Bedell⁽⁴³⁾ :

<< Healing language is also silent, it includes a pause during which the patient can quietly consider the physician's explanations or suggestions. >>

Cette phrase pourrait se traduire par " Un langage bénéfique inclue également le silence, avec des pauses pendant lesquelles le patient peut sereinement considérer les explications et les suggestions du médecin."

Le silence est souvent lié au canal verbal et à la voix, expliquant qu'il soit parfois classifié dans les composants du paraverbal. Il est également difficile à interpréter car il interfère avec les autres éléments de la communication, comme par exemple le type de relation, la situation ou encore les pressions culturelles. Il peut également ponctuer un autre canal de la communication, par exemple en accompagnant un regard ou un mouvement de tête pour signifier la fin d'un dialogue.⁽⁶⁹⁾

D'après Bruneau⁽⁷⁴⁾, il existe trois grandes catégories de silence : les psycholinguistiques, les interactifs et les socioculturels.

a. Les silences psycholinguistiques

Il se sépare en deux catégories : une à faible durée, dit silence rapide, et une à longue durée, dit silence lent.

Les **silences rapides**, c'est-à-dire inférieurs à deux secondes, participent aux décodages du discours ainsi qu'aux hésitations grammaticales et syntaxiques. Ils ont une intensité et une durée faible, mais interviennent à une fréquence élevée.

Les **silences lents** vont eux permettre le décodage du langage et participer à l'utilisation de la mémoire et des souvenirs.

b. Les silences interactifs

Les silences interactifs correspondent aux temps de pause lors d'une conversation, c'est-à-dire à la cessation de toute activité verbale.^(74,75) Ils sont généralement plus longs qu'un silence psycholinguistique lent, mais il est difficile de faire la différence entre les deux.

Ces silences possèdent plusieurs propriétés⁽⁷⁴⁾ :

- Ils agissent sur la prise de décision, dont la première correspond à accepter la responsabilité de prendre la parole ou au contraire de garder le silence. Ils interviennent dans la remise en question des propos précédents, autant par l'émetteur que par le récepteur (feedback). Plus les silences interactifs se prolongent, plus la qualité des rapports interpersonnels se tendent.
- Ils permettent de tirer des conclusions, un silence interactif long autorisant l'analyse des différentes significations possibles d'un message, mais également du caractère, des motivations et de la personnalité de chacun.
- Ils contribuent à l'exercice d'un contrôle en attirant par exemple l'attention. Le silence d'une personne peut créer une ambiguïté dans une relation interindividuelle permettant aux récepteurs d'émettre des jugements définitifs, ou encore de remettre en question leurs anciennes relations en les redéfinissant. Le silence est fréquemment employé pour exprimer une divergence verbale ou psychologique.

Le silence interactif possède des caractères propres aux relations hiérarchiques ainsi que dans la gestion du pouvoir et de la domination sociale.⁽⁶⁹⁾ Par exemple, la maîtrise des silences par une figure politique participe à la bonne communication de son message.⁽⁷⁵⁾

- Ils participent à l'expression des émotions intenses, comme par exemple la surprise, la tristesse, la déception, la jalousie, la culpabilité, la honte, l'amour, la

colère ou encore la peur. Cette observation peut aussi bien intervenir chez l'émetteur que chez les observateurs. Le silence peut être révélateur d'une personne furieuse, qui s'ennuie, qui cherche à s'isoler, d'une personne attentive qui écoute pour comprendre, d'une personne arrogante qui cherche à montrer sa supériorité ou son indifférence, d'une personne dubitative qui exprime son incompréhension, d'une personne qui exprime son respect ou son amour envers une autre, etc.⁽⁷²⁾ Le silence peut être représentatif de nombreuses émotions en fonction du contexte.

- Ils influencent sur le maintien ou la modification de la distance entre individus. Lorsque la proxémique diminue, la fréquence et la durée des silences augmentent. Les paroles et les idées sont d'ailleurs mises en valeur lorsqu'elles sont associées à des silences longs. D'après Duez⁽⁷⁵⁾ et son analyse de discours politiques, les pauses inattendues dans une conversation permettent d'attirer l'attention sur le mot ou l'idée qui suit le silence.

Pour résumer ces temps de pauses, outre les fonctions respiratoires, peuvent servir pour planifier le contenu de son message, structurer ses paroles ou encore souligner un élément du discours.^(74,75) Ils interviennent dans l'expression d'émotions, l'analyse des informations et possèdent un rôle dans la domination sociale.⁽⁷⁴⁾

D'après Sacks et Al.⁽⁷⁶⁾, il existe trois types de silence interactifs :

- Une pause "gap", lorsque celui qui s'apprête à parler prend son tour.
- Un silence de type "lapse", lorsqu'aucun des interlocuteurs ne parle et que la communication s'interrompt.
- Un silence de type "pause", quand il existe un retard d'émission d'une réponse par le destinataire concernant la demande du message.

c. Les silences socioculturels

Suivant le type de culture, les silences ne sont pas appréhendés de la même manière.

La culture orientale a une image silencieuse, l'émetteur ayant tendance à effectuer de longues pauses, synonyme de réflexion et de sagesse.^(69,74)

Dans la culture occidentale, beaucoup plus bruyante, il existe une peur du silence provoquant un enchaînement rapide de la parole et une diminution des moments silencieux.^(69,74) Les temps de pauses sont d'ailleurs souvent dissimulés derrière des artifices, comme des hésitations ("euh...") ou une syllabe allongée.⁽⁷⁵⁾

Le silence peut correspondre à une forme de respect de la personne ou de l'autorité. Par exemple, lorsqu'une personnalité importante rentre dans une pièce le silence se met rapidement en place. Cette propriété s'illustre également lors de la réalisation d'une "minute de silence".⁽⁷⁴⁾

d. Intérêts des silences en odontologie

Les silences sont présents dans toutes communications y compris lors d'une consultation dentaire. Même si dans notre culture le silence est anxiogène, il est crucial de ne pas chercher à le combler en permanence car :

- Il permet, par exemple, au patient et au praticien de réfléchir afin de répondre au mieux à une question avec des termes précis et particuliers. Le choix des mots est important lorsqu'il est demandé au patient de qualifier sa douleur.

- Il laisse le temps au patient d'assimiler les informations qui lui sont transmises et de prendre une décision sur un plan de traitement. Cette affirmation est également vraie pour le praticien.

- Il transmet des émotions et permet de tirer des conclusions, en contribuant par exemple à déterminer le véritable motif de consultation ou à relever une crainte par rapport à un acte.

Le silence étant lié à la culture de chacun, un comportement trop intrusif consistant à combler une grosse partie des silences peut être jugé comme irrespectueux et laisser une mauvaise impression.

7. Conclusion

Après l'usage des mots, un simple aperçu de la variabilité et de la complexité de la communication non-verbale donne un avant goût de son importance dans les relations interindividuelles. Cette facette de la communication est très importante, que ce soit dans la réception d'informations, dans leur transmission ou encore dans leur régulation. Souvent négligée, il s'agit parfois du seul mode de communication restant chez certaines personnes, comme par exemple dans la maladie d'Alzheimer.⁽⁷⁷⁾ De manière générale, tout manquement aux canaux verbaux ou non verbaux de la communication provoque un effet négatif sur la relation thérapeutique.⁽⁷⁸⁾ Au-delà même des interactions entre individus, volontaires ou non, il existe deux derniers éléments jouant un rôle majeur dans la communication : l'environnement et le contexte.

V. L'environnement et le contexte

Après avoir présenté la communication verbale et l'importance des mots, la communication non verbale ainsi que le transfert conscient ou inconscient d'informations, le dernier canal restant à explorer se constitue du contexte et de l'environnement de l'échange.

Ces deux derniers éléments sont souvent laissés de côté, parfois même confondus, alors qu'ils sont d'une importance capitale dans une interaction. En effet, le contexte permet de donner sens à certains propos, tandis que l'environnement peut modifier un comportement. Ils font parties intégrante de la communication, même s'ils sont parfois difficilement dissociables des autres canaux (verbaux et non verbaux). C'est pour cette raison qu'il en a déjà été fait mention à de nombreuses reprises dans les parties précédentes.

1. Le contexte

D'après le dictionnaire Larousse⁽²²⁾, le contexte peut être défini comme :

<< Ensemble des conditions naturelles, sociales, culturelles dans lesquelles se situe un énoncé, un discours.>>

<< Ensemble des circonstances dans lesquelles se produit un événement, se situe une action.>>

Le contexte fait partie intégrante des échanges interpersonnels, car il donne un sens aux différents composants de la communication en leur servant également de support.⁽⁷⁹⁾ C'est pourquoi de nombreux éléments hors contextes perdent leurs significations, qu'ils soient verbaux ou non.

a. Le contexte de soin

Lors d'une consultation médicale, les différents interlocuteurs mettent en place une relation de soin, chaque partie ayant ses propres attentes. Le cadre interactif (cf. : *Le cadre interactif*) ainsi que la place de chaque participant se définissent alors, avec :

- Le patient dans le rôle de consultant, car il est dans l'attente de réponses et d'une solution à ses souffrances.

- Le praticien dans le rôle d'expert, qui détient la connaissance et les solutions thérapeutiques.

Dans la plupart des cas de contexte de soin, le corps (en particulier celui du patient) devient l'objet de l'interaction. Cela implique rapidement l'atteinte de la dimension personnelle du patient.⁽⁸⁰⁾

b. **Éléments constitutifs du contexte de soin**

D'après Cosnier⁽⁸⁰⁾, le contexte se divise en quatre grands composants :

Le cadre

Le cadre est caractérisé par la disposition spatiale et temporelle du lieu de l'échange, que ce soit des personnes entre-elles (proxémique) ou avec l'environnement (meubles, murs, etc.). Cette disposition reflète souvent la personnalité du praticien. Son affect et ses idéologies peuvent par exemple être transmises par le style de décoration ou l'ameublement.

Le cadre prend également en compte les rôles sociaux prévu en son sein et ainsi la relation sociale mise en place par l'interaction. Il met implicitement en place des règles de cadrage. C'est-à-dire que toutes les actions et les événements seront mis en relation avec la finalité thérapeutique de la relation. Le rapport à l'intimité se retrouve alors normalisé par ce cadre de soin.

Même si le cadre est clairement définit dans une relation de soin, il peut être soumis à de nombreuses variations, comme un cadre publique (hôpital) ou privé (libéral), des architectures différentes (bâtiment neuf ou d'époque), etc.

Les partenaires

Les partenaires de l'interaction interpersonnelle font également partie du contexte de part leurs caractères personnels, sociaux, ainsi que du type de relation mis en place.

Les caractères personnels correspondent par exemples au sexe, à l'âge ou encore à la maladie du patient.

Les caractères sociaux correspondent aux marqueurs de fonction permettant la distinction et la hiérarchie entre le patient et le praticien, comme par exemple les vêtements de clinique, le stéthoscope, etc.

La relation

La relation mise en place entre un patient et son praticien est une relation de soin, c'est-à-dire ayant pour objectif de sauvegarder ou d'améliorer la santé du patient. La relation de soin est fondamentale pour une bonne mise en place des règles de cadrage.

La plate-forme communicative commune

La plate-forme communicative commune possède de nombreux liens avec les trois parties précédentes. Il s'agit de tous les savoirs communs entre le soignant et le soigné. Elle comprend l'anamnèse de la maladie, l'historique de la relation entre le patient et son

praticien, les routines mises en place durant les précédents examens, etc. Cette plateforme facilite les échanges et la communication entre les interlocuteurs.

En d'autres termes, un patient qui consulte son médecin traitant communique plus facilement, car il partage une histoire commune, évitant la réalisation d'examens déjà effectués ou la répétition des antécédents médicaux.

2. Environnement :

L'environnement correspond à tous les éléments présents lors d'une interaction (décoration, bureau, couleurs des murs, etc.). Il participe à la mise en place du contexte.

L'environnement joue un rôle sur les personnes qui interagissent en son sein. Si un patient se retrouve, par exemple, dans une pièce assez sombre, sale, avec une odeur malsaine, l'ensemble renverra des ondes négatives génératrices d'inconfort et empêchant la mise en place d'une relation de confiance.⁽³⁹⁾

Il peut aussi brouiller les canaux de la communication. En effet, une musique trop forte peut bloquer le dialogue entre deux sujets, une mauvaise disposition des meubles peut mettre en place une mauvaise proxémique, etc.⁽³⁷⁾

Les deux principaux lieux de contact entre patient et praticien en odontologie sont la salle d'attente et la salle de soins. Ce sont les environnements de ces pièces qui conditionnent les interactions entre soignant et soigné.

Dans le contexte de soin, la complexité liée à l'environnement est duale. Il doit être propice à la mise en place d'une bonne relation patient/praticien mais également ne pas être anxiogène ni pour le soigné, ni pour le soignant (qui lui y passe la majeure partie de son temps).

a. Un mot sur les couleurs

D'après Elliot et Maier⁽⁸¹⁾ :

<< Color is not just about aesthetics, it also communicates specific information.>>

Cette phrase pourrait se traduire comme << La couleur n'est pas qu'une question d'esthétique, elle communique également une information spécifique. >>

Tous les stimuli visuels contiennent au moins une information colorée. Les couleurs peuvent avoir des influences psycho-physiologiques ainsi que des significations particulières. Les études concernant leurs effets sont parfois contradictoires mais certaines propriétés ressortent assez fréquemment pour être notables.⁽⁸¹⁾ Leurs symbolismes sont dépendants de l'histoire et de la culture de chacun, c'est pourquoi le choix des couleurs joue un rôle important dans un cabinet dentaire.^(82,83)

Le rouge (81-84)

Le rouge est une couleur chaude, synonyme d'intensité et d'agressivité. Il s'agit d'une couleur ayant tendance à stimuler, à énerver et à exciter.

C'est une couleur ambiguë, jouant sur les paradoxes comme l'amour et la colère, la sensualité et la sexualité, le courage et le danger ou encore l'ardeur et l'interdiction. Le rouge est une couleur chaleureuse et énergique mais qui évoque en parallèle des idées plus négatives comme les enfers, le sang ou encore la luxure.

Le rouge provoquerait une augmentation de l'adrénaline et de l'activité sexuelle. Il serait responsable d'une augmentation de la pression artérielle et du diamètre des capillaires. Il serait associé à une augmentation de la vitesse des réflexes (et donc de la fatigue), mais aussi à une baisse de la mémoire de travail, une diminution de la variabilité de la fréquence cardiaque et une augmentation de la force. Un environnement de couleur rouge donnerait une sensation de chaleur, supérieure de trois degrés par rapport à la température ambiante.

Globalement, le rouge est à éviter, que ce soit dans la salle de soins ou la salle d'attente, car il est générateur de peur et d'énervement. Il participe également à la mise en place de manœuvre d'évitement. Il peut néanmoins être présent dans les détails, comme dans la décoration par exemple.

L'orange (82,83)

L'orange, comme le rouge, fait partie des tonalités chaudes. Cette couleur symbolise l'équilibre, l'épanouissement et l'optimisme.

L'orange possède des propriétés similaires au rouge : il accélère les pulsations cardiaques et suscite le dynamisme. Cependant, cette couleur stimule plus qu'elle n'excite, la rendant plus accueillante que le rouge.

Cette teinte participe à la mise en place d'une ambiance intime, qui tonifie et éveille les sens.

Le jaune (82,83)

Le jaune est une couleur ayant tendance à animer un espace et à l'agrandir. Il symbolise la lumière, invitant à la réflexion et à la gaieté.

Cette tonalité garde pourtant deux faces : encourageant le repos et la relaxation, elle peut néanmoins représenter la trahison et le mensonge.

Le bleu (37,82,83)

Le bleu fait partie des couleurs froides. Il est le symbole du rêve, de la sagesse, de la vérité et de la sérénité.

Cette teinte suggère la détente, le calme et le repos, possédant un effet analgésique et antispasmodique.

Le bleu est une teinte ayant tendance à agrandir les espaces. Elle donne une impression de sérieux et de consciencieux. Pourtant, son utilisation en excès serait responsable d'une sensation d'étouffement et de tristesse.

Le bleu posséderait des effets inverses au rouge. Il diminuerait la pression artérielle et le diamètre des capillaires. Il serait responsable d'une baisse du niveau d'adrénaline mais également de la vitesse des réflexes et de l'activité sexuelle. A l'inverse, cette teinte augmenterait la créativité et l'imagination. Un environnement de couleur bleu donnerait une impression de fraîcheur de trois degrés inférieurs à la température réelle.

Le vert (37,82,83)

Le vert appartient à la fois à la gamme des couleurs chaudes et des couleurs froides. Il symbolise la nature, la vie et le renouveau.

Cette tonalité possède un effet équilibrant sur le système nerveux en donnant une sensation de fraîcheur, d'apaisement et de sécurité. Elle suggère une certaine stabilité, à travers l'espoir et la chance.

Cette teinte peut être intéressante pour la salle d'attente car elle possède les mêmes propriétés que le bleu. Attention néanmoins à son utilisation dans la salle de soin, car en trop grande quantité, elle provoquerait un effet de déprime et de sédation.

Le violet (37,82,83)

Issu du mélange entre une couleur chaude (le rouge) et une couleur froide (le bleu), le violet est le symbole de la tempérance, de la singularité et de l'exigence. Cette tonalité évoque également la solitude.

Cette teinte amène à la réflexion et à la méditation, tout en favorisant la relation avec autrui et les rapports sociaux. Ces propriétés rendent cette couleur intéressante pour le lieu d'accueil des patients mais elle peut créer une ambiance inquiétante dans la salle de soin.

Le rose (83)

Le rose est une couleur dynamique, symbole de romantisme et de féminité. Cette teinte évoque globalement la délicatesse.

Le marron (83)

Le marron est une couleur omniprésente au naturel, en faisant une teinte neutre, douce et rassurante.

Le gris (83)

Le gris est également une teinte neutre, douce et apaisante. Elle ne crée pas de stimulus particulier. Cette couleur est plutôt un symbole de sobriété et d'élégance.

Le noir (83)

Le noir est la couleur la plus foncée qui existe. Elle permet le contraste et la mise en valeur. Il s'agit d'une teinte neutre représentant l'autorité et la rigueur, mais aussi l'élégance et la simplicité.

En occident, le noir représente également la mort et le deuil.

Le blanc (82,83)

Le blanc correspond à l'ensemble des couleurs. Il est le symbole de l'unité et de l'équilibre.

Dans la culture orientale, le blanc représente le deuil. En occident, il est synonyme de pureté, d'innocence et de paix.

Avec le temps, le blanc est devenu le symbole du domaine médical, l'associant à ses appréhensions et à ses craintes. Au niveau des patients, cette teinte est généralement génératrice d'angoisse. Chez les praticiens, son exposition prolongée provoque un effet oppressant.

Le blanc correspond donc à une couleur incontournable, mais qui aujourd'hui se doit d'être utilisé avec parcimonie.

b. Conclusion sur les couleurs

Finalement, les couleurs, et donc l'environnement, peuvent jouer sur la communication au travers de leurs effets psycho-physiologiques.

Leurs symboliques sont issues de significations communes, comme par exemple l'utilisation de la couleur rouge pour la correction des copies par un professeur.

Cependant, leurs significations revêtent également une forme plus personnelle, dépendantes de l'histoire personnelle. C'est pour cette raison qu'il n'existe pas de formule miracle universelle pour la conception d'un environnement "idéal". Une pièce ou un lieu qui serait bénéfique à la mise en place d'une communication efficace pour une personne, pourrait avoir l'effet opposé pour une autre.

A partir des éléments exposés précédemment, il est possible d'établir quelques règles, qui encore une fois peuvent ne pas être efficace selon le vécu de chacun :

- Eviter le rouge en grande quantité, générateur de stress, d'excitation et d'angoisse. Attention au violet qui peut finir par créer un sentiment de gêne. Leurs utilisations, ainsi que celles de couleurs vives, permettent néanmoins d'égayer des endroits sombres, et donc de dynamiser la pièce.^(37,83)

- Le blanc reste une bonne référence, y compris le blanc cassé. Son association avec d'autres couleurs peut être intéressante, comme par exemple avec du bleu, du vert ou du jaune clair.⁽⁸³⁾

- L'utilisation de teintes neutres comme le gris ou le marron, ne semble pas être délétère.⁽⁸²⁾

- Globalement, le bleu pour la salle de soin permet une ambiance inspirant le calme et la sérénité, même s'il facilite le contraste pouvant donner l'impression d'un email jauni. Le vert pour la salle d'attente permet une ambiance calme et de sécurité.⁽³⁷⁾

c. La salle d'attente

La salle d'attente est un lieu particulier pour le patient, faisant la transition entre le monde extérieur et la salle de soin. Cet espace lui permet de se mettre en condition et de se préparer à la consultation. Elle devient facilement anxiogène en fonction du temps passé à l'intérieur. Cette salle est également un lieu intéressant pour la communication écrite et la transmission de message de santé, par l'intermédiaire de revues ou d'affiches par exemple.

L'environnement de la salle d'attente est très important, car il s'agit souvent du lieu de la première rencontre entre le patient et le praticien. L'objectif est de créer un cadre propice à la mise en place d'une relation de confiance. Si la pièce est austère, avec des bruits ou une odeur désagréable, un sentiment d'inconfort sera provoqué, aboutissant à un patient non rassuré.⁽³⁹⁾

Quelques éléments peuvent permettre la mise en place d'un contexte adéquat⁽⁸⁵⁾ :

- Au niveau de l'éclairage, il est intéressant d'éviter les monotonies. Il est possible d'utiliser, par exemple, un éclairage ponctuel de type "spot" ou lampadaire. Ce

type d'éclairage permet de créer des zones lumineuses et des zones d'ombres. L'utilisation de systèmes d'éclairages indirects est aussi intéressante pour mettre en valeur des éléments de décoration.

- Concernant l'acoustique, le patient ne doit absolument pas entendre les bruits de la salle de soin car ils sont très anxiogènes. La salle d'attente doit permettre au patient de se détendre. Elle conditionne la consultation à venir et la bonne communication soignant/soigné. Une salle silencieuse n'est également pas une bonne chose, car le silence dans ce genre de situation est générateur d'angoisse. La mise en place de musique peut palier au silence, tout comme les bruits venant de l'extérieur.
- Au sujet du mobilier, le plus important ici sont les chaises. Elles doivent être confortables pour une bonne assise, mais surtout être suffisamment éloignée pour la mise en place d'une proxémique adéquate. L'intimité de chacun doit être respectée pour éviter un éventuel malaise.
- A propos des murs et du sol, comme vu précédemment les couleurs possèdent des effets psycho-physiologiques. Un sentiment de détente peut ainsi être obtenu avec par exemple un mélange de blanc et de bleu. Une sensation de calme peut être créée avec une association de blanc, de vert ou d'orange. Au niveau du sol, le bois permet de créer une ambiance chaleureuse.
- Enfin, pour ce qui est de la décoration, elle peut faire appel à des tableaux, des fleurs, etc. C'est généralement elle qui amène des couleurs plus vives et de l'originalité. Elle ne doit cependant pas devenir trop voyante ni agressive.

d. La salle de soins

Point névralgique du cabinet dentaire, la salle de soins est le lieu où la consultation s'effectue. Au-delà des actes thérapeutiques, c'est ici que la communication entre le patient et le praticien intervient le plus.

La transition entre la salle d'attente et la salle de soins se veut la moins désagréable possible, c'est-à-dire qu'il doit exister une certaine harmonie entre ces deux pièces.⁽⁸⁵⁾

Comme pour la salle d'attente, l'environnement conditionne la communication interindividuelle dans la salle de soins. Son aspect s'associe dans l'esprit du patient comme la manière de travailler du praticien.⁽⁸⁵⁾

- L'éclairage de la salle de soin est compliqué car elle nécessite trois zones d'éclairages différentes⁽⁸²⁾ :

- La première est une lumière soutenue dans la zone opératoire, c'est-à-dire la cavité buccale du patient.

- La seconde est un éclairage moindre, mais toujours soutenu, dans la zone de travail accessible par le praticien.

- La dernière est un éclairage beaucoup moins important, permettant l'entretien avec le patient.

L'utilisation d'une lumière adaptée est importante pour éviter le phénomène d'éblouissement. Il est responsable d'inconfort, pouvant se traduire par une perturbation de la communication ou une difficulté dans le soin. Ce phénomène intervient autant chez le patient que chez le praticien.

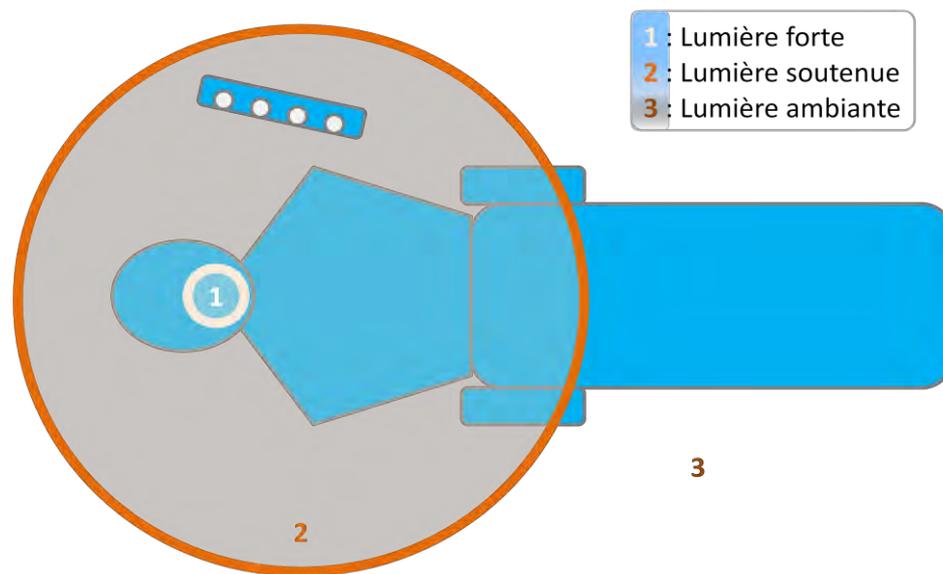


Schéma 6 : Schéma des différents types d'éclairage dans la salle de soins selon Esnault

- Au niveau de l'acoustique, il est possible de diffuser de la musique dans la salle de soins tant que le volume reste bas pour ne pas gêner le dialogue. De manière générale cette pièce est assez bruyante à cause des instruments rotatifs et de l'aspiration. Remplacer les éventuelles sonneries (téléphone ou sonnette du cabinet par exemple) en les rendant plus discrète ou musicale facilite la diminution du stress ambiant.^(37,85)
- Concernant le mobilier, un des éléments principaux est le fauteuil. L'idéal est qu'il soit orienté de sorte que la porte soit visible afin d'éviter le sentiment d'être pris au piège. Un accès à la lumière naturelle est intéressant pour la même raison.⁽³⁷⁾
Au niveau du bureau, il existe principalement deux dispositions. Il peut être placé à la manière d'un "trône", c'est-à-dire dominant la pièce, agissant alors comme une barrière en signant l'autorité du praticien ou il peut être collé perpendiculairement à un mur, facilitant ainsi la communication.⁽⁸⁵⁾

Les chaises doivent être orientées face à face, pour faciliter le dialogue, en évitant d'être dos à une porte.⁽³⁷⁾

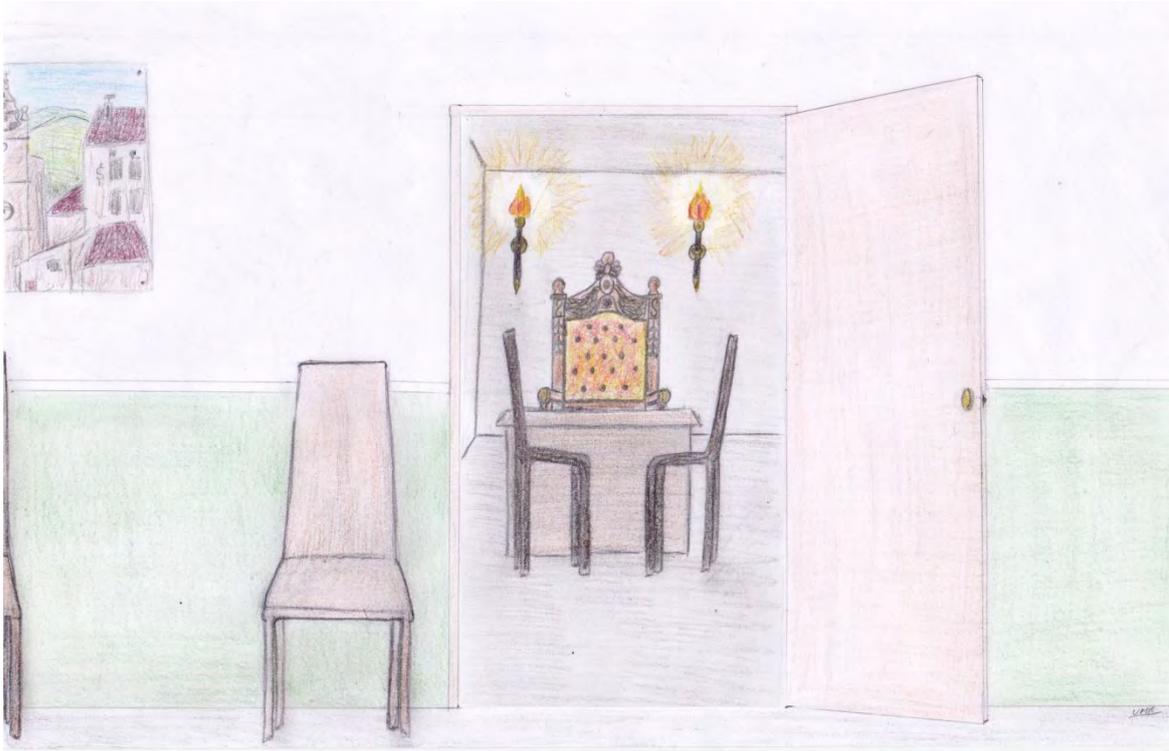


Illustration 10 : "Monseigneur, je viens querir vôtre aide !"

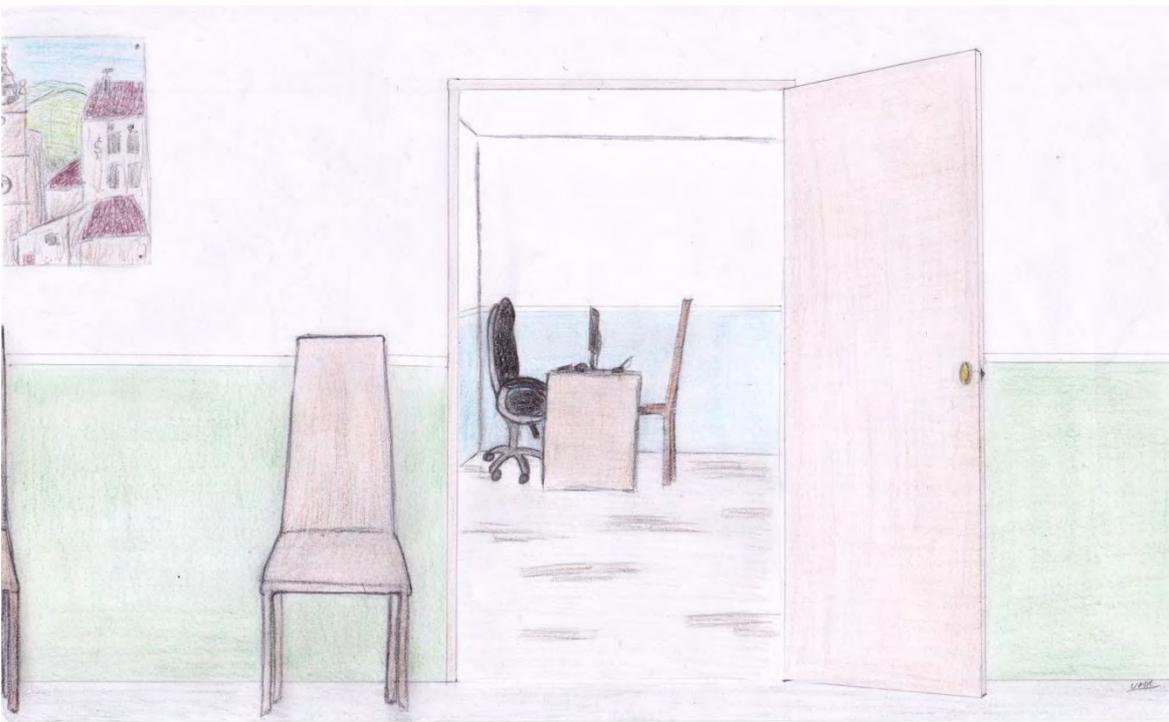


Illustration 11 : "Bonjour Docteur, comment allez-vous ?"

- Pour ce qui est de la décoration, les objets personnels permettent de casser la dimension médicale de la pièce. Les photos de famille sont à éviter, pouvant donner une dimension trop intime et gênante vis-à-vis des patients. Enfin, il convient de supprimer au maximum les agressions visuelles qui peuvent être source de stress. C'est le cas par exemple des formes pointues auxquelles seront préférées les formes arrondies.⁽³⁷⁾

3. Conclusion sur l'environnement et le contexte

En odontologie, le contexte est assez particulier puisqu'il s'agit d'un contexte de soins autour duquel l'ensemble de l'interaction va s'articuler. Dans cette situation, il existe une attente de la part d'un des interlocuteurs envers l'autre.

L'environnement joue un rôle dans la communication, que ce soit par l'éclairage, le mobilier, la décoration ou encore les couleurs. Il doit transmettre des messages de bien-être et éviter l'angoisse du patient afin de "conditionner" la future interaction. Cet environnement correspond également au lieu d'exercice du praticien, c'est-à-dire qu'il y passera la majeure partie de son temps. C'est pour cette raison qu'il est primordial que les différentes pièces, au delà de leurs significations, plaisent au soignant.

Conclusion

La communication est un phénomène naturel complexe à expliquer et à étudier. Associant des éléments conscients et inconscients, elle est influencée par la culture et le vécu de chacun.

D'après Watzlawick⁽³⁵⁾ :

<< Lorsque nous communiquons sur la communication, nous avons recours à des conceptualisations qui ne sont pas une partie de la communication mais un discours sur la communication : la métacommunication. >>

La communication est omniprésente, intervenant dans tous les échanges interindividuels, qu'ils soient d'ordre personnel ou professionnel. Il paraît évident qu'elle intervient dans le domaine odontologique.

Pourtant il convient de ne pas tomber dans l'écueil de la surcommunication, c'est-à-dire de ne pas noyer le patient d'informations. L'objectif véritable est de donner les éléments clefs nécessaires à sa compréhension. Il convient de prêter attention aux mots utilisés lors de la consultation afin d'éviter les connotations négatives, génératrices de stress et d'angoisse. Ainsi, pour le praticien, il peut être bénéfique d'utiliser un vocabulaire positif tout en relevant les termes qu'utilise le patient.

Les mots ne sont cependant pas les seuls éléments d'un échange interindividuel. De nombreux autres phénomènes interviennent dans le transfert d'informations ; c'est le cas de la posture, de la kinésique, de l'intonation des mots, de la proxémique ou encore des silences. Les négliger correspondrait à laisser de côté de nombreux messages de la part du patient mais également à créer des incohérences dans notre propre discours. Il faut garder à l'esprit que s'il est impossible de ne pas communiquer, le patient n'est pas seul à envoyer des messages en permanence, le praticien le fait également. Le non-verbal n'influence pas que le verbal : il possède sa propre signification.

Il est important de ne pas oublier le contexte particulier régnant sur l'interaction entre patients et professionnels de santé. La relation de soins et l'environnement que représente un cabinet médical joue un rôle important sur le comportement du patient. En attente de réponse et/ou d'une solution thérapeutique, ces éléments conditionnent la communication positivement ou négativement. De même que pour tous les canaux de la communication, le contexte et l'environnement agissent également sur le praticien.

Finalement, la communication n'est pas constituée uniquement de la parole bien qu'elle soit souvent centrée sur cette dernière. L'écoute de son interlocuteur en est une part importante qu'on ne saurait négliger. Il est intéressant de souligner une dernière fois la différence entre entendre et écouter et de rappeler que l'objectif d'une consultation

médicale est bien d'écouter son patient tout en restant conscient que l'écoute n'est pas suffisante à la confiance du patient à qui l'on doit fournir des preuves de cette dernière. Le patient doit *se sentir* écouté pour être pleinement en confiance.

Contrairement à ce que l'on voudrait croire, l'écoute n'est pas une qualité innée. Elle peut s'apprendre et doit se travailler chez tout professionnel de santé. Il existe d'ailleurs des guides d'apprentissage de ses bases ainsi que celles de la communication tels que le guide de Calgary-Cambridge, l'approche de Bayer-Fetzer ou le SEGUE Framework.⁽⁸⁶⁻⁸⁸⁾

Vu, le Directeur de thèse



Vu, le Président du jury



Table des schémas et illustrations

Schéma 1 : Schéma général de la communication selon Shannon	30
Schéma 2 : Schéma général de la communication selon Jakobson	31
Schéma 3 : Schéma des interactions verbales	33
Schéma 4 : Schéma des rapports de place et des modules : La cravate représente la place d'expert.....	35
Schéma 5 : Schéma des différents canaux de communication selon Cosnier	46
Schéma 6 : Schéma des différents types d'éclairage dans la salle de soins selon Esnault .	77
Illustration 1 : Choose your Challenger!	18
Illustration 2 : Les différents modes de communication.....	37
Illustration 3 : Dénotation et connotation du mot "fraise"	38
Illustration 4 : Prothèse amovible 150 CH, 6 cylindres, teinte A3.5.....	44
Illustration 5 : Mirroring ou échoïsation ? Telle est la question	51
Illustration 6 : Espace intime en perdition	55
Illustration 7 : Echelle de la proxémique	57
Illustration 8 : Les différentes catégories de postures. Dans l'ordre : Approche, retrait, expansion et contraction.....	60
Illustration 9 : Le face à face.....	62
Illustration 10 : "Monseigneur, je viens querir votre aide !"	78
Illustration 11 : "Bonjour Docteur, comment allez-vous ?"	78

Bibliographie

1. Chaupain-Guillot S, Guillot O, Jankeliowitch-Laval É. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV . Econ Stat. 2014;469(1):169-97.
2. Council of European Dentists. Code de déontologie des chirurgiens dentistes dans l'union européenne.
3. Donald Boudreau J, Cassell E, Fuks A. Preparing medical students to become attentive listeners. Med Teach. janv 2009;31(1):22-9.
4. Stewart M, Brown JB, Weston WW, Mcwhinney, Mcwilliam. Patient-centered Medicine: Transforming The Clinical Method: Transforming The Clinical Method. New edition. Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd; 2003. 296 p.
5. Moore PJ. Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. West J Med. 1 oct 2000;173(4):244-50.
6. elizeos. La communication, « fondement » d'une bonne relation de soin [Internet]. Infirmiers.com. 2014. Disponible sur: <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/communication-point-fort-relation-patient-soignant.html>
7. Zunzarren R. Guide clinique d'odontologie. 2e édition. Elsevier Masson; 2014. 336 p.
8. Walter B. Prothèse fixée: Approche clinique. Malakoff: CDP; 2017. 327 p.
9. Seban A, Bonnaud P. Le bilan préopératoire à visée implantaire. Issy-les-Moulineaux France: Elsevier Masson; 2009. 324 p.
10. Dentistes ON des C. Dossier du patient [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/relations-patients/dossier-du-patient.html>
11. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr 1998;28(2):151-5.
12. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
13. Béry A. Information et consentement. EMC - Odontol. 1 sept 2005;1(3):262-80.
14. Apelian N, Vergnes J-N, Bedos C. Humanizing clinical dentistry through a person-centred model. Int J Whole Pers Care [Internet]. 4 juill 2014;1(2). Disponible sur: <http://ijwpc.mcgill.ca/article/view/2>

15. Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH, Johnson AO. Speaking and Interruptions During Primary Care Office Visits. *Fam Med.* :5.
16. Apelian N, Vergnes JN, Hovey R, Bedos C. How can we provide person-centred dental care? *BDJ.* 22 sept 2017;223(6):419-24.
17. Stack S. Occupation and Suicide. *Soc Sci Q.* juin 2001;82(2):384-96.
18. Rosenzweig J. Principes de communication patient-praticien dans le cadre d'une approche centrée sur la personne en odontologie. [Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014.
19. McDonald DD, Fedo J. Older Adults' Pain Communication: The Effect of Interruption. *Pain Manag Nurs.* sept 2009;10(3):149-53.
20. Moira Stewart, Belle Brown J. and All. The impact of patient-centered care on outcomes. *JFP.* sept 2000;49(9).
21. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes : A review. *CAN MED ASSOC J.* :11.
22. Larousse É. Dictionnaire français - Dictionnaires Larousse français monolingue et bilingues en ligne [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
23. Paquette G. Feedback, rétroaction, rétroinformation, réponse... du pareil au même. *Commun Lang.* 1987;73(1):5-18.
24. Morin E. La méthode, tome 1 : La Nature de la nature. Paris: Seuil; 1977. 399 p.
25. Fiche technique : Feed-back et Feed-forward • Coaching Management • Orygin Conseil [Internet]. Coaching Management • Orygin Conseil. 2017. Disponible sur: <https://www.orygin.fr/coaching-management/feed-back-forward/>
26. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux.* 2002;29(2):213.
27. Chevalier G. La communication: un outil indispensable à la relation praticien-patient en odontologie. [Faculté d'odontologie]: Université Henry Poincaré Nancy I; 2007.
28. Cosnier J. Empathie et communication. :6.
29. Shannon C, Weaver W. The Mathematical Theory of Communication. :131.
30. Jakobson R, Ruwet N. Essais de linguistique générale : Tome 1 Les fondations du langage. Les Editions de Minuit; 2003. 260 p.
31. Ruga A. L'abord du patient au cabinet dentaire. Approche psychologique et outils de communication. :170.

32. Mehrabian A. Nonverbal communication. New Brunswick, NJ: Aldine Transaction; 2007. 226 p.
33. La gestion en matière de santé mentale. La communication verbale et non verbale.
34. Robert Vion. La construction interactive des discours de la classe de langue. Paris: Presses de la Sorbonne nouvelle; 1996. 209 p. (Les carnets du Cediscor).
35. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Une logique de la communication. :25.
36. Vion R. Pour une approche relationnelle des interactions verbales et des discours. Lang Société. 1999;87(1):95-114.
37. Portet V. La communication interpersonnelle patient-praticien en chirurgie dentaire : Analyse sociologique et critères d'optimisation. [Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013.
38. Rivkin J, Ryan M. Literary Theory: An Anthology. John Wiley & Sons; 2017. 1637 p.
39. Sentenac Q. Vocabulaire professionnel et approche centrée sur la personne en odontologie. [Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016.
40. Les divers sens d'un mot - EspaceFrancais.com [Internet]. Disponible sur: <https://www.espacefrancais.com/les-divers-sens-dun-mot/>
41. Durand Jacques. Les formes de la communication. Paris: Dunod; 1988. (Dunod).
42. Rouleau M. La terminologie médicale et ses problèmes. 2003;10.
43. Bedell SE, Graboyes TB, Bedell E, Lown B. Words That Harm, Words That Heal. Arch Intern Med. 12 juill 2004;164(13):1365-8.
44. Lang EV, Hatsiopoulou O, Koch T, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E, et al. Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures: Pain. mars 2005;114(1):303-9.
45. Catoire P, Delaunay L, Plantet F. Peut-on informer sans faire Peur ? :10.
46. Virot DC. La Réification Hypnotique. 2009;11.
47. Marteau A. Analgésie par technique hypnotique de réification en supplément de l'anesthésie locale dans la suture des plaies superficielles aux urgences. :37.
48. Bajou Awel. L'hypnose en odontologie : Réalisation d'une séquence de formation destinée aux étudiants. Université d'Auvergne Clermont-Ferrand I; 1991.
49. Gomez Claire. L'utilisation de l'hypnose en endodontie. [Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015.

50. Sinding C. Catégories de médecins, catégories de malades (Commentaire). *Sci Soc Santé*. 1999;17(2):23-9.
51. Bernard F. Hypnose médicale : intérêt immédiat et développements possibles en anesthésie-réanimation. :8.
52. Pailler E. L'hypnose dans les traitements d'orthodontie. *Orthod Fr*. mars 2019;90(1):29-36.
53. Lakoff. *Les métaphores dans la vie quotidienne*. Paris: Editions de Minuit; 1986. 254 p.
54. Mouzouri Nabil. *Les métaphores en médecine*. Université Sidi Mohammed Den Abdellah; 2010.
55. Lardellier P. Pour en finir avec la « synergologie ». Une analyse critique d'une pseudoscience du « décodage du non-verbal ». *Commun Inf Médias Théories Prat*. 15 juin 2008;(Vol. 26/2):197-223.
56. Denault V, Larivée S, Plouffe D, Plusquellec P. La synergologie, une lecture pseudoscientifique du langage corporel. *Rev Psychoéducation*. 2015;44(2):425.
57. Cosnier J. *Communication non verbale et langage*. *Psychol Médicale*. 1977;
58. Cosnier J. *Les gestes du dialogue, la communication non verbale*. :10.
59. Cosnier, J, Vaysse, J. *Sémiotique des gestes communicatifs*. *Nouv Actes Sémiot*. 1997;
60. Martin J. *Dialoguer pour soigner. Les pratiques et les droits*. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène; 2002. 131 p.
61. Kristeva J. Le geste, pratique ou communication? *Langages*. 1968;3(10):48-64.
62. Salem G. *Hypnose et thérapie familiale*. :13.
63. Argyle M. The syntaxes of bodily communication. *Linguistics* [Internet]. 1973;11(112). Disponible sur: <https://www.degruyter.com/view/j/ling.1973.11.issue-112/ling.1973.11.112.71/ling.1973.11.112.71.xml>
64. Mehrabian A. Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships. *Psychol Bull*. 1969;71(5):359-72.
65. De Lavergne. *La communication non verbale* [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.univ-montp3.fr/infocom/wp-content/REC-La-communication-non-verbale2.pdf>
66. Ekman Paul. *Facial Expression and Emotion*. *Am Psychol*. avr 1993;
67. Ekman Paul. *Universal Facial Expressions of Emotions*. *Calif Ment Health Res Dig*. Automne 1970;8(4).

68. Hall ET. The hidden dimension. New York: Anchor Books; 1990. 217 p.
69. Hennel-Brzozowska A. La communication non-verbale et paraverbale -perspective d'un psychologue-. 2008;10.
70. Roussillon R. Pour introduire la question du langage du corps et de l'acte. Carnet PSY. 2006;n° 111(7):36-40.
71. James WT. A Study of the Expression of Bodily Posture. J Gen Psychol. oct 1932;7(2):405-37.
72. Terrier C. La communication non verbale. :10.
73. Noelle-Neumann E. La spirale du silence. Hermès. 1989;(4):181.
74. Bruneau T, Achaz F. Le silence dans la communication. Commun Lang. 1973;20(1):5-14.
75. Duez D. Le pouvoir du silence et le silence du pouvoir.
76. Sacks H, Schegloff E, Jefferson G. A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. 1974;50(4):40.
77. Schiaratura LT. La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 sept 2008;6(3):183-8.
78. Balint M, Valabrega J-P. Le Médecin, son malade et la maladie. 3e éd. Paris: Payot; 2003. 418 p.
79. Leplat J. La gestion des communications par le contexte. Perspect Interdiscip Sur Trav Santé [Internet]. 1 mai 2001 [cité 14 juin 2019];(3-1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/pistes/3755>
80. Cosnier J, Grosjean M, Lacoste M. Soins et communication: approche interactionniste des relations de soins. Presses Universitaires Lyon; 1993. 230 p.
81. Elliot AJ, Maier MA. Color and Psychological Functioning. Curr Dir Psychol Sci. oct 2007;16(5):250-4.
82. Esnault R. Analyse de la contrainte visuelle du chirurgien-dentiste : Approche ergonomique. [Unité de formation et de recherche d'odontologie]: Université de Nantes; 2006.
83. Venisse T. Organisation du cabinet dentaire et optimisation des locaux au service de l'hygiène et de la productivité. [Faculté d'odontologie]: Université de Lorraine; 2014.
84. Payen V. Motivation d'approche et d'évitement: effets psychophysiologiques de la couleur rouge sur les processus cognitifs et moteurs. 2011;226.

85. Jacquot J-P. Les Eléments générateurs d'une relation optimale au cabinet dentaire. [Faculté d'odontologie]: Université Henry Poincare Nancy I; 2007.
86. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. Patient Educ Couns. 1 oct 2001;45(1):23-34.
87. Makoul G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. Acad Med. avr 2001;76(4):390.
88. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary—Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. Med Educ. 1996;30(2):83-9.

LA COMMUNICATION : OUTIL CENTRAL DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

RESUME :

La communication est un outil indispensable, non seulement au cabinet dentaire mais aussi dans la vie de tous les jours. Même si son importance est soulignée dans de nombreux articles, il existe dans notre société actuelle une baisse générale du dialogue.

Contrairement à ce que l'on voudrait croire, la communication n'est pas quelque chose de simple mais bien un phénomène complexe, influencé par la culture et le vécu de chacun.

Les mots ne sont pas les seuls éléments d'un échange interindividuel. De nombreux autres canaux, notamment non-verbaux, interviennent dans le transfert d'informations ; c'est le cas de la posture, de la kinésique, de la proxémique, du paraverbal ou encore du silence.

La communication est aussi influencée positivement ou négativement par le contexte particulier qu'est la relation de soins et par l'environnement de l'échange.

COMMUNICATION : A CENTRAL TOOL IN THE PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS-CLES : Approche centrée sur la personne, canaux de la communication, communication, contexte, environnement, kinésique, non-verbal, paralangage, posture, proxémique, silence, verbal.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de chirurgie dentaire
3 chemin des Maraîchers
31062 Toulouse Cedex

Directeur de thèse : Dr Jean-Noël VERGNES