

**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Année 2013

2013 TOU3 3004

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement
par :

Vincent PORTET

Le 22 janvier 2013

**LA COMMUNICATION INTER PERSONNELLE
PATIENT-PRATICIEN EN CHIRURGIE DENTAIRE
ANALYSE SOCIOLOGIQUE ET CRITERES D'OPTIMISATION**

Directeur de thèse : Dr Florent DESTRUHAUT

JURY

Président :	Professeur Philippe POMAR
1 ^{er} assesseur :	Docteur Florent DESTRUHAUT
2 ^{ème} assesseur :	Docteur Emmanuelle VIGARIOS
3 ^{ème} assesseur :	Docteur Rémi ESCLASSAN



**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Année 2013

2013 TOU3 3004

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement
par :

Vincent PORTET

Le 22 janvier 2013

**LA COMMUNICATION INTER PERSONNELLE
PATIENT-PRATICIEN EN CHIRURGIE DENTAIRE
ANALYSE SOCIOLOGIQUE ET CRITERES D'OPTIMISATION**

Directeur de thèse : Dr Florent DESTRUHAUT

JURY

Président :	Professeur Philippe POMAR
1 ^{er} assesseur :	Docteur Florent DESTRUHAUT
2 ^{ème} assesseur :	Docteur Emmanuelle VIGARIOS
3 ^{ème} assesseur :	Docteur Rémi ESCLASSAN



FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

➔ DIRECTION

DOYEN

Mr SIXOU Michel

ASSESEURS DU DOYEN

• ENSEIGNANTS :

Mme GRÉGOIRE Geneviève

Mr CHAMPION Jean

Mr HAMEL Olivier

Mr POMAR Philippe

• PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme GRIMOUD Anne-Marie

• ÉTUDIANT :

Mr HAURET-CLOS Mathieu

CHARGÉS DE MISSION

Mr PALOUDIER Gérard

Mr AUTHER Alain

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme GRAPELOUP Claude

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr LAGARRIGUE Jean †

Mr LODTER Jean-Philippe

Mr PALOUDIER Gérard

Mr SOULET Henri

➔ ÉMÉRITAT

Mr PALOUDIER Gérard

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

56.01 PÉDODONTIE

Chef de la sous-section :

Professeur d'Université :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Chargé d'Enseignement :

Mr VAYSSE

Mme BAILLEUL-FORESTIER

Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mr VAYSSE

Mr DOMINÉ, Mme GÖTTLE

Mme BACQUÉ, Mme PRINCE-AGBODJAN, Mr TOULOUSE

56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Chef de la sous-section :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Chargés d'Enseignement :

Mr BARON

Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,

Mme ELICEGUI, Mme OBACH-DEJEAN, Mr PUJOL

Mr GARNAULT, Mme MECHRAOUI, Mr MIQUEL

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

Chef de la sous-section :

Professeur d'Université :

Maître de Conférences :

Assistant :

Chargés d'Enseignement :

Mr HAMEL

Mme NABET, Mr PALOUDIER, Mr SIXOU

Mr HAMEL

Mr MONSARRAT

Mr DURAND, Mr PARAYRE, Mr VERGNES

57.01 PARODONTOLOGIE

Chef de la sous-section : *Mr BARTHET*
 Maîtres de Conférences : Mr BARTHET
 Assistants : Mr MOURGUES, Mme VINEL
 Chargés d'Enseignement : Mr. CALVO, Mme DALICIEUX-LAURENCIN, Mr LAFFORGUE, Mr PIOTROWSKI, Mr SANCIER

57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION

Chef de la sous-section : *Mr CAMPAN*
 Professeur d'Université : Mr DURAN
 Maîtres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY
 Assistants : Mme BOULANGER, Mr FAUXPOINT, Mme FERNET-MAGNAVAL
 Chargés d'Enseignement : Mr GANTE, Mr L'HOMME, Mme LABADIE, Mr PLANCHAND, Mr SALEFRANQUE

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

Chef de la sous-section : *Mr KÉMOUN*
 Professeurs d'Université : Mme DUFFAUT
 Maîtres de Conférences : Mme GRIMOUD, Mr KEMOUN, Mr POULET
 Assistants : Mr BLASCO-BAQUE, Mme GAROBY-SALOM, Mme SOUBIELLE, Mme VALERA
 Chargés d'Enseignement : Mr BARRÉ, Mme DJOUADI-ARAMA, Mr SIGNAT

58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE

Chef de la sous-section : *Mr GUIGNES*
 Maîtres de Conférences : Mr DIEMER, Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE
 Assistants : Mr ARCAUTE, Mlle DARDÉ, Mme DEDIEU, Mr ELBEZE, Mme FOURQUET, Mr MICHETTI
 Chargés d'Enseignement : Mr BALGUERIE, Mr BELAID, Mlle BORIES, Mr ELBEZE, Mr MALLET, Mlle PRATS, Mlle VALLAEYS

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

Chef de la sous-section : *Mr CHAMPION*
 Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR
 Maîtres de Conférences : Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN
 Assistants : Mr CHABRERON, Mr DESTRUHAUT, Mr GALIBOURG, Mr HOBEILAH, Mme SOULES
 Chargés d'Enseignement : Mr ABGRALL, Mr DEILHES, Mr FARRÉ, Mr FLORENTIN, Mr FOLCH, Mr GHRENASSIA, Mr KAHIL, Mme LACOSTE-FERRE, Mme LASMOLLES, Mr LUCAS, Mr MIR, Mr POGÉANT, Mr RAYNALDY

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

Chef de la sous-section : *Mme GRÉGOIRE*
 Professeur d'Université : Mme GRÉGOIRE
 Maîtres de Conférences : Mme JONOT, Mr NASR
 Assistants : Mr AHMED, Mr CANIVET, Mr DELANNÉE
 Chargés d'Enseignement : Mme BAYLE-DELANNÉE, Mme MAGNE, Mr MOUNET, Mr TREIL, Mr VERGÉ

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

Mise à jour au 7 janvier 2013

REMERCIEMENTS

A mes parents, merci pour votre aide et votre soutien. Merci pour votre optimisme à toute épreuve, je vous aime.

A mon petit frère Fabien, qui a toujours veillé sur moi surtout dans les moments pas toujours faciles. Ne change rien.

A mamie Gilou et pépé Pierre, mes grands-parents en or.

A Elise, Pascal et cousin Arthur, votre joie de vivre fait chaud au cœur, c'est bon de pouvoir compter sur sa famille.

A Martine et Joël, les beaux- parents dont tout le monde rêve.

A Sarah, que dire ?... Les années de binômat le top du top ! Je ne suis pas prêt de te lâcher ! Merci pour ta joie de vivre.

A Mathieu, look at you ! Tellement de bons souvenirs à tes côtés et tellement de bons moments à venir ! Il me tarde de poursuivre la route de la vie avec toi.

A Cyrielle, devenue cagole mais toujours là quoi qu'il arrive. A bientôt pour de nouvelles soirées inoubliables chez Christine ou à Montpellier.

A Alicja, pour tous tes trucs et astuces. Merci d'être là. A David, pour tes histoires si croustillantes...

A Anouchka, pour ton légendaire kinoa. A Chloé, pour ton légendaire kouin aman... (- :

A Paul, malgré la distance tu restes mon banquier préféré.

A Delphine et Caroline mes expertes en agro-alimentaire. A Audrey, promis bientôt on se verra sur Londres.

A tous les NBWU et futurs confrères : Camille, Jachon, Morgane, Lizza, Jérémy, Iskander, Antoine, Jean-Camille, Claire, Laure, Anaïs, Sonia, Maxime, Coralie, Pierre... les vieux seront toujours là pour vous border en fin de soirée !

A mon incroyable promo !!! Lalao, Loïc, Seb, Niko, Julia, Charles, Laurie, Laura, Laurine, Audrey, Karine, Lucie, Damien, Céline, Gildas, Ayoub, Nuria...

Aux Saint-Gaudinois, Céline, Jessica, Jean-Baptiste, Amélie, Marie... que de chemin parcouru depuis la maternelle !

A Johanny et Hélène mes 2 parisiennes, Marie G., Sophie D., Adrien, Hubert, Claire, Cécilia R., Anaïs.

Aux « T unes », Cécilia, Marie, Marion, Charlotte, Julie, Johanna, Iris.

A Pierre, Valérie, Mireille, Antoine, Sonia, Sandrine, Sabine, Christian, Brigitte et Béatrice, merci pour la confiance que vous m'avez accordé et l'expérience professionnelle que j'ai acquis à vos côtés.

A Simon et Alicia mes premiers patrons ! ... Heureusement que j'ai été pris sans entretien d'embauche ! (- :

Aux amis de mes parents, toujours là pour moi.

A Florence, Ouni, Sauveur et à l'ensemble du personnel administratif de la faculté de Chirurgie Dentaire et des pôles hospitaliers. Merci beaucoup pour votre gentillesse.

A l'ensemble de l'équipe enseignante qui m'a guidé et formé tout au long de mon cursus universitaire. Merci pour votre expérience, votre soutien et vos critiques toujours positives.

Attention roulements de tambour ! A Sophie, sans qui aujourd'hui rien ne serait possible, faire ma vie avec toi est une évidence, je t'aime.

A la présidence du jury,

Monsieur le Professeur POMAR Philippe,

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Vice-Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
- Lauréat de l'Institut de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale de la Salpêtrière,
- Chargé de cours aux Facultés de Médecine de Toulouse-Purpan, Toulouse-Rangueil et à la Faculté de Médecine de Paris VI,
- Enseignant-chercheur au CNRS - Laboratoire d'Anthropologie Moléculaires et Imagerie de Synthèse (AMIS – UMR 5288 CNRS),
- Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R.),
- Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté la présidence de notre jury de thèse. Votre aide et vos conseils lors de l'élaboration de ce travail nous ont été précieux. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Au directeur de thèse,

Monsieur le Docteur DESTRUHAUT Florent,

- Assistant hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Master 1 : « Biosanté »,
- Master 2 (recherche) Anthropologie historique et sociale à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales –Paris,
- Docteur de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales,
- CES de Prothèse fixée,
- CES de Prothèse maxillo-faciale,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Vous m'avez fait le grand honneur de diriger cette thèse. J'ai été ravi d'être à vos côtés tout au long de ma formation. Par vos conseils, votre savoir et votre patience j'ai pu mener à terme un travail qui me tenait à cœur. Soyez assuré de mon profond respect et de mes remerciements les plus sincères.

Au membre du jury,

Madame le Docteur VIGARIOS Emmanuelle,

- Ancien assistant hospitalo-universitaire des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaire,
- Praticien Hospitalier,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales (mention Anthropologie Sociale),
- Diplôme d'Université de psychologie médecine générale,
- Diplôme d'Université d'occlusodontie et prothèses,
- CES de prothèse maxillo-faciale,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Vous nous faites un très grand honneur en acceptant de siéger à notre jury de thèse. Comme tout au long de nos études vous nous avez apporté votre savoir et votre expérience. Nous vous témoignons ici notre sincère gratitude et notre plus profond respect pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Au membre du jury,

Monsieur le Docteur ESCLASSAN Rémi,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université de Toulouse (Anthropobiologie),
- D.E.A. d'Anthropobiologie,
- Ancien Interne des Hôpitaux,
- Chargé de cours aux Facultés de Médecine de Toulouse-Purpan, Toulouse-Rangueil et Pharmacie (L1),
- Enseignant-chercheur au Laboratoire d'Anthropologie Moléculaire et Imagerie de Synthèse (AMIS – UMR 5288 – CNRS),
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Veillez recevoir l'expression de notre grande considération et notre respect. Mes remerciements les plus sincères. Ce fut un réel plaisir d'avoir été à vos côtés en tant que moniteur de prothèse conjointe. Merci pour votre confiance et votre sympathie.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	15
I- LA COMMUNICATION : GRANDS PRINCIPES ET IMPORTANCE AU CABINET DENTAIRE.....	16
I-1 Origine de la communication	16
I-2 Transport du message	18
A) La communication verbale.....	18
B) La communication non verbale.....	19
C) Synergie et espaces de communication.....	21
I-3 Le phénomène de bruit	22
I-4 Aspects éthiques et médico-juridiques	24
A) Ethique au cabinet dentaire	24
i) Principes bioéthiques	24
ii) Ethique et esthétique	27
B) Le contrat de soin.....	28
i) Fondements.....	28
ii) Validité du contrat de soin	29
C) Le consentement éclairé.....	31
i) Définition.....	31
ii) Contenu et preuves de l'information	32
D) Le dossier médical	33
I-5 Composante psychosociologique de la relation patient-praticien	35
A) Spécificité de la cavité buccale	35
B) Comportements et rôles observables du patient lors de la relation de soins.....	37
C) Les différents types de patients problématiques	39
i) Diversité du pool de patients	39
ii) Les enfants.....	39
iii) Les adolescents.....	41
iv) Les personnes âgées.....	42
v) Les patients difficiles	43
vi) Les personnalités pathologiques psychiatriques.....	44
D) Un patient « singulier » : le patient PMF	46

II- OPTIMISATION DU DIALOGUE 49

II-1 Savoir être pédagogue	49
II-2 Etre vrai dans la relation avec l'autre	50
II-3 L'encouragement à parler et rétroactions	51
A) Parler pour enclencher la relation de confiance	51
B) Principe de rétroaction ou feed-back	53
II-4 Les réponses de reflet	54
A) Principe de base	54
B) Exemples concrets	54
II-5 Utiliser un vocabulaire adapté	56
II-6 Savoir annoncer une mauvaise nouvelle.	57
A) Points clefs de l'annonce.	57
B) Processus de réception d'annonce d'une nouvelle bouleversante.	59
II-7 Affirmation de soi et gestion de l'échec	60
A) S'affirmer pourquoi et comment ?	60
B) La notion de posture communicante	61
C) La boucle gagnante de l'échec au cabinet	62
II-8 Savoir parler d'argent	65
A) L'argent : grand tabou français	65
B) Conseils pratiques	66
II-9 Que faire face à un patient mécontent ?	68
A) Notion de confrontation	68
B) Technique du DESC	69

III- LA PLACE DU VISUEL DANS LA RELATION PATIENT - PRATICIEN..... 72

III-1 Les nouveaux outils de communication.....	72
A) Le besoin de voir pour comprendre... ..	72
i) Transport de l'information	72
ii) Utilisation et limites de ces outils.....	73
B) La photographie numérique	73
i) Matériel et utilisation.....	73
ii) Intérêts dans la prise en charge globale.....	75
C) La caméra intra-orale	77
i) Utilisation et intérêt ciblé.....	77
ii) Effet quantifié.....	78
D) Utilisation des logiciels de communication et sites internet	79
III-2 Attitudes du praticien chirurgien dentiste	80
A) Le communicant.....	80
B) Pourquoi et comment miser sur le capital sympathie ?.....	82
III-3 Impact architectural au cabinet dentaire	84
A) Architecture et ergonomie.....	84
B) Choix de l'intérieur : approche du Feng Shui.....	87
CONCLUSION.....	89
Bibliographie.....	90
Images.....	97

INTRODUCTION

« *Entre le cerveau et les mains le médiateur doit être le cœur* » ^[1]
Metropolis



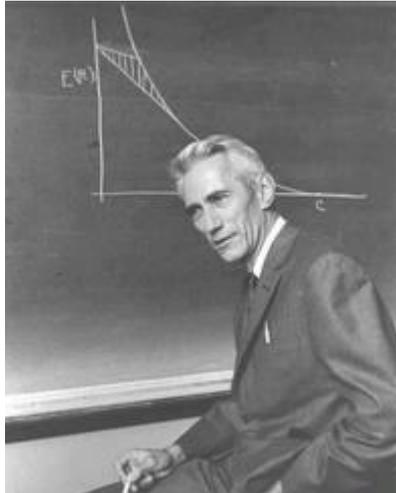
L'exercice de la chirurgie dentaire exige plusieurs pré-requis fondamentaux, le primordial est celui de la formation aux gestes et actes thérapeutiques visant à soulager les patients. Mais le praticien chirurgien dentiste ne peut en aucun cas être réduit à cette technicité du soignant qui agit tel un robot réalisant ses opérations de soins à la chaîne. La santé est basée sur une relation de confiance qui lie un patient et un ou plusieurs professionnels de santé. Cette confiance en l'autre est le garant d'une relation thérapeutique saine où l'information donnée au patient, les soins qui lui sont délivrés et tous les impératifs liés de près ou de loin au bon déroulement du traitement sont pris en compte. Face à un patient, il émerge une réflexion intellectuelle (quelle est la meilleure solution ?) et une chronologie de soins techniques réalisés à l'aide d'instruments, produits, machines... ainsi que nos mains...

Aujourd'hui, la communication joue un rôle prédominant dans notre profession. Pourtant, cet aspect fondamental est souvent délaissé, voire occulté à tort. Or le patient n'est pas une tête en plastique, comme celles de travaux pratiques, passive, dénuée d'expressions et de ressentis. Il est donc nécessaire de savoir dire, expliquer, faire comprendre les choses pour pouvoir les réaliser. Mais on ne peut pas réduire la communication à la simple notion de don d'information, il est indispensable de compatir, d'avoir une écoute active et empathique, en somme, d'avoir du cœur pour bâtir un lien fort entre celui qui sait et qui réalise, et celui qui souffre dans le flou.

Nous allons via des exemples concrets nous pencher sur ces différentes notions et tenter de comprendre comment améliorer cette communication si particulière entre le patient et son praticien chirurgien dentiste. Nous nous intéresserons tout d'abord à la genèse du concept de communication à travers ses grands principes, et surtout pourquoi elle est indispensable de nos jours au sein de cabinet dentaire. Dans un deuxième axe de notre travail, nous évoquerons les différentes techniques et manières d'optimiser le dialogue qui nous unit avec le patient. Enfin, dans un ultime axe, nous développerons l'impact du visuel dans cette relation si particulière soignant-soigné ainsi que des idées originales pour ajouter ces petits plus qui font les grandes différences.

I- LA COMMUNICATION : GRANDS PRINCIPES ET IMPORTANCE AU CABINET DENTAIRE

I-1 Origine de la communication



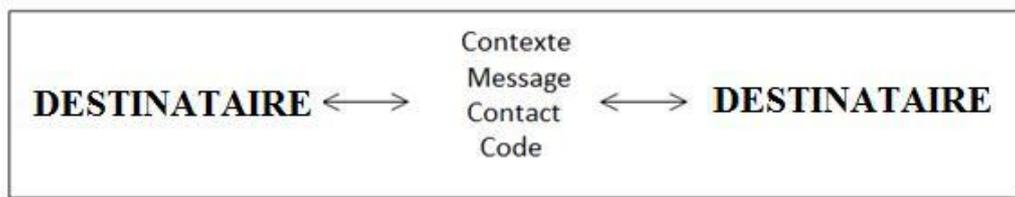
Claude E. Shannon

On pourrait penser que la communication est une évidence dans la relation qui lie les hommes les uns aux autres mais le terme de « communication » ne date que de 1952, et a été pour la première fois utilisé par Claude E. Shannon, jeune mathématicien qui publie le schéma du « *système général de communication* »^[2]. Cet ouvrage correspond à la décomposition en chaîne des différents moments lors d'un contact interhumain :

- ❖ nous avons une source d'information, qui crée un message;
- ❖ un émetteur qui traduit le message en signaux;
- ❖ un canal qui véhicule les signaux;
- ❖ un récepteur qui reconstruit le message à partir de ces signaux;
- ❖ une destination ou un destinataire qui est la chose ou la personne à laquelle le message est envoyé.

L'analogie est évidente si on prend l'exemple de deux téléphones mobiles (le premier étant l'émetteur), la voix (source d'information) est transformée en signaux électriques et ondes, l'antenne relai transporte les signaux jusqu'au téléphone récepteur. Bien évidemment via cet exemple, nous comprenons facilement que chacune des étapes peut être lésée, déformée voire détruite par ce que Shannon appelle le « *phénomène de bruit* ». C'est bel et bien ce phénomène qui pose problème dans le transfert d'informations même simple entre deux individus.

Ainsi, la linguistique et les mathématiques s'occupent l'une et l'autre – quoique par des voies différentes et indépendantes – du domaine de la communication. Le linguiste Roman Jakobson (1963) ^[3] voit dans la théorie mathématique de l'information le moyen de concilier modèles mathématiques et modèles linguistiques : dans les deux cas, la communication semble définie en termes de « *transmission d'informations* ». La langue est conçue donc comme un code commun qui fonde et rend possible l'échange des messages : communiquer, c'est transmettre de l'information à l'aide d'une langue-code indépendante du parleur selon le schéma ci-dessous.



Il faut attendre une décennie supplémentaire avec Watzlawick (1921-2007) ^[4] pour que la communication devienne réellement « *une médiatrice de la relation qui unit émetteur et récepteur dans une véritable interaction* » (1972).

En d'autres termes, lors de cette interaction, tout comportement a valeur de message (donc de communication). Ainsi même en contrôlant le plus petit paramètre, nous ne pouvons pas ne pas communiquer, que nous le voulions ou non. Corollairement, au cabinet dentaire, deux personnes communiquent entre elles dans un même lieu. La communication est dite dyadique mais chaque communicant est unique et donc différent, ce qui entraîne un traitement de l'information différent selon les données psychologiques, sociales, cognitives et culturelles de chacun. N'oublions pas qu'informer (Larousse 2010) ^[5] : consiste « *à produire et à transmettre un message* »... mais « *l'information est vide d'influence et consiste donc en un acte unilatéral* ». Communiquer correspond à la mise en commun de l'information, c'est-à-dire : créer une relation, un échange qui suppose d'identifier au préalable les besoins, les valeurs du destinataire dont le but est de générer un retour et construire un échange où les deux parties avancent.

I-2 Transport du message

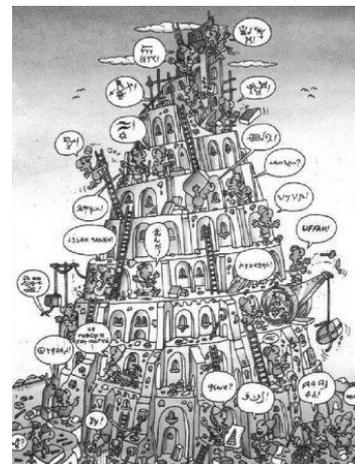
A) La communication verbale

L'ensemble des signes linguistiques est un des deux pendants de l'échange entre humains. Cette communication verbale se fonde sur le constat d'E. Amado Lévy-Valensi dans son ouvrage *La communication* ^[6] où il précise que « *l'expressivité du langage, c'est sa valeur de signification. Et son adéquation même est plus ou moins proportionnelle à sa valeur comme instrument de communication* » (1967).

Il semble exister différents types de communications verbales :

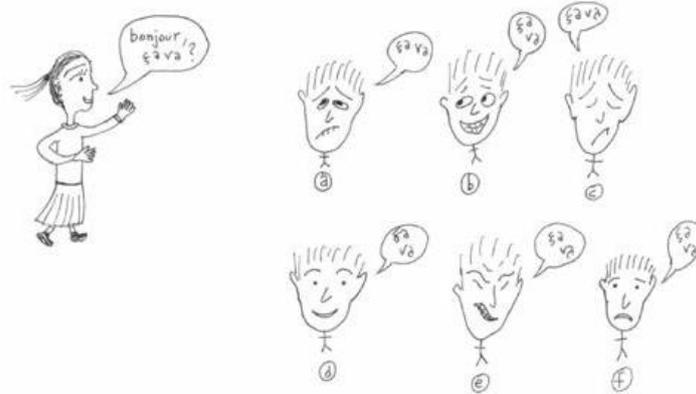
- ❖ La communication dyadique, « face-à-face » dans un même lieu qui est la communication inter personnelle la plus fréquente.
- ❖ La communication téléphonique : contrairement à la précédente, les deux interlocuteurs ne se voient pas, d'où l'impossibilité d'avoir un retour sur l'information véhiculée. Il n'y a aucun retour d'informations (feed-back) non verbales à travers la gestuelle, la posture ou la mimique. Ce type de communication certes très pratique, entraîne souvent des malentendus et il est conseillé de visualiser la conversation et les critiques éventuelles (techniques de la visualisation et de l'autosuggestion d'Emile Coué) avant d'utiliser ce type de communication verbale pour tenter de résoudre un problème.
- ❖ La communication écrite : elle utilise des mots et donc, est verbale mais elle n'utilise pas la voix. Les mots sont donc produits grâce à un outil (stylo, clavier...). Ainsi contrairement aux deux précédents types, ce canal fixé (papier ou écran) n'est pas soumis à l'évanescence rapide. Nous pouvons avoir plusieurs fois accès au canal. Cela peut être un avantage évident face à une somme d'informations importantes ou difficiles à intégrer.

Ainsi, nous concevons aisément qu'avec 83 langues différentes reconnues à l'ONU, les problèmes de communication soient assez évidents. Avec, d'un point de vue médico-légal, la nécessité de recourir à un traducteur, susceptible de transmettre de façon cohérente l'information du clinicien. Et de pouvoir recueillir les observations de l'intéressé (patient ne parlant pas notre langue) avec une transmission la plus loyale du message.



B) La communication non verbale

« Comprendre le non-dit pour mieux appréhender le dit... »



La communication non verbale comme le souligne E. Amado Lévy-Valensi (1919-2006) nous permet d'identifier une somme de signes qui constituent « *une zone d'échanges non verbaux qui à la fois précèdent, sous-tendent et prolongent le langage* » (1967). Selon R. NOSSINTCHOUK (1998) ^[7] près de 55% à 70% du message reçu repose sur du non verbal c'est-à-dire l'ensemble des éléments qui ne reposent pas sur la parole, le langage ou les mots. Les silences, les gestes, la posture, les expressions faciales, les sentiments, les valeurs étoffent à l'évidence le message auditif.

Si nous pouvons masquer ses intentions en paroles, il est beaucoup plus délicat de le faire d'un point de vue comportemental surtout au niveau d'un cabinet dentaire où le facteur stress est une composante fondamentale à prendre en charge. Un tic nerveux, une fuite du regard révèlent souvent la réalité même de la communication. Cette communication est le plus souvent inconsciente et savoir la déceler permet au communicant de mieux maîtriser le contenu de l'information et de s'adapter vis-à-vis de la personne ou du groupe lui faisant face.

La communication non verbale admet tout de même un pré requis : selon Jean Claude Martin, en effet, pour que le message soit transmis il faut qu'émetteur et récepteur possèdent un même code (MARTIN, 2001) ^[8]. Aussi, dans la communication non verbale, l'émetteur n'est pas toujours conscient qu'il envoie des messages autres que verbaux. Le contrôle de la nature et de l'intensité de ces messages non verbaux est délicat même si l'émetteur est pleinement conscient de son rôle de communicant.

En d'autres termes dans la communication non verbale, plus que dans la verbale, ce ne sont pas tant les messages que l'on pense envoyer qui comptent mais ceux qui sont perçus.

Cette communication adaptée au récepteur renforce et crédibilise un message. Hélas le contraire amènera incompréhension et rupture brutale de la relation de transfert d'informations.

Toujours selon JC Martin (2001), trois éléments sont facilement identifiables dans le pendant non verbal d'une communication :

- ❖ Les gestes qui sont révélateurs de l'état de bien-être du communicant. Ils sont :
 - ✓ Ouverts : ils accompagnent le message verbal en mettant en valeur le contenu : montrer du doigt un objet précis, ou plus symbolique faire un doigt d'honneur.
 - ✓ Fermés : gestes dirigés uniquement vers soi et non pas vers l'interlocuteur. Ils ont dans ce cas pour unique objectif de rassurer celui qui les émet : exemple du patient souffrant qui réalise des gestes peu amples vers son visage à de multiples reprises.
 - ✓ Parasites : ce sont ceux qui n'ont rien à voir avec le contenu véhiculé. Ils illustrent le malaise, le stress voire l'émotivité, frottement compulsif, ongle que l'on ronge.

- ❖ Les regards et les expressions du visage : tant de choses peuvent être transmises grâce au visage qui est le passeport même de l'individu. Il traduit les émotions : un sourire, une grimace, un clignement d'œil, un regard fuyant... illustre un état ouvert ou au contraire fermé. Bienveillance du récepteur ou méfiance à son égard, le regard joue un rôle central permettant de soutenir l'attention d'un public et bien sûr de percevoir l'ensemble des réactions positives ou non. Toute communication non verbale doit s'appuyer sur une maîtrise parfaite du regard.

- ❖ Les postures : il va sans dire que d'un premier abord les postures illustrent des mouvements de domination ou de soumission. Il est donc important de prendre conscience de sa posture lors d'une communication interpersonnelle praticien-patient. Elle doit être neutre légèrement vers l'avant pour témoigner d'une attitude d'ouverture aux autres et de partage.
 En ce qui concerne le patient, la posture est le message non verbal le plus facilement identifiable. Ainsi, on comprendra aisément qu'un patient assis bras et jambes croisés ou avec une main devant la partie inférieure du visage cachant ses lèvres et son sourire sera un signal d'alerte avant d'entreprendre tout acte quel qu'il soit.

- ❖ La communication non verbale atteint sa complexité lorsqu'elle est quasi dépourvue de langage, par exemple l'usage du Makaton® : technique britannique qui utilise à la fois un vocabulaire gestuel ainsi que des symboles graphiques optimisant la communication difficile avec certains patients autistes ou atteints du syndrome de Down. Ou encore la langue des signes qui est une « gestualisation » de la langue nationale.

L'ensemble de ces données permet à l'émetteur d'obtenir une réaction du récepteur (feedback), positive ou négative essentielle au bon établissement relationnel.

C) Synergie et espaces de communication

Ainsi, d'un point de vue d'un professionnel de santé, la pratique clinique doit associer différents types de communications (verbales, non verbales, aides annexes). Selon Balint M. (1988) ^[9], tout éloignement du côté verbal et non verbal de la relation communicante ne peut être que négatif sur la relation thérapeutique. La communication ne vise qu'à une chose « *avoir la meilleure insertion possible du patient dans le champ thérapeutique* » (BALINT, 1988).

La synergie n'est pas toujours évidente : termes techniques trop complexes pour le patient, problèmes personnels du praticien qui retentissent sur sa pratique etc. Mais à travers son expérience acquise et son empathie, le clinicien doit arriver à formuler voire reformuler des concepts cliniques et pathologiques poussés afin d'orienter son patient vers une ou plusieurs solutions adaptées à sa problématique sans le manipuler ni le materner.

Comme le souligne Adler dans *Communications et interactions*, (1991) ^[10], l'empathie « *est la capacité de sortir de soi-même pour comprendre quelqu'un d'autre* », de saisir le point de vue de l'autre avec « *les yeux de l'autre* ». Le but étant de se faire comprendre sans équivoque, ni ambiguïté dans l'intérêt supérieur du patient. Du coup, la capacité d'élocution et d'expression du praticien doit constamment être recherchée tout comme sa perfectibilité.

La relation dyadique entre un praticien et son patient se réalise donc dans un espace de communication qui selon Hall E (1978) ^[11] se développe :

- ❖ D'abord dans un espace social : de 2,50m à 5m. Considérons un premier contact, lorsque nous allons chercher le patient en salle d'attente.
- ❖ Suivi de l'espace conversationnel : d'une distance d'une poignée de mains environ. Le patient est maintenant face à nous assis autour d'un bureau ou à défaut sur le fauteuil de soin. La discussion se poursuivant, permettant au praticien de réaliser un discours personnalisé en préparant le patient aux soins qui vont être réalisés.
- ❖ Stade ultime : l'espace intime, de grande proximité qui sera en conséquence très protégé. Le patient est maintenant allongé, le praticien ne pourra être reçu dans cet espace qu'après y avoir été convié de façon consensuelle par le patient.

Accéder directement à l'espace intime est une aberration d'un point de vue de la simple communication. L'accès à la cavité buccale doit se faire par un minimum d'étapes, garantes du confort et de la volonté du patient.

I-3 Le phénomène de bruit



Nous entendons par « *bruit* » selon C. Iandolo (2001) ^[12] tout ce qui vient perturber le transfert d'information. Ces « *bruits* » peuvent être de nature très diverses et intervenir à différents moments au cours d'un échange patient-praticien. Ainsi un bruit de moto passant dans la rue, une mouche qui vole dans la salle de soins, un vocabulaire trop technique voire agressif entraîne une indisponibilité du récepteur.

Ces obstacles sont présents dans tout le processus de communication même entre deux individus familiers. Leurs conséquences dépendent du contenu de l'information non intégré et peuvent bien sûr se manifester à n'importe quel niveau du schéma de Shannon :

- ❖ L'émetteur : « *ce qui se conçoit bien s'énonce clairement. Et les mots pour le dire arrivent aisément* » comme le souligne Nicolas Boileau ^[13]. Il est évident qu'un praticien qui ne maîtrise pas les actes qu'il réalise va à l'encontre de problèmes relationnels. D'où l'importance d'une formation initiale solide accompagnée tout au long de l'exercice de formations continues plus ou moins spécialisées. Pour exemple, le risque vis-à-vis de l'implantologie a été mutualisé au niveau des assureurs (Bilan 2011 MACSF® pour ne citer qu'eux). Leurs statistiques montrent que plus le praticien se forme, moins il aura à souffrir de litiges ou de contentieux.
- ❖ Le récepteur : il est évident qu'un manque d'attention, un caractère distrait du patient qui nous fait face ne va pas dans le bon sens d'une compréhension optimale, et il faut poser le pour et le contre dans toute proposition de plan de traitement suivant la motivation même du patient demandeur. D'un autre point de vue plus physique, il est nécessaire de s'adapter aux différentes pathologies des sens tels que la diminution de la vision, de l'ouïe ou à des maladies plus problématiques comme la maladie d'Alzheimer où l'on note une perte de mémoire à court et moyen terme importante.

- ❖ Les problèmes au niveau du code peuvent intervenir comme nous l'avons déjà évoqué lorsque les interlocuteurs n'ont pas le même langage ou les mêmes conventions gestuelles. On parlera de disjonctions de communication. Mettre bout à bout l'index et le pouce pour former un OK peut être interprété comme un zéro par le patient. Afin d'utiliser le code le plus adapté, il convient d'avoir une bonne maîtrise de soi. Le processus de communication comme le souligne C. Iandolo ^[12] est un « *mouvement progressif* » où chacun apprend à se connaître.

- ❖ Les canaux de communication peuvent être brouillés : de la musique trop forte en salle de soins, une distance excessive ou trop intime au premier abord vont très fortement altérer le transfert et la bonne compréhension de l'information. Un environnement calme et apte à l'échange sera à privilégier. .

- ❖ Enfin, le temps passé avec le patient est essentiel. Un rendez-vous perçu comme rapide ou un sentiment de « manque de temps » sera très délétère dans la confiance patient-praticien.

I-4 Aspects éthiques et médico-juridiques

A) Ethique au cabinet dentaire

Contrairement à la communication publicitaire qui est définie par une directive européenne de 1984 (directive 84/450/CEE) ^[14] comme « *toute forme de communication faite dans le cadre d'une activité commerciale, industrielle, dans le but de promouvoir la fourniture de biens ou services, y compris les biens immeubles, les droits et les obligations* », la communication médicale touche l'individu qui souffre. Dès lors de nombreux concepts et notions non présents dans la publicité ou le marketing s'intriquent pour ne pas faire du soin un simple bien de consommation courante.

i) *Principes bioéthiques*

Qu'est-ce que l'éthique ?



Le penseur, Rodin

Si nous nous tournons vers les philosophes, l'éthique concerne pour Hegel « *l'organisation des rapports sociaux* » (D. Franco, 1995) ^[15] contrairement à la morale « *entité inférieure qui énonce les principes de l'action individuelle* ». Ou plus simplement, « *la recherche de la vie bonne dans des institutions justes* » pour Paul Ricoeur (Peter Kemp, 2010) ^[16].

Enfin, et plus concrètement, pour le juriste l'éthique ou plutôt la bioéthique dans notre cas correspond à l'étude des questions pour lesquelles le droit n'a pas encore donné de solution ou ne pourrait en donner. En pratique les différents codes de déontologie font office d'éthiques professionnelles.

Quoiqu'il en soit la bioéthique au cabinet dentaire est soutenue par des grands principes de base, à travers les écrits de R. Nossintchouk (2003) ^[17]. Nous pouvons ainsi distinguer :

❖ Le principe du respect de la personne humaine, il est évident que le patient n'est pas une « chose » qui va rapporter du chiffre d'affaire... Il s'agit d'un individu qu'il faut écouter, laisser parler, comprendre, qui a une histoire et une identité propres à lui-même. Un patient ne doit en aucun cas être résumé à un type d'acte ou à un soin précis.

❖ Le principe de bienveillance et du respect de la vie : « *primum non nocere* ». Cette locution latine dont la plus vieille trace connue remonte au grec Hippocrate illustre en elle seule la base de la pratique médicale. Il est évident que le praticien chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas dépasser ses compétences professionnelles ni porter atteinte à la vie du patient.

Ainsi, le chirurgien-dentiste doit bien évidemment s'appuyer sur une formation initiale reconnue et faire progresser ses connaissances tout au long de sa carrière via par exemple la Formation continue afin d'être au plus près d'une pratique clinique basée sur les faits (Evidence Based Dentistry).

❖ Le secret professionnel, réglementé par l'article 5 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes (mise à jour Avril 2009) ^[18] : « *le secret s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ».

Ce secret intéresse l'ensemble de l'équipe soignante, il nous permet d'avoir la confiance de nos patients.

❖ L'égalité omniprésente dans le serment d'Hippocrate et reprise dans le code de déontologie via l'article 8 ^[18] : « *Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminées, leur handicap ou leur état de santé ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* ».

Ce principe prévaut lorsque le chirurgien-dentiste doit prendre en charge un patient ayant une maladie grave ou contagieuse.

❖ Le principe d'équité, comme le souligne Sophie Emmanuelli dans son rapport de 1997 ^[19]. La notion d'équité intègre aussi des soins identiques vis-à-vis des personnes en difficultés financières ou dans des situations de grande exclusion. Il est facilement compréhensible que refuser de soigner des « patients CMU » ou des SDF relève de l'éthique mais aussi de la déontologie et de la morale. Et il faut prendre garde à ne pas psychiatriser (« coller » un nom de maladie), ce qui est en fait un problème social, voire sociétal. Ce principe protège les plus démunis. Cependant ce serait se voiler la face de ne pas parler des impératifs économiques de gestion d'un cabinet libéral où l'avancée technique et technologique ont créé des actes dont le coût pour le patient apparaît élevé car mal ou non pris en charge par le système français de l'assurance maladie (acte hors nomenclature de la sécurité sociale). L'éthique voudrait que l'on soigne tout le monde avec les dernières techniques les plus innovantes mais hélas les impératifs financiers et le système actuel le permettent peu.

Toutefois, l'article 33 du code de déontologie ^[18] relatif à l'évaluation des honoraires d'un praticien montre que « *les éléments d'appréciation sont (...) la situation matérielle du patient, la notoriété du praticien et les circonstances particulières. Le chirurgien-dentiste est libre de donner gratuitement ses soins* ».

- ❖ Le principe d'autonomie de la personne. En éthique médicale, la question de l'autonomie joue un rôle central. Ainsi, T. Beauchamp et J. Childress (2001) ^[20] définissent ce principe en ces termes « *Respecter l'autonomie d'un agent, c'est, au minimum, reconnaître qu'une personne est en droit d'avoir sa façon de voir, de faire ses choix, et de décider d'actions fondées sur ses valeurs et croyances personnelles* ». Le patient doit donc être informé de manière claire, simple et compréhensible pour obtenir son consentement. L'ensemble des avantages, inconvénients, risques et différents traitements doivent être exposés pour que le patient puisse faire ses choix grâce à un temps de réflexion plus ou moins long selon la complexité et l'importance du plan de traitement.

Ces grands principes chapeautent la pratique du praticien chirurgien-dentiste, en tant que guides indispensables dans la relation qui nous lie à l'autre.

ii) *Ethique et esthétique*

Wittgenstein a déclaré en 1921 que l'éthique et l'esthétique ne font qu'un (Christiane Chauviré, 2009) ^[21]. D'autres ont proposé la notion « *d'esthétique* » pour marquer ce rapprochement entre ces deux sphères. Au cours de l'Antiquité et du Moyen-âge, un lien profond unissait ces deux notions. Au XIII^e siècle, Saint Thomas affirmait encore que « *le beau et le bon sont identiques et ne diffèrent que par la façon dont on les considère* » (Elisabeth Clément et col. 2000) ^[22]. Mais depuis la récente montée en puissance de l'éthique, dont les avancées de la science et des techniques notamment ont fait apparaître l'urgence, conduit à reconsidérer les liens ambigus qui peuvent lier éthique et esthétique.

A travers les canons de beauté que nous impose la société actuelle, l'esthétique du visage a pris une part majeure. Ainsi, les dents doivent être blanches, parfaitement alignées, un problème de dimension verticale doit être corrigé pour un sourire parfait. Un léger défaut doit-il être automatiquement corrigé ? Une petite imperfection n'est-elle pas le reflet d'une individualité ? Devons-nous systématiquement proposer au patient des améliorations ? Paraître à tout prix jeune et sans défaut...

Prenons le cas concret d'un patient se présentant au cabinet pour une visite de contrôle annuelle (Philippe Pirnay, novembre 2010) ^[23]. La praticienne qui témoigne précise que son patient présente de petites taches brunes au niveau des prémolaires et se pose la question d'en avertir le patient. Faut-il dévoiler cette imperfection inesthétique, quand la demande ne vient pas du patient et qu'il ne semble pas en avoir conscience ? Quelle peut-être sa réaction ? N'allons-nous pas créer un besoin superflu ?

En somme, la demande esthétique doit-elle seulement venir du patient pour ne pas devenir problématique ?

« *A celui qui se sent bien dans sa peau, toute révélation de ce qui est, ou vous paraît une imperfection peut être dommageable. « Vous croyez ? », demandera le patient* ». C'est ainsi selon le Professeur Simon Bérenholz (Président du comité national odontologique d'éthique) qu'éthique et esthétique peuvent faire bon ménage, mais le tact reste une notion primordiale dans la relation qui nous lie à notre patient et il semble évident qu'il ne faut pas perturber celui ou celle à qui personne n'avait fait de remarque. Bien sûr, il faut répondre aux attentes et aux problèmes exprimés par le patient, sans toutefois transiger lorsque l'on juge que la demande est inadéquate.

Réaliser un acte à viser esthétique, alors que le demandeur se rend compte qu'il a eu tort, pourra entraîner des poursuites judiciaires. Dans ce cas, l'expert pourra dire que vous aviez raison, mais que vous avez eu le tort d'exécuter le travail.

Un patient rit aux éclats avec un merveilleux sourire gingival, lui dire même avec des pincettes que ce n'est pas très esthétique revient à infliger « une cicatrice indélébile ». Pour le Professeur Maurice Mimoun, le soignant vu dans les yeux de son patient est spécialiste de la beauté. Ainsi, « *on ne peut révéler à son patient que les disgrâces qu'il connaît lui-même* » au risque de le rendre malade suite à des propos venant de notre part auxquels il n'aurait jamais pensé. Ce même patient souriant risque de revenir la séance suivante moins jovial voire plus agressif.

Il faut toutefois, prendre en compte le caractère de l'individu qui nous fait face et qui a souvent de nombreuses attentes et questionnements bloqués par un complexe caché, timidité ou tristesse. Il faut laisser le temps au temps, pour que la confiance s'installe et optimiser le plus possible le dialogue pour faire sauter les verrous qui retiennent le patient dans ses problématiques non résolues. Attention toutefois au trinôme éthique-pathologie-esthétique. Un nez désagréable peut être associé à une déviation de la cloison nasale, un trouble grave de l'articulé (full classe III par exemple) peut être à la source de graves problèmes futurs au niveau des articulations temporo-mandibulaires.

Il est donc nécessaire dans certains cas de signaler le problème esthétique et ce qu'il peut cacher... Mais attention au corolaire et ne pas prendre comme prétexte la pathologie pour soigner l'esthétique...

L'esthétique est un pendant primordial dans la pratique de l'odontologie à l'heure d'aujourd'hui, et l'évolution des pratiques et de la législation vont dans ce sens comme le précise le communiqué de presse du ministère de la santé du 14 février 2012 visant à autoriser les chirurgiens-dentistes à utiliser l'acide hyaluronique à visée esthétique pour « *parfaire le traitement prothétique* ». Nous ne devons pas nuire aux patients. Chacun est différent, ce qui est valable pour l'un ne l'est pas pour l'autre. Et il est très difficile d'adapter son discours et de donner son accord face à des demandes esthétiques de plus en plus nombreuses et dont la nécessité est parfois subjective.

B) Le contrat de soin

i) Fondements

Le contrat de soin est un contrat civil. En effet la pratique libérale de la chirurgie dentaire est régie par le code civil qui définit « *le contrat comme une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs personnes, à faire ou à ne pas faire quelque chose* » (Art 1101 du code civil) ^[24]. Les rapports entre le praticien et son patient ont toujours été considérés comme étant de nature contractuelle : il s'agit d'un accord de deux volontés ainsi que l'avait rappelé la Cour de Cassation, plus haute juridiction française dans son célèbre arrêt Mercier du 20 mai 1936.

« Il se forme entre le médecin et son patient un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement sinon bien évidemment de guérir le malade... Du moins de lui donner des soins non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; que la violation même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature également contractuelle... »

Il s'agit donc d'un accord synallagmatique qui fait naître des obligations réciproques et interdépendantes (Art 1102 code civil) ^[24] :

- ❖ Le praticien a l'obligation de donner des soins conformes aux données acquises de la science.
- ❖ Le patient quant à lui se doit de rémunérer le praticien et de ne pas aller à l'encontre des prescriptions sans l'avertir.

Il est très important de noter le côté consensuel du contrat de soin car ce dernier impose un échange de consentements. Ce consensus est continu durant les différentes étapes de soins dès lors que le praticien aura obtenu le consentement éclairé du patient. Nous concevons donc aisément que sans communication ou lorsqu'elle est altérée le contrat de soin ne peut pas se construire et chapeauter une relation thérapeutique saine. En général verbal, il apparaît sous sa forme écrite et signée lorsqu'il s'agit d'un devis où une partie de la réalisation des soins restera à la charge du patient.

Ce contrat prend effet dès la mise en relation du patient avec le praticien. Comme tout contrat il y a une possibilité de résiliation qui est :

- ❖ Une faculté absolue pour le patient
- ❖ Mais une obligation d'assumer la continuité des soins et de répondre aux situations d'urgence pour le praticien.

ii) Validité du contrat de soin

Ce contrat placé entre le praticien et le patient va entraîner des obligations, et forme une convention qui s'établit dans des conditions requises par la loi. Ainsi l'article 1108 du code civil précise que 4 conditions sont essentielles pour valider ce type de convention :

- ❖ le consentement éclairé du patient ;
- ❖ sa capacité de contracter ;
- ❖ un objet certain voire un produit défini qui forme la matière de l'engagement ;
- ❖ une cause licite dans l'obligation.

En ce qui concerne la capacité : « toute personne peut contracter, si elle n'en est pas déclarée incapable par la loi » (Art 1123 du code civil) ^[24], sont donc exclus :

- ❖ Les enfants mineurs (ou plutôt les mineurs non émancipés) : ils seront représentés par les parents, chacun d'eux étant responsables, et agissant avec l'accord de l'autre. Pour les enfants de parents divorcés, la décision revient au titulaire de l'autorité parentale.
- ❖ Les patients sous tutelle (il s'agit du régime d'incapacité le plus complexe). Comme le souligne l'article 492 du code civil ^[24] : « *une tutelle est ouverte quand un majeur a besoin d'être représenté d'une manière continue dans les actes de sa vie civile* ». L'accord et donc le consentement du tuteur devient indispensable pour n'importe quel acte devant être réalisé.
- ❖ Les patients sous curatelle « *ont besoin d'être conseillé ou contrôlé dans les actes de la vie civile* » article 508 du code civil ^[24]. Il s'agit d'un régime d'incapacité atténué. Ce patient n'a besoin du consentement de son curateur que pour les cas graves. Pour les actes bénins son accord suffit. Le curateur peut néanmoins critiquer les honoraires et les travaux s'ils sont mal exécutés ou trop excessifs à son goût.
- ❖ Les patients sous sauvegarde de justice. Il s'agit d'une mesure qui vise à protéger toute personne majeure dont les facultés mentales et corporelles sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dus à l'âge et qui l'empêchent d'exprimer sa volonté. La sauvegarde de justice est provisoire (un an renouvelable une fois) en attente d'un régime plus protecteur (curatelle ou tutelle) ou que la personne récupère ses facultés. Le mandataire est désigné par le tribunal d'instance. Ce peut être un membre de la famille. L'accord du mandataire est indispensable.

Dans ces différents cas, il semble évident que le contrat de soin doit être recherché avec la ou les personnes responsables du patient sans oublier le patient lui-même ! Il faut ainsi adapter l'information véhiculée à l'âge et à l'état psychologique ou pathologique du patient. Les responsables légaux reçoivent eux aussi l'information mais plus dans une démarche médico-juridique.

Pour être valide ce contrat interpersonnel doit avoir une cause qui peut être « *prohibée par la loi, quand elle est contraire aux bonnes mœurs ou à l'ordre public* » (Art 1133 du code civil) ^[24]. Dans le domaine de la chirurgie dentaire, cette question reste heureusement exceptionnelle mais se pose de plus en plus à l'heure d'aujourd'hui. En effet, lorsque le praticien intervient dans le but purement esthétique : extraction de dents saines à visée esthétique, injections à outrance d'acide hyaluronique... cela peut entraîner une qualification d'illicéité du contrat de soin qui devient immédiatement nul. En effet, le patient ne peut avoir

consenti à une atteinte de son intégrité physique, si elle n'est pas fondée sur une fin légitime et curative.

D'ailleurs, lorsqu'un problème survient, les tribunaux jugent la licéité de la cause en regardant si l'intervention du praticien est justifiée et si l'information a été donnée et le consentement recherché.

C) Le consentement éclairé



i) *Définition*

« Il n'y a point de consentement valable, si le consentement n'a été donné que par erreur, ou s'il a été extorqué par violence. » (Art 1109 code civil) ^[24]. Il est évident que pour être valable le consentement se doit d'être libre et éclairé. Légalement ceci se traduit dans le code de la santé publique par l'article 1111-4 : « 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 ». Comme le souligne Béry A dans ses travaux (*Le contrat de soins*, 1997) ^[25], l'information du patient représente donc un élément déterminant pour valider son consentement éclairé : « le praticien doit faire comprendre à son patient de manière précise les avantages d'une thérapeutique par rapport aux risques encourus, en effet aucune intervention médico-chirurgicale ne présente de risque zéro ».

Ainsi « un mauvais communicant » engendrera un mauvais transfert d'information et donc une difficulté pour le patient à consentir convenablement. Sans bonne communication, il est impossible pour le patient de consentir pleinement aux futurs actes qui seront réalisés. Dans son ouvrage de référence *Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire*, 1998 Nossintchouk R. ^[7] nous rappelle que le patient a la liberté d'accepter ou de refuser les soins et traitements mais qu'un délai de réflexion doit toujours lui être accordé. Ce délai devra être proportionnel à l'importance du traitement envisagé.

i) Contenu et preuves de l'information

L'information vient de différents canaux : lectures dans des magazines plus ou moins scientifiques, sur internet, « bouche à oreille »... le patient se présente face à son praticien avec des données souvent faussées sur les actes et les soins qui devraient être réalisés.

L'information doit généralement être clarifiée. Elle doit être apportée par le chirurgien-dentiste lui-même et concerner :

- ❖ l'état dentaire global du patient
- ❖ la nature exacte de soins et traitements envisagés
- ❖ les autres possibilités et alternatives de traitements possibles
- ❖ les risques liés aux traitements et aux soins...
- ❖ ... ainsi que les risques liés à une absence de soins
- ❖ le pronostic à plus ou moins long terme et les risques d'échec.
- ❖ le coût des honoraires (part de prise en charge par la sécurité sociale, devis détaillé etc.). Cela constitue souvent le point de départ de litiges opposant praticien et patient.

Avant il incombait au patient de prouver qu'il n'avait pas été informé correctement. Aujourd'hui la partie qui doit apporter la preuve de son observance ou non, a changé. La jurisprudence a effectué ce revirement avec l'arrêt Cousin (14 décembre 2001) qui précise : *« celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit apporter la preuve de l'exécution de cette obligation ; ... le professionnel de santé est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient et il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation. »*

Comment dès lors prouver qu'il a bien eu consentement après don d'informations complètes auprès du patient ?

Les moyens acceptés par les tribunaux pour apporter cette preuve sont :

- ❖ Les écrits, mais attention, considérer que la preuve écrite présente le plus de sécurité est une erreur car elle ne permet que de reconnaître l'exécution du devoir d'information et non le contenu. Ainsi, si certains risques sont envisagés à l'écrit, alors que d'autres se sont réalisés il est facile au patient de prouver le manque d'information. La solution aujourd'hui est la création de fiches d'informations standardisées après concertation entre des juristes et les différentes instances et organisations professionnelles. L'ordre national de chirurgie dentaire a ainsi créé au sein de son site internet une rubrique « SECURISEZ VOTRE EXERCICE » permettant par exemple de télécharger des « passeports implantologie » (réalisé en

collaboration avec la Haute Autorité de Santé)^[26]. Ces fiches papier remplies après chaque acte implantaire permettent de regrouper toutes les données essentielles durant toutes les étapes de réalisation de l'acte. Associé au « devis type » lui aussi créé par l'ordre et les 4 syndicats représentatifs des chirurgiens-dentistes. Ces types de documents officiels élaborés avec des magistrats illustrent et fixent la volonté de bonnes pratiques du praticien réalisant les soins et réduisent la trop grande disparité administrative entre les 40 000 dentistes français.

- ❖ Les présomptions et données diverses pour apporter la preuve de la délivrance de l'information, peuvent être variées. Ainsi en cas de litiges, les magistrats rechercheront à connaître le comportement, l'attitude, l'activité professionnelle, les connaissances particulières du fait des traitements précédents du patient.

Du point de vue du praticien ayant réalisé les soins, il sera recherché le nombre de consultations, de rendez-vous pour le dit patient, leurs correspondances avec d'autres confrères spécialisés, ainsi que le délai de réflexion dont le patient a disposé avant de débiter le plan de traitement thérapeutique. En somme tout ce qui montre le lien et la transmission de données qu'il y a pu avoir entre le patient et son praticien.

- ❖ Les témoignages peuvent aussi être retenus pour apporter la notion de transmission de l'information. Mais la consultation reste du domaine privé et dans la plupart des cas, les seules personnes en présence sont le praticien et son patient. Les possibles témoins sont des familiers du patient ou de préposés (l'assistante dentaire par exemple), leurs témoignages ne sont pas impossibles mais quasi obligatoirement remis en cause par contestation pour non indépendance par la partie adverse.

Rappelons que de bonnes bases en communication entraînent une meilleure réceptivité à l'information pour notre patient, il en découle un consentement libre et éclairé qui sous-tend une relation thérapeutique saine et efficace.

D) Le dossier médical

Nous devons arriver à déterminer ce que souhaitent les patients et ce qui les motive. Le but comme le souligne Gunzberger A. (2008)^[27] n'est pas « *de poser un diagnostic et ensuite de proposer un traitement* ». Il est nécessaire de ne pas se focaliser sur la technique face à un patient que l'on reçoit pour la première fois. Concrètement, le dossier médical rassemble « *l'ensemble des informations concernant la santé du patient détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre*

professionnels de santé » (Code de la santé publique, article L. 1111-7) ^[28]. Et comme le souligne aussi ce texte de loi, le patient a le droit de prendre connaissance de son dossier médical, et corollaire oblige, le devoir pour le professionnel de santé d'en donner communication. Ainsi, « *toute personne a accès à l'ensemble des données le concernant* ».

La communication est fondamentale dans la pratique de la chirurgie dentaire à l'heure d'aujourd'hui. Elle va nous permettre de recueillir les informations nécessaires lors du questionnaire pour réaliser un diagnostic ciblé et ainsi mettre en route un plan de traitement adapté au patient. Quatre points sont à intégrer au dossier médical :

- ❖ Les données administratives : âge, adresse, numéro de sécurité sociale... en somme les informations de base.
- ❖ Les données médicales passées et actuelles, le patient doit dès le début de la consultation se sentir à l'aise et en confiance, afin qu'il nous livre ses problèmes de santé : maladies transmissibles et prise de médicaments en particulier. Ces explications ne sont pas toujours évidentes à aborder avec un inconnu, même s'il s'agit d'un professionnel de santé. Se renseigner sur le passé dentaire du patient (en particulier à travers les bonnes ou mauvaises expériences) reflète le degré d'information sur la santé bucco-dentaire
- ❖ Son motif de consultation : point essentiel de la relation qui ne doit jamais être perdu de vue. L'ensemble des explications données au patient devront se faire en lien avec le motif de consultation initial. Douleur, problèmes fonctionnels ou esthétiques, les motifs de consultation sont très variés. Les véritables désirs sont souvent inexprimés. Il faudra user de toutes ses capacités communicationnelles (écoute active, reformulation...) pour faire ressortir les vrais besoins du patient et mettre en évidence les indications thérapeutiques prioritaires. Attention toutefois à ne pas faire naître un besoin inutile... car nous ne parlons plus dans ce cas là de chirurgie dentaire mais de marketing...
- ❖ L'ensemble des soins, actes, examen radiologiques, courriers... tout doit être chronologiquement conservé pour assurer un suivi efficace et professionnel du patient qui nous fait confiance.

C'est bel et bien avec une communication efficace que le patient se sentant respecté et surtout écouté va se confier et permettre au praticien d'établir les indications thérapeutiques dans un cadre de sécurité et dans l'intérêt supérieur du patient. A travers le questionnaire initial, le chirurgien-dentiste peut aussi apprécier le niveau de compréhension du patient. Cela représente un premier défi où le praticien devra utiliser toutes ses compétences pour que l'entretien soit efficace et enclenche une relation de soin efficace et pérenne.

I-5 Composante psychosociologique de la relation patient-praticien

A) Spécificité de la cavité buccale

[Agée de 42 ans, maman de 3 enfants et la tête a priori sur les épaules, Claire a bien failli passer sur le billard en urgence à cause de sa peur du dentiste. « C'est plus fort que moi, je n'y vais que lorsque la douleur est insupportable. La dernière fois, j'ai attendu la rage de dents. Après coup, je me suis rendu compte que j'avais frôlé l'infection généralisée. »] Cet extrait du journal *Le Parisien* daté du 11 mai 2012 illustre la dernière étude réalisée par l'IFOP à ce sujet et rendue publique par Air Liquide Santé ^[29] sur le fait que 54% des français redoutent de consulter leur dentiste (échantillon de 1004 personnes représentatives de la population française âgée de 18 ans et plus).

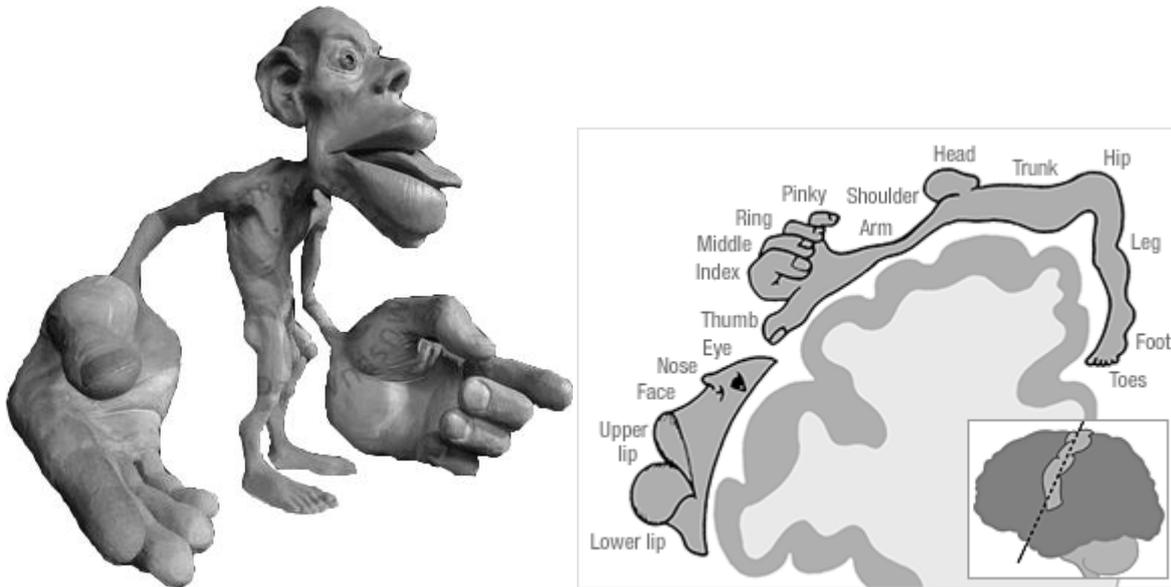
Nous allons donc essayer de cerner pourquoi la cavité buccale peut poser plus de problèmes que toute autre partie du corps. En effet, tout patient qui se présente à nous comme le souligne le docteur Ruel Kellermann M. ^[30] dans son ouvrage *Qu'est ce qui fait le plus mal ? La dent ou le dentiste ?* (1992) est psychologiquement troublé, car même une simple lésion carieuse amène le patient à une double sensation :

- ❖ Celle d'une intervention pour le moins désagréable (en particulier lorsque le motif de consultation est douloureux).
- ❖ Le sentiment d'injustice (pourquoi moi ?) voire de culpabilité (si j'avais écouté mon dentiste...) dû à la dégradation plus au moins soudaine de l'état de santé bucco-dentaire.

Ces sentiments et la peur trop fréquente d'aller consulter un dentiste ne sont pas dus uniquement à des expériences malheureuses lors de l'enfance ou le passé médical de l'individu car il est bon de rappeler que le développement sensoriel et fonctionnel de la zone orale se fait durant la vie utérine (9^{ième} à 13^{ième} semaine de vie). Cette extrême précocité de développement est nécessaire car cette zone sera le lien privilégié fondé sur l'urgence vitale de se nourrir via la tétée. Selon Faure JL (1973) ^[31], il s'agit donc de la première zone où goût et tiédeur du lait associé à l'odeur et à la musique de la voix de la mère provoque les premières notions de plaisir personnel. Dès les premiers jours de la vie, la cavité buccale possède son intensité émotionnelle, perceptuelle et érogène. Plus tard la mise en place et l'exfoliation des dents lactéales feront parties des premières douleurs de la mise en place du schéma corporel de l'enfant où l'échange effectué avec la petite souris déplace le problème grâce à un rituel... L'arrivée de la dent de sagesse, signature d'un accomplissement marquant la fin de la structuration de l'individu.

D'un point de vue plus scientifique, les docteurs Wilder Penfield et Theodore Rasmussen, ont en 1950, dans l'unité de Neurophysiologie du Royal Victoria Hospital de

Montréal, montré que si l'on représente un homme avec les proportions de ses centres de commande sensitifs et moteurs présents au niveau de l'encéphale, on obtient une sorte de gnome baptisé désormais "homonculus de Penfield", dont la bouche et les mains sont particulièrement développés ^[32].



HOMONCULUS DE PENFIELD

Neurosciences. Troisième édition, édition De Boeck, 2004.

Ainsi, l'extrême étendue corticale destinée à la cavité buccale et aux structures péri-buccales par rapport au reste du corps illustre le fait que les perceptions à leur niveau se font par le biais d'expériences sensorielles importantes qui font appel à une grande finesse.

La cavité buccale et la zone péri-buccale sont des zones où des expressions très différentes s'expriment : la morsure, la mastication ou un simple sourire peuvent évoquer l'attaque, la survie ou la séduction. Cette partie du corps, qui a évolué au cours de l'existence, correspond à un véritable « sanctuaire » personnel où les symboles rattachés aux dents et à la cavité buccale sont très nombreux. Leurs significations inconscientes, conditionnent les réactions de chacun d'entre nous.

L'approche « pas à pas » est nécessaire afin de soigner cette région tout à fait singulière de par sa sensibilité et par son rôle psycho-affectif.

B) Comportements et rôles observables du patient lors de la relation de soins.

La relation patient-chirurgien-dentiste peut aussi se voir sous la forme d'un jeu de rôle où le patient consciemment ou non, filtre, sélectionne, interprète les informations qu'il reçoit et dans certains cas met en œuvre des mécanismes de défense. René Roussillon dans son *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (2007) ^[33] les définit comme « *tous les moyens, essentiellement inconscients, par lesquels un sujet élabore à différentes étapes de son histoire un procédé psychique qui lui permet de se prémunir plus ou moins relativement contre une tension intérieure, une représentation d'expérience pénible ou désavouée, une émergence de désir irrecevable et, surtout, une angoisse signifiant le conflit interne, une menace à ses idéaux sinon à son existence même en tant que sujet* ».

Les deux mécanismes de défense le plus souvent rencontrés sont :

- ❖ La projection : qui est selon Fédida (1982) ^[34] une attitude « *où le sujet attribue à l'autre les pensées désagréables qu'il ne peut supporter en lui-même et il les ressent comme autant de reproches qui lui sont adressés venant de l'extérieur* ».
Par exemple : « je me sens coupable de ne pas avoir plus pris soin de mes dents » devient « On m'en veut ! »
- ❖ La scotomisation : ou plutôt « mémorisation sélective » c'est-à-dire l'oubli immédiat de l'information problématique. Il s'agit donc d'une interprétation défensive. Il est nécessaire de toujours prendre le temps et être mesuré dans ses propos lors d'annonces difficiles aux patients.

Nous avons vu précédemment que la cavité buccale, ce lieu si particulier et singulier qui fait référence à de nombreux sujets, va engendrer des émotions assez caractéristiques lors de la relation patient-praticien (Alcouffe F. *Caractère particulier de la relation praticien-patient en parodontie* 1989) ^[35].

Ainsi, nous pouvons assister à :

- ❖ La régression du patient, qui s'illustre par un « *état de dépendance vis-à-vis du praticien dans la relation d'autorité* », et peut s'expliquer par :
 - ✓ La transposition inconsciente de l'image du père sur le praticien qui est alors liée à une obligation d'obéissance ressentie par le patient.
 - ✓ L'infantilisation du patient qui au travers de la cavité buccale revient aux stades les plus primitifs de sa formation.
 - ✓ La position dominante du praticien assis par rapport au patient allongé plus bas.

- ❖ L'angoisse « désigne un état de mal-être qui se manifeste par une sensation interne d'oppression et de resserrement ressentie au niveau du corps. Ceci s'accompagnant généralement d'une crainte de malheurs ou de mort imminente contre lesquelles le sujet se sent impuissant. » (Melanie Klein 1968)^[36].

Il s'agit d'un des éléments les plus constants et significatifs du statut de patient et se manifeste toujours à des degrés divers (selon la douleur, la nature de l'intervention etc...) et est directement liée à la personnalité de l'opérateur et des locaux. Attention à ne pas confondre, avec la peur qui est ciblée sur un objet extérieur : « j'ai peur des piqûres ! ». L'angoisse quant à elle n'a pas de cause précise et se manifeste sous différents aspects conscients (palpitations, tremblements, sueurs...). Lorsque l'on questionne le patient angoissé, il en ressort la peur de la mort, d'être mutilé, de perdre du sang...

- ❖ L'érotisation : son origine doit être recherchée dans le caractère érogène de la zone orale. Il existe donc une « mise à nu » symbolique par le fait simple d'ouvrir la bouche. Le fait de « montrer son intérieur » et d'y voir introduire des instruments (de forme phallique) ou les doigts du praticien, peut être ressenti comme un véritable viol par certains patients. L'érotisation peut émerger suite à la sensation de retour en enfance (régression) en particulier le rappel dans le passé de l'individu du « stade oral ». Celui-ci est un stade de la sexualité infantile décrit par Sigmund Freud, puis finalisé en un ajout de 1915, dans *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905) « Sa libido [de l'enfant] passe d'abord par le stade oral. La bouche est érotisée. Et tout ce qui touche la bouche prend une valeur particulière »^[37].

Il ne faudra en aucun cas, poursuivre la consultation si l'on constate que le comportement ou le rôle que joue consciemment ou inconsciemment le patient devient délétère à la réalisation des soins et plus globalement à la relation de confiance qui lie patient et praticien. Il peut être envisageable de prévoir une séance de démonstrations, d'explications plus poussées des futurs actes entrepris et de présentation du matériel pour rééquilibrer le rapport dominant-dominé trop souvent problématique.

C) Les différents types de patients problématiques

i) *Diversité du pool de patients*

Comme nous le savons tous, chaque patient est différent, chacun des individus qui entre et se présente dans un cabinet dentaire, a sa propre histoire, culture et caractère. Mais nous pouvons toutefois les regrouper dans différentes catégories relatives :

- ❖ soit à leur âge (patient jeune ou âgé),
- ❖ soit à leur attitude peu communicante (patients dits difficiles)
- ❖ ou encore à un problème dû à une pathologie d'ordre psychiatrique.

Nous allons donc, dans cette partie évoquer ces patients qui ne présentent pas une approche facile dans le processus de mise en place d'une communication efficace, et voir comment orienter notre conduite pour que la relation de confiance praticien-patient ne soit pas mise en péril.

ii) *Les enfants*



© SH - Association SPARADRAP

« *Les enfants ne sont pas des adultes en miniature* » comme le souligne Claude Halmos^[38] dans son livre *Grandir* 2009, il est important de montrer que l'enfant ne peut franchir les étapes de son développement psychique sans l'aide de ses parents.

Il en va de même pour le premier contact avec un praticien chirurgien-dentiste. Ainsi comme l'explique Marie-Claire Théry-Ugly (1998)^[39], les parents sont les premiers informateurs pour tout ce qui entoure l'enfant. Les premières perceptions de l'enfant à propos du professionnel de santé et des soins dentaires sont une image construite à travers la vision parentale (en général maternelle) auxquelles s'ajoutent les ouï-dire, des frères, des sœurs ou des camarades d'école.

Parler de communication pour les enfants en chirurgie dentaire ne peut pas se résumer en un paragraphe et nécessite d'y consacrer une thèse entière mais essayons d'évoquer les grands principes de la relation praticien-patient lorsqu'il s'agit d'un enfant.

L'enfant perçoit le chirurgien-dentiste de façon plus corporelle et sensorielle qu'intellectuelle : ses déplacements, ses gestes, sa voix révèlent son potentiel de gentillesse, de compréhension ou d'agressivité. Les premières rencontres entre l'enfant, ses parents et l'équipe soignante sont des moments précieux qui resteront gravés dans sa mémoire et donneront le ton de futures séances.

Le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas privilégier le parent au détriment de l'enfant, car c'est bel et bien lui le patient, il est donc nécessaire de s'adresser à lui en tant que personne. Les mauvaises impressions et phobies dentaires viennent trop souvent de situations où le praticien pressé appuyé par le parent interventionniste ont fait subir des actes dont l'enfant a été exclu.

Concrètement il convient de suivre quelques règles élémentaires de communication :

- ❖ Le praticien doit s'adapter à l'âge de l'enfant : la présence ou non du parent pour la réalisation des soins (bien évidemment éviter la présence du parent angoissé). Il arrive fréquemment qu'une première consultation soit nécessaire pour présenter l'ensemble de la salle de soins et le matériel qui sera utilisé lors d'une consultation ultérieure.
- ❖ Faire appel à l'imaginaire de l'enfant, adapter son vocabulaire : les petites gouttes magiques pour l'anesthésie ou l'hélicoptère pour la turbine etc...
- ❖ Demander de l'aide à l'enfant : tenir l'aspiration, mélanger un produit... l'enfant apprécie tout particulièrement d'être remercié et d'être associé au bon travail qui vient d'être réalisé grâce à sa coopération.
- ❖ Convenir d'un signe en cas de gêne ou problème (lever la main par exemple), et fixer des limites de temps compréhensibles par l'enfant : « *ta joue ne sera plus endormie quand tu rentreras dans ta maison* », « *on fait l'hélicoptère pendant 5 secondes : 1...2... 3...* » etc.
- ❖ Avoir du temps à consacrer à l'enfant ainsi qu'à ses parents et faire preuve de douceur dans l'explication des actes et de fermeté dans la nécessité de les réaliser.

- ❖ L'optimisation de la communication avec un enfant passe par l'utilisation de la technique TELL SHOW DO ou plutôt DIRE MONTRER FAIRE. Cette technique datant des années 60 était initialement réservée aux soins d'odontologie pédiatrique et a été étendue à tous les patients phobiques ou présentant des troubles de la communication (American Academy of Pediatric Dentistry, 2006) ^[40]. Elle consiste donc à :
 - ✓ DIRE ce que l'on aimerait faire
 - ✓ MONTRER ce qui vient d'être expliqué en faisant par exemple une démonstration sur le doigt.
 - ✓ FAIRE, ce qui a été montré et ainsi effectuer l'acte.
 - ✓ Cette technique permet ainsi d'établir un rapport de contrôle entre le praticien et l'enfant pour créer une communication interactive et mener à bien les actes thérapeutiques.

Un comportement empathique de maîtrise, de confiance, de calme et une sûreté au niveau des gestes sera le meilleur garant d'une motivation et d'une facilité dans la relation de soins à plus long terme.

iii) Les adolescents

*« L'adolescence ne laisse un bon souvenir qu'aux adultes ayant mauvaise mémoire. »
François Truffaut*

Fatigables, hypersensibles, instables, leurs variations d'humeur et leurs réactions impulsives déroutent le praticien tout autant que leur entourage. En général, les parents n'accompagnent plus leurs « ados », mais doivent donner leur accord à la réalisation des soins (le patient étant mineur), leurs peurs et inquiétudes face aux soins dépendent plus de leur expérience passée ou d'une situation nouvelle dont ils n'ont pas entendu dire beaucoup de bien par leurs camarades (la germectionie des 3^{ième} molaire ou la mise en place de brackets orthodontiques par exemple).

Attention car peu communicants voire peu respectueux, les adolescents n'en sont pas moins très critiques (et très exigeants) sur les qualités relationnelles et professionnelles de celui qui par son empathie et son écoute peut devenir un modèle d'identification. Comprendre un adolescent et montrer que l'on est du même côté que lui, permet de casser l'isolement que l'on peut retrouver à cette tranche d'âge de 12 à 17 ans.

Tutoiement ou vouvoiement ?

A vrai dire tout dépend de la situation, ainsi, un jeune adolescent qui nous dit spontanément tu, ne sera pas vouvoyé. Mais il est très fréquent à cet âge que le jeune patient se sente particulièrement bien considéré par l'utilisation du vouvoiement. Cette question propre aux langues qui possèdent cette dualité (le problème ne se pose pas en anglais) dépend plus du premier contact avec l'adolescent et ne doit pas être imposée par l'une ou l'autre des parties.

iv) Les personnes âgées

« *Si la personne est âgée, son cœur ne l'est pas toujours* »
Proverbe chinois

Comme le fait remarquer si bien cet adage chinois, nous ne parlerons pas dans cette partie des personnes qui arrivées à des âges avancés présentent des facultés irréversiblement diminuées, nécessitant une aide quotidienne de plus en plus importante. Pour ces patients « fragiles », les séances de soins doivent être courtes et le confort physique doit prendre une place primordial pour supporter avec le moins de fatigue possible les différents actes qui seront réalisés. La relation thérapeutique est certes délicate mais aussi très enrichissante via « cette finesse intuitive » présente chez la plupart des personnes âgées due aux différentes expériences de la vie (Guichard R. et Ruel-Kellermann M., 2001) ^[41].

Une relation thérapeutique avec une personne âgée diminuée impose au chirurgien-dentiste de consacrer plus de temps à l'écoute du patient et aux explications qui lui sont données. Du fait, de la désagrégation de la mémoire, au début de chaque séance, il sera bon de remémorer ce qui a été fait et ce qu'il reste à faire et rappeler le but du plan de traitement. Avec la perte de ses propres dents, le patient âgé se retrouve face à face avec sa propre finitude qui selon Kant « *est indépassable, et représente l'abîme qui sépare le fini et l'infini, infranchissable* » (*Transcendance et finitude*, 2005) ^[42]... caractère spécial de l'homme en tant que mortel et qui le sait. Il faudra donc nous l'avons compris faire preuve de beaucoup de psychologie et recentrer le patient sur les points positifs actuels de sa vie : vie familiale, vie associative, centres d'intérêts du patient etc... sans bien sûr éluder le problème et envisager avec lui les différentes possibilités de remplacer les dents manquantes.

D'un point de vue plus technique, il va falloir juger de la coopération, de la motivation du patient ainsi que de sa dextérité pour l'entretien des futures prothèses. Un bridge complet implanto-porté où il est nécessaire de passer des brossettes inter-dentaires de manière quotidienne ne peut pas être une solution thérapeutique viable pour un patient qui présente des problèmes articulaires graves aux deux bras !

Le praticien devra donc être perspicace et déceler si la demande vient du patient lui-même ou de son entourage (demandes parfois inadaptées). Il est nécessaire de toujours tenter de trouver la meilleure solution pour ce type de patient infantilisé (régression et syndrome de glissement) avide de relation sur le mode affectif. Au cabinet dentaire, la personne âgée peut s'exprimer librement, et retrouve dans certains cas lors de la consultation la liberté, celle de ne pas être seule et de pouvoir communiquer avec un soignant qui est là pour elle. C'est pour cela que parfois, il raconte un peu trop longtemps les choses de la (leur) vie.

v) *Les patients difficiles*

« Prendre soin du patient difficile en odontologie » suggère du découragement, de la démotivation ou même du rejet. En effet, il se révèle être un défi car il n'est pas rare que ce patient fatigue, irrite, épuise ou frustre le soignant. Pourtant, derrière cette appellation bien connue dans le monde de la santé, se trouve un être humain en souffrance.

Dans certaines situations, il est tout à fait possible de soigner sans prendre soin de la personne. Cela se définit par le fait qu'on fait appel au savoir-faire en excluant le savoir-être. Avec un patient difficile, il n'est pas rare d'observer ce phénomène, le soignant, pourtant motivé et très engagé, peut perdre cette dimension du savoir-être à l'égard du patient difficile (Stigler & Quinche, 2001) ^[43]. « *Les patients difficiles sont ceux qui par leur comportement physique ou psychique, dépassent la capacité de tolérance de celui auquel ils s'adressent* » (Nossintchouk R. *Communiquer en odonto-stomatologies* 2003) ^[17]. Ainsi ce type de patient va adopter des attitudes rigides, impulsives voire immatures pour dans certains cas devenir agressifs.

Face à un patient qui (imbu de ses droits) va exiger, menacer et manquer de respect il est primordial de garder son sang-froid en désactivant ainsi l'impulsivité du patient. L'écoute active est essentielle et doit être suivie par la reformulation claire des doléances du patient. A son tour, le chirurgien-dentiste doit exprimer ses limites et besoins, au lieu de rappeler uniquement les obligations du patient (prendre rendez-vous, arriver à l'heure etc...)

Aucun acte ou soin ne doit être entrepris si la situation n'a pas été « assainie » ou si nous jugeons que la confiance réciproque n'est pas suffisamment présente. Ces patients cachent dans la majeure partie des cas une crainte d'être rejetés, incompris et paradoxalement « *suscitent les réactions mêmes qu'ils redoutent* ».

vi) *Les personnalités pathologiques psychiatriques*

Combien de fois avons-nous lu ou entendu le fait que la France est l'un des pays au monde où la consommation de psychotropes par millier d'habitant est l'une des plus élevée au monde ?

Basons nous sur les faits : une étude de l'Institut National de Veille Sanitaire parue en 2007 ^[44] évoque entre autre que:

- ❖ 11% des hommes et 16% des femmes présentent un trouble de l'humeur (épisodes dépressifs, dysthymie, épisodes maniaque...).
- ❖ 17% des hommes et 25% des femmes présentent des troubles anxieux (anxiété généralisée, agoraphobie, phobie sociale, troubles de panique et stress post-traumatiques...)

Nous pouvons donc facilement conclure que dans une journée classique de cabinet dentaire, au moins deux patients présentent un problème d'ordre psychiatrique plus au moins important.

Les épisodes de dépression légère peuvent être facilement intégrés lors de la prise en charge du patient dans une relation thérapeutique de confiance. Mais que faire lorsqu'il s'agit d'un trouble grave et comment le repérer pour éviter d'aller tout droit « dans le mur » ?

- ✓ **La personnalité hystérique**, se caractérise par des attitudes théâtrales et une érotisation de la relation. L'égoïsme lié à ce type de personnalité va souvent chercher à manipuler le praticien qui est très souvent mis en échec par ces patients car la demande inépuisable est associée à une constante insatisfaction.

Le but dans ce cas est d'interdire l'accroche affective du patient sur le praticien, ce dernier doit être distant et ne pas tomber dans le piège de l'avidité affective du patient. Le praticien se concentrera sur la technicité des actes sans pour autant oublier les informations nécessaires mais doit éviter tout lien créé en dehors de la bonne réalisation de l'acte thérapeutique. Des plans de traitements complexes et longs sont extrêmement périlleux voire impossibles avec ce type de patient.

- ✓ **La personnalité obsessionnelle** : propreté, ordre, parcimonie, ponctualité avancés sous couvert du sens moral basculent dans l'excès...

Dans ce cas, là encore un plan de traitement lourd n'est pas envisageable. Avec ce type de patient il est indispensable de pondérer ses propos en expliquant calmement les problèmes occasionnés par une situation d'excès. On mettra ainsi en évidence au patient les récessions gingivales dues à un brossage trop violent (obsession de la propreté). Le sens du détail est important dans ce type de pathologie et l'insatisfaction viendra très souvent d'un détail précis d'ordre divers (financier, esthétique ou fonctionnel).

- ✓ **La personnalité phobique**. Ces patients ne viennent consulter que lorsque la douleur est insupportable et après avoir tenté d'appeler le secrétariat du cabinet en raccrochant dès que la communication est établie ou s'échappant de la salle d'attente avant que leur tour ne soit venu.

Cette hypersensibilité et anxiété incontrôlables résultent souvent de mauvaises expériences dans le passé et de personnalités dans l'entourage qui ont raconté avec exagération une séance chez leur dentiste.

A première vue difficile, il faut essayer d'aider le patient à se rendre compte d'où vient la phobie (tel acte précis, tel discours rapporté...) afin de cerner et cibler le problème de l'expliquer et ainsi de diminuer l'emprise que peut avoir la peur sur le patient. Il faudra attendre plusieurs séances avant d'avoir une maîtrise émotionnelle suffisante permettant la mise en place d'un contrat de soin et d'un plan de traitement qui pourra évoluer avec le patient.

Attention à ne pas se jeter sur l'ordonnancier, car comme le souligne Perrier et Comte en 1964 ^[45] « *le phobique a peur, mais il a surtout peur d'oublier d'avoir peur* », la prémédication n'est donc pas la solution à retenir pour ce type de patient dans un premier temps. Il est à noter que ces patients sont les plus fidèles et attachants, lorsqu'ils ont reçu l'écoute et l'empathie dont ils avaient tant besoin.

- ✓ **La personnalité paranoïaque** : autoritarisme, surestime de soi, psychorigidité, insociabilité et désir d'obtenir justice et réparation sont des signes évocateurs.

Il s'agit du type de personnalité la plus dangereuse. Au cabinet dentaire, le signe qui doit nous interpeller dès la première consultation est le grand nombre d'accusations à l'encontre des nombreux praticiens précédemment rencontrés.

Une grande prudence s'impose face à ces patients (pouvant aller jusqu'au refus de soins, hormis cas d'urgence), persécutant le praticien par d'interminables revendications et très procéduriers. Si des soins doivent être réalisés, les délais de réflexion pour le patient doivent être importants et le plus de preuve de dons d'informations et de consentements doivent être recherchés et actés (photographies, écrits signés, demande d'accompagnant etc.)

- ✓ **La personnalité hypocondriaque**, extrêmement bien informée dans le domaine médical. Ce type de patient relate des pathologies buccales ou suite de soins qui correspondent à aucune pathologie buccale ou pire, sème le doute chez le praticien.

L'écoute attentive est là encore indispensable, mais il va falloir faire preuve d'une extrême patience face à ce type de patient tenace qui est terrifié de ne pas savoir ce qui peut lui arriver. Ainsi, les soins sont possibles mais à condition que le plan de traitement soit détaillé de manière la plus claire possible avec la liste des éventuelles risques thérapeutiques (ceci peut prendre plusieurs séances dans les cas les plus graves) tout ceci pour éviter les sources de peur pour le patient qui a une balance déséquilibrée de son rapport bénéfice / risque.

D) Un patient « singulier » : le patient PMF

« C'est curieux un visage, n'est-ce pas ? Quand on en possède un, on n'y pense pas. Mais dès qu'on n'en a plus, on se sent comme si la moitié du monde avait été arrachée »
Kôbô Abbé (La face d'un autre) ^[48]

David Lebreton (2010) ^[46] décrit le corps comme garant d'une identité intangible et comme l'incarnation irréductible de l'humain, véritable matrice de relation aux autres.

Plus qu'une réalité physique, le visage incarne donc chez Levinas un concept qui donne sens à l'altérité, qui prévient toute réification, ou réduction de l'Autre à une chose. « *La meilleure manière de rencontrer autrui*, précise Levinas, *c'est de ne pas même remarquer la couleur de ses yeux.* »^[47] C'est-à-dire ne pas apprécier son visage objectivement ou physiquement. Autrui n'est autrui que s'il échappe à toute définition, à toute objectivation : « *Si l'on pouvait posséder, saisir et connaître l'autre, il ne serait pas l'autre.* » (*Ethique et infini.*) Inversement, qui dévisage, anéantit le visage en le résumant à une série de qualités. Le visage est donc le passeport de l'individu, c'est via son visage que l'humain va interagir avec son environnement et ses semblables. Une altération de son intégrité est difficilement acceptée car il va altérer considérablement le schéma corporel propre à l'individu « *c'est-à-dire la conception inconsciente de soi et de son corps* ».

La prothèse Maxillo-Faciale se définit comme la science de la reconstruction artificielle de la face en cas de mutilation (volontaire ou non) ou de dysmorphose. Avec la réhabilitation prothétique, le patient va devoir intégrer son nouveau visage, on parle d'hybridation. Cette fusion va entraîner un reformatage du schéma corporel afin d'intégrer ce corps étranger qui comble le manque physique du visage. Mais « *alors que la mise en place d'une prothèse est instantanée et l'hybridation physique immédiate, il n'en est pas autant du schéma neuro-psycho-physiologique qui nécessite une acquisition lente d'un nouveau format et d'une reconfiguration mentale parfois laborieuse* » (2010) ^[48].

Comment dès lors pouvons-nous aider notre patient à intégrer au plus vite cette reconfiguration mentale ?

Le patient doit d'abord appréhender le problème et accepter de :

- ❖ Se regarder dans le miroir : c'est le *face-à-face*.
- ❖ Se confronter au regard de son conjoint et de sa famille : c'est-à-dire le *face à l'autre*.
- ❖ Dévoiler son nouveau visage à la société : le *face aux autres*.

Pour surmonter ces trois paliers distincts, les techniques de communication sont nécessaires afin d'accompagner son patient à traverser une étape difficile. Nous pouvons évoquer :

- ❖ La technique de visualisation (Charles Rachel, 2001) ^[49]. Cette capacité mentale que nous avons de nous représenter un objet, un son, une situation, une émotion ou une sensation... un nouveau visage dans notre cas précis. Selon son intensité, cette représentation peut déclencher plus ou moins les mêmes effets physiologiques que le ferait la réalité. Le but est d'associer la visualisation du visage en pensant à une situation agréable positive pour amener le corps dans un état réel de détente qui facilitera l'intégration concrète de la vision directe du visage face au miroir.
- ❖ L'imagerie mentale (Reid Louise, 1996) ^[50], apparenté à l'hypnose, a comme fonction de faire surgir à l'esprit des images produites par l'imagination, l'intuition et l'inconscient, comme ce qui se passe dans le rêve. L'idée est de recourir à l'« *intelligence* » de l'inconscient et à la capacité de l'organisme de « *savoir* » ce qu'il vit et ce qui est bon pour lui. La plupart du temps, l'imagerie mentale se fait avec l'aide d'un intervenant qui peut guider le processus, et aider à en décoder le sens et à en tirer des applications concrètes. Afin d'atteindre l'état de détente mentale nécessaire à l'émergence d'images qui ne sont pas dictées par le conscient, il faut amorcer l'exercice par une période de relaxation plus ou moins importante et libérer l'esprit des préoccupations courantes. Ensuite, le sujet amorce une « *aventure mentale* » qui offre un contexte favorable et laisse des situations se concrétiser dans son esprit.

- ❖ La sophrologie, est une technique de relaxation phare permettant au patient de lâcher prise et de relativiser la difficulté de la situation (Chéné, 2008) ^[51]. Créée par Alfonso Caycedo (1932-1960) neuropsychiatre colombien, cette technique vise à renforcer l'équilibre de nos émotions, nos cognitions et nos comportements. Au croisement entre la relaxation occidentale et la méditation orientale (Yoga indien, Tummo tibétain, Zazen japonais), cette technique permet de développer la réalité objective, pour apprendre à voir les choses davantage comme elles sont, de ressentir plus le réalisme et l'efficacité dans l'action.

La prise en charge d'un patient atteint par une lésion visible nécessitant une réhabilitation via une prothèse maxillo-faciale se réalise dans le cadre d'une approche multidisciplinaire où tous les professionnels de santé conjuguent et mettent en synergie leurs actions pour améliorer son confort et son état psychologique. L'acceptation pas à pas de la prothèse dans des conditions favorables optimise la « *prothémisation* » ^[48] du patient et donc sa guérison.

II- OPTIMISATION DU DIALOGUE

II-1 Savoir être pédagogue

*« L'orateur ne parle bien que s'il est porté par son public. »
Cicéron*

La pédagogie est la première marche à gravir pour bien communiquer... Quel praticien de santé n'a pas rêvé de pratiquer l'art de la maïeutique socratique (« accoucher les esprits ») et l'ironie chaleureuse afin de rapprocher la formation scientifique au plus près de la compréhension du patient ?

C'est bel et bien en sa qualité d'expert en chirurgie dentaire que le praticien est vu, or comme le souligne SCHMITZ E. (2005) ^[52] « on enseigne ce que l'on est avant ce que l'on dit », c'est bien l'intelligence du cœur qui parle. Ainsi, le premier secret d'une communication humaine respectueuse entre un patient (qui se retrouve dans le rôle de l'élève) et de son chirurgien dentiste (qui lui revêt l'habit de professeur) repose sur cette audace à assumer sereinement ce qu'il est vraiment : « il faut connaître sa matière et avoir quelque chose d'intéressant à dire ». Mais aussi ses limites, ses lacunes et sa volonté de perfectionnement qui le rendra d'autant plus disponible et efficace.

Le travail pédagogique dans le domaine de la santé en ce qui nous concerne présente deux grands buts :

- ❖ Expliquer et donner les informations nécessaires à la compréhension globale des soins, des résultats escomptés et des problèmes potentiels.
- ❖ Motiver et solliciter la participation du patient dans la construction d'une relation thérapeutique saine.

Pour parvenir à ces résultats, le temps de travail comporte des faces visibles et invisibles. L'efficacité de la séquence pédagogique repose sur trois paramètres importants :

- 1) La recherche préalable. Avant le face à face avec le patient, il s'agit de la préparation des explications qui vont lui être fournies. Cette préparation est double car elle concerne d'une part l'acte ou le domaine d'actes à enseigner (qu'est ce qu'une dévitalisation dentaire ? Comment placer un implant ?) et d'autre part la manière d'y parvenir en choisissant les outils pédagogiques les plus adaptés au discours (films, schémas, animations etc...).
- 2) L'animation didactique pendant la consultation permettra au praticien de se concentrer sur la guidance et le don d'une information claire et compréhensible. En s'assurant que le message passe bien grâce à une motivation du patient à participer à l'animation « que pensez-vous de cet inconvénient ? »... Il convient d'évaluer tout au long de la consultation le maintien de l'attention du patient pour ne pas le « noyer » sous une montagne d'informations. Le patient doit être impliqué dans cette phase dynamique.

- 3) L'évaluation critique. Le résultat d'un enseignement positif ou non est facilement vérifiable. Il sera donc apprécié par un consentement amélioré du patient dans les soins proposés. Au contraire un nombre de questions importantes dont la réponse a déjà été donnée, de longs silences marquant le malaise du patient lors des rendez-vous suivants, constituent la « *feuille de route* » de l'enseignant. Avoir la capacité de voir que ça ne va pas et savoir faire différemment pour donner un message.

Chaque patient est unique ce qui marchera chez l'un ne fonctionnera pas pour le suivant. Il faut bel et bien savoir se mettre à la place de la personne qui est en attente de solutions de notre part. La pédagogie est avant tout un apprentissage difficile qui nécessite d'y passer du temps en simulant et en imaginant les réactions des patients afin de savoir y faire face avant de l'avoir physiquement devant nous. Un travail pédagogique doit être attrayant, souple et nourrir ce qui fait le plus défaut au début de la pratique : l'expérience professionnelle.

II-2 Etre vrai dans la relation avec l'autre

« *Du vrai échange naît l'infini* ».
François Cheng

Avant même l'apparition de l'écriture il y a plus de 5000 ans, la communication a toujours été la clef du développement de l'être humain. Alors comment communiquer vrai ? Cette interrogation simple marque le fondement d'une relation à l'autre saine et constructive dont les piliers en sont la sincérité. Une relation communicante en particulier dans le domaine médical ne peut en aucun cas être mensongère, hypocrite ou cantonnée à un rôle d'acteur de la part du professionnel de santé.

Il ne convient pas de tout dire ou de se livrer au patient qui nous fait face. Il convient d'avoir une juste distance où comme le souligne Marc E. (2008) ^[53] « *être vrai, ce n'est pas dire tout ce que l'on pense, mais ressentir et penser tout ce que l'on dit* », l'authenticité dans la communication qui nous lie à l'autre ressemble à un compromis entre ce que l'on veut exprimer et ce que l'on pense acceptable pour l'autre. Cette aptitude se travaille, ainsi, Carl R. Rogers, psychologue américain et fondateur de l'approche centrée sur la personne ACP (méthode psychothérapeutique majeure qui a profondément influencé la psychologie humaniste) ^[54] lui a donné un nom : la « congruence ». Particulièrement nourrissante pour l'individu et son interlocuteur, cette qualité s'atteint lorsqu'il y a concordance entre :

- ❖ Ce que je ressens,
- ❖ Ce dont je prends conscience,
- ❖ Et enfin, ce que j'exprime à l'autre.

Loin d'être innée, la congruence s'acquiert avec le temps, la volonté de peser ses mots et l'envie de faire du bien au patient qui souffre. Nous rejoignons les travaux de Molinier P. (2009) ^[55] sur le travail de *care*, qui ne se confond pas avec l'amour du prochain. Souvent pénible, générant parfois angoisse ou agressivité chez les professionnels de santé. Il apparaît comme beaucoup plus ambivalent et oblige sans cesse ceux qui le font à trouver des stratégies pour maintenir leur équilibre psychologique. Avant d'être une éthique, le *care*, est un travail

« prendre soin de l'autre, ce n'est pas penser à l'autre, se soucier de lui de façon intellectuelle ou même affective, ce n'est même pas nécessairement l'aimer, du moins en première intention, c'est faire quelque chose, c'est produire un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre ». L'éthique du *care*, c'est-à-dire l'aptitude à se soucier des autres, se constitue dans l'expérience concrète des activités de service en rapport avec le soin des autres.

En somme bien communiquer c'est faire passer un message dans le souci de l'autre et de soi.

Notons que de nombreuses théories tentent de cerner les attitudes et émotions humaines de chaque individu afin de prévoir leurs réactions, et ainsi d'orienter au mieux le discours choisi. Citons la PNL (Programmation Neuro Linguistique, élaborée par Richard Bandler et John Grinder dans les années 1970, aux États-Unis) qui représente une approche du comportement et du psychisme, en synthétisant de manière pragmatique différentes théories et courants de pensées. Cet ensemble coordonné de connaissances et de pratiques dans le domaine de la psychologie se fonde sur la modélisation et le repérage des différents types de caractères humains afin de s'adapter au plus près de la personne qui nous fait face.

La PNL est l'objet de nombreuses critiques, qui lui reprochent tour à tour son manque de validation thérapeutique, ses références à des théories dépassées, sa tendance à permettre la manipulation des esprits, et enfin son usage dans les dérives sectaires ! Si bien qu'elle est considérée dans de nombreux domaines universitaires comme une pseudo-science.

II-3 L'encouragement à parler et rétroactions

A) Parler pour enclencher la relation de confiance



Aucun acte ou soin ne peut être réalisé sans l'énonciation claire du problème pour lequel le patient s'est déplacé jusqu'à nous.

Ainsi selon Adler (1991) ^[10], tout encouragement à parler est obligatoirement soutenu par le principe d'empathie c'est-à-dire « *faire un effort volontaire pour recréer la façon dont son interlocuteur perçoit la réalité* ». Pour bien mettre en place l'établissement d'une attitude empathique trois facteurs préalables sont indispensables :

- ❖ La volonté interne d'écoute pour questionner, comprendre l'autre et le pousser à s'exprimer le plus librement possible. L'écoute n'est pas une action innée mais un concept qui se travaille et s'améliore au fur et à mesure de la pratique.
- ❖ La patience qui demande une maîtrise des émotions de la part du praticien. Ainsi des temps de pause, des silences lors de la relation permettent d'établir un lien progressif et fort entre le soignant et le soigné.
- ❖ Enfin la curiosité qui n'est autre qu'une ouverture vers l'autre. Montrer de l'intérêt à l'environnement du patient : « *où habite-t-il ? quelle est sa situation familiale ? son métier ? quels sont ses traits de caractère dominants ?* » permet d'avoir une vue d'ensemble du fonctionnement du patient. Bien évidemment la curiosité amène une notion de tact lors de la relation à l'autre pour ne pas paraître trop « intrusif » dans la vie privée du patient.

Le but ultime est bien sûr d'encourager le patient à parler via une écoute active de notre part. La réceptivité qui incombe au chirurgien-dentiste doit être à la fois intellectuelle (comprendre les signes, les symptômes, le parcours médical etc.) mais aussi affective/empathique. Concrètement, notre aptitude à l'écoute doit se marquer par :

- ❖ Des marques d'écoute verbales : « ha !... oui ?... hum ?... ». Pour Egan (1975) ^[56] ces stimuli verbaux procurent un effet sécurisant amorçant une relation de confiance et de collaboration.
- ❖ Mais aussi des comportements non verbaux : être face à face avec son patient et le regarder de manière attentive, en marquant sa compréhension par des hochements de tête, une expression de visage et une posture ouverte vers l'autre.

Il va sans dire que le praticien doit être « émotionnellement disponible » lors de la consultation et ne doit pas être accaparé par des problèmes personnels. Plus le praticien laissera son patient parler et plus ce dernier aura la liberté de s'exprimer pour faire naître une confiance réciproque.

B) Principe de rétroaction ou feed-back

L'ensemble des premiers éléments que l'on peut retrouver lors d'un premier contact permettent d'obtenir à travers l'encouragement à parler une première rétroaction positive ou feed back positif.

C'est-à-dire une réaction positive du récepteur au message émis et son retour correct vers l'émetteur. Mais pas seulement, passé ce premier contact qui acte la présence du lien de communication entre praticien et patient, le feed back entretient un processus circulaire de communication en permettant à l'émetteur de savoir si son message a été ou non exactement reçu et compris, ainsi :

- ❖ La rétroaction peut correspondre dans la suite du dialogue à la reformulation du message par le récepteur. Pour exemple :

_ « *Pour remplacer les dents manquantes, deux solutions s'offrent à vous : une solution prothétique fixe, une autre amovible via des appareils dentaires.*

_ *C'est-à-dire ?* (FEED BACK NEGATIF) Le patient n'a pas compris

_ *Pour remplacer les dents manquantes, deux solutions s'offrent à vous : une solution avec des bridges et couronnes collées ou scellées durablement en bouche, une autre avec des prothèses dentaires qu'il faut retirer et replacer pour assurer le nettoyage biquotidien.*

_ *Les deux solutions ont-elles la même durée d'utilisation ?*». (FEED BACK POSITIF).

Le patient ayant compris la différence, l'information s'approfondit.

L'émetteur devenant récepteur doit ainsi se poser les questions du récepteur et répondre à ses attentes.

- ❖ Plus subtilement, le feed back peut aussi se faire au travers de signes non verbaux : cas du patient qui se contente d'acquiescer de la tête après avoir été assommé par des termes médicaux dont la signification lui est inconnue. Il est relativement facile de voir si notre patient est « perdu » et encore plus important de le rassurer en essayant de saisir la situation de son point de vue, capacité impossible sans empathie.

Un dialogue constructif et l'intérêt que nous portons aux réponses et attitudes du patient permettent d'obtenir une série de rétroactions cycliques positives (cycles de questions / réponses) qui est donc la seule garante d'une écoute active et donc de l'établissement d'une communication efficace.

II-4 Les réponses de reflet

A) Principe de base

Allons maintenant plus loin que la simple reformulation pour avoir un feed back positif. Il est possible via ce qu'Ivey (1978) ^[57] appelle les réponses de reflet de « *guider* » voire de « *recentrer* » le patient lors d'une incompréhension ou d'un refus non fondé. En termes simples, les réponses de reflet visent à reformuler le message émis par le patient en y pondérant un aspect affectif. Cette paraphrase vise bien sûr à montrer au patient que l'on est avec lui et que l'on essaie de clarifier ses propos mais sous différents angles.

Ces réponses en reflet permettent de « refléter » le patient dans :

- ❖ sa perception d'une situation ;
- ❖ ses pensées vis-à-vis de la situation ;
- ❖ ses propres sentiments ;
- ❖ sa décision ou son action.

Ainsi, via des paraphrases réfléchies, il est possible de donner au patient toutes les clefs pour qu'il puisse prendre la décision la plus adéquate sans être parasité par des informations externes plus ou moins sérieuses (informations fausses et néfastes visibles sur internet par exemple).

Ces réponses de reflet permettent au patient d'avoir une bonne évaluation de la situation, elles fournissent également une aide par un recentrage ou un « *déplacement du problème* » sans toutefois aucune manipulation, car le patient reste quoiqu'il arrive maître de sa décision. En d'autres termes nous pourrions dire qu'il s'agit d'une argumentation adaptée à chaque individu.

B) Exemples concrets

Clarifions cette notion de réponses de reflet en imaginant une lésion carieuse occluso linguale au niveau d'une 47. La digue ne peut hélas pas être positionnée de par l'anatomie des dents (pas de bombés). L'étanchéité adéquate pour la réalisation d'un composite ne peut pas être réalisée et il est donc décidé la mise en place de rouleaux de coton et d'une aspiration salivaire afin de réaliser un amalgame dernière génération (des amalgames sont déjà présents en bouche).

Le patient s'oppose : « *Je préfère que l'on ne mette pas d'amalgames en bouche* ». Avant d'envisager une autre alternative divers types réponses peuvent lui être opposés :

❖ **Réponse de reflet de sentiment** : « *J'ai l'impression que vous craignez les amalgames...*

_ *J'ai entendu dire que lorsque l'on a trop d'amalgames, c'est dangereux pour la santé* »

Nous pouvons ainsi mettre en évidence « qu'est-ce qui vous a permis d'arriver à cette conclusion ? ».

❖ **Réponse reflet de perception** : « *Vous estimez qu'un amalgame est préjudiciable pour votre santé...*

_ *Je ne sais pas on dit tellement de choses sur les amalgames* »

Dans ce cas, on voit qu'il est évident de savoir recentrer le patient sur l'information reçue et ainsi de mettre en évidence l'odontologie basée sur les preuves et non une vulgarisation médiatique trop large et mal informée.

❖ **Réponse reflet de sentiment** : « *Je comprends votre prudence, est ce que vos derniers amalgames datent d'il y a longtemps ?*

_ *Pour la molaire en haut cela fait 5 ans environ.* »

Lors de cette réponse, il semble bon de rappeler que les amalgames comme tout autre produit de santé sont soumis à des règles strictes de commercialisation et d'utilisation et qu'il existe il est vrai des cas où la pose ou dépose d'amalgames n'est pas recommandée (femmes enceinte par exemple).

❖ **Réponse en déplacement de problème** : « *Vous avez raison, les amalgames peuvent nuire à la santé de la population si leur utilisation n'est pas contrôlée et si les déchets sont rejetés dans l'environnement et donc indirectement dans les nappes phréatiques d'eau potable. Permettez-moi de vous expliquer notre système de collecte spécifiques des déchets d'amalgames et pourquoi il serait adéquat d'en réaliser un dans votre cas* ».

Le choix du type de réponse de reflet doit se faire selon ce que le patient cherche vraiment à expliciter lors d'un refus ou d'une interrogation. Ce choix ne peut être réalisé qu'après une écoute attentive associée à plusieurs feed-back positifs. Il va s'en dire que le praticien chirurgien-dentiste doit pour sa part « connaître son sujet » et être au jour des dernières actualités scientifiques et avancées liées à son domaine (importance de la formation continue tout au long de la carrière).

II-5 Utiliser un vocabulaire adapté.

« *Quand une science est à bout d'arguments, elle élargit son vocabulaire.* »

Jacques Deval

Lorsqu'entre deux individus se crée un dialogue, il est évident que les deux parties doivent posséder le même langage pour pouvoir se comprendre et interagir.

Or comme le souligne le ministère de la santé lui-même : « *Exerçant un métier très spécifique, technique, technologique, manuel, ancré dans une culture fortement libérale, la profession de chirurgien-dentiste occupe un champ à part, très autonome, dans le système de santé publique.* » (Étude réalisée en 2007) ^[58].

Ce qui peut être problématique dans l'information que nous devons donner à notre patient est l'aspect très technique de notre métier, où les termes précis sont souvent difficilement simplifiables et où la diversité des types de soins au niveau de la zone buccale / péribuccale est très étendue.

Il y a certes des domaines généraux (endodontie, implantologie, odontologie conservatrice restauratrice...) mais chacun possède un nombre important d'actes possibles et tout autant de problèmes à envisager... et expliquer.

Le vocabulaire odontologique est donc très riche. Hélas, le patient qui nous fait face s'est au mieux intéressé à sa santé bucco-dentaire ou, au quel cas, au problème qui le touche via un média classique (internet, télévision, magazine...). Au pire, arrive « nu », dans l'attente d'explications claires, simples et complètes.

Quelques petits conseils au cabinet quand face au patient, le but est certes d'informer mais aussi de le rassurer quant aux futures solutions proposées :

- ❖ Bien évidemment, il convient de s'adapter à l'âge du patient qui nous fait face, en faisant intervenir l'imagination comme nous l'avons vu précédemment pour les plus jeunes d'entre eux.
- ❖ Utiliser des parades afin d'éviter certains mots qui vont directement toucher l'humeur du patient (voire réveiller peur et phobie). Ainsi comme nous le conseille Michel, 58ans, omnipraticien dans les Pyrénées-Orientales, il convient de bannir certains mots du vocabulaire : « *Je m'interdis par exemple de prononcer le mot piqûre, même avec les adultes ! Je dis seulement que je vais anesthésier... aux plus sensibles, je vais jusqu'à dire "endormir", lorsque je trouve que pour le patient le terme anesthésie sonne trop médical...* », « *Je ne parle pas d'extraction ni d'avulsion, mais d'"enlever une dent trop abîmée"* ». (Témoignages Indépendantaire, *Ces patients qui ont peur... Comment les recevoir ?* mai 2012).

- ❖ User de termes faisant référence à la détente et au bien-être. On parlera de « massage préalable » pour désigner la pâte pré-anesthésiante. Ou la mise en place d'un sédatif pulpaire pour « calmer la sensation afin de réaliser le futur soin dans le silence : sans perception désagréable ».
- ❖ Eviter tout le champ lexical relatif à la mort ou en notion avec la finitude du patient et positiver scientifiquement autant que faire se peut le soin réalisé ou à effectuer.

La partie nerveuse d'une dent dévitalisée n'a pas été « tuée », mais « a été supprimée suite à une infection qui a porté atteinte au nerf ». Ou encore, une dent nécrosée n'est pas « morte », « sa partie vivante lésée ne joue plus son rôle, et doit être éliminée pour éviter tous futurs problèmes ».
- ❖ Ne pas laisser le patient dans l'erreur, mais vulgariser correctement l'acte qui va être réalisé. Ainsi, nous ne parlerons pas de « plombage » pour désigner un amalgame même si c'est le patient qui évoque le terme en premier, il est nécessaire de l'informer pour ne pas véhiculer de fausses notions. « Dentiers, trous, cassé, moche... » sont des termes du patient qu'il faut reprendre avec des explications et avec lui pour le recentrer dans une relation thérapeutique saine on parlera donc « d'appareils amovibles, de cavités de caries, de fractures, aspect non esthétique... ».

Il a fallu un doctorat d'exercice au chirurgien-dentiste pour pouvoir cliniquement pratiquer « l'art dentaire », et donc utiliser un vocabulaire, un langage professionnel propre à son métier. Nous ne pouvons pas demander au patient par lui-même d'apprendre des termes médicaux mais l'orienter vers des sources d'informations fiables et facile à trouver (site internet de l'UFSBD par exemple...) qui enrichiront sa culture médicale et clarifieront les soins et actes bucco-dentaires réalisés ou à venir.

II-6 Savoir annoncer une mauvaise nouvelle.

A) Points clefs de l'annonce.

Le but est bel et bien de maîtriser cette cascade d'effets inattendus lors d'une annonce délicate. Pour exemple : l'explication à un patient très motivé de l'impossibilité d'une réalisation implantaire suite à une chimiothérapie orale, ou à la nécessité d'avulsions des deux incisives centrales fracturées suite à un choc frontal. Il est nécessaire de maîtriser la forme et le fond de l'information que l'on va donner au patient pour atténuer l'impact de la nouvelle. Comme le précise Antoine Bioy (2003) ^[59] « présenter à un patient une mauvaise nouvelle est un art qu'il faut connaître ». Même si d'un premier abord penser se mettre à la place de son patient semble être une bonne idée, chacun possède son propre fonctionnement psychologique, sa propre histoire, ses propres failles... il est donc très difficile de prévoir en amont la réaction du patient qui nous fait face.

Les règles à suivre côté praticien, dans la communication d'un message difficile à délivrer sont assez basiques (*La communication entre soignant et soigné : repères et pratiques*, 2003)^[59] :

- ❖ Faire l'annonce progressivement de façon claire et compréhensive (pas de paragraphes, pas de langage médical technique). Eviter tout suspense avant l'effet d'annonce qui pourrait être très mal ressenti par le patient (sadisme du praticien).
- ❖ Laisser le patient réagir et ne pas être surpris de sa réaction. Il est important de savoir reconnaître l'émotion qu'a suscitée le choc de l'annonce pour que le patient puisse renoncer pour ensuite accepter la nouvelle. « *On ne doit pas manquer de reconnaître le sentiment que manifeste le patient (...) Il ne faut surtout pas chercher immédiatement à calmer ce sentiment.* », Thierry Tournebise (2008)^[60]. Le piège consiste à essayer immédiatement d'expliquer plus encore la situation, en pensant que le patient va ainsi mieux l'accepter. Mais comme le préconise ce même auteur, il convient d'arrêter l'explication lorsque la personne est choquée, ce qui marque un temps d'arrêt permettant de reconnaître l'émotion du patient. Afin d'obtenir ensuite une « *validation cognitive* » c'est-à-dire le fondement du bouleversement vécu. « *Cela vous embête vraiment, vous teniez beaucoup à ce traitement, pourquoi était-il si important ?* », et ainsi mieux compatir à la détresse du patient « *s'il représentait tout cela pour vous alors je comprends que vous soyez déçu* ». C'est seulement après cette « *validation cognitive* » que l'on reprend les explications détaillées pour expliquer les raisons de choisir ou non tel ou tel plan thérapeutique.
- ❖ Rester calme, en condition d'écoute. Il est bon de montrer au patient qu'il peut compter sur l'équipe soignante et en particulier sur celui qui annonce une mauvaise nouvelle. Ceci facilitera entre autre le deuil d'un traitement espéré pour mieux rebondir sur les solutions alternatives. L'état émotionnel dans lequel on se trouve va être capital pour le patient. Notre « *savoir-être* » est donc primordial. Concrètement, un enfant va accorder presque moins d'importance à ce qu'on dit qu'à l'état émotif dans lequel on se trouve. Or cette perception reste inscrite en nous. Ainsi, l'accompagnement et l'écoute vont être très importants et cette qualité de présence peut se révéler en soi une thérapie.

L'enjeu est d'exploiter au mieux les 50% que nous avons dans la relation de communication car il n'est pas possible de faire le travail de deuil à la place de l'autre.

B) Processus de réception d'annonce d'une nouvelle bouleversante.

« *Madame, suite à l'analyse des différentes radios et à l'examen clinique réalisé ensemble, l'ensemble des dents restantes ne peut plus être conservé.* »

Ce type de nouvelle très désagréable et non rare est difficile à annoncer et, est toujours vécu de manière complexe pour le patient. Selon le docteur Isabelle Moley-Massol une mauvaise nouvelle peut être analysée comme « *le deuil du projet de vie qui se franchit pas à pas* ». Dans son ouvrage *L'annonce d'une maladie* (2004) ^[61] elle décrit six étapes de ce douloureux processus :

- 1- **Le choc, la sidération** : il n'y a plus de place pour le rationnel. Le message technique ne passe pas.
- 2- **Le déni** : qui correspond dans un premier temps à une protection psychologique.
- 3- **La révolte** : « *Qu'est-ce que j'ai fait pour mériter ça ?* », « *Ce n'est pas juste !* »
- 4- **Le marchandage** : les sentiments sont multiples et contradictoires. La maladie est discutée, parlée.
- 5- **La tristesse**, voire dépression dans certains cas. « *Je vais devenir comme ma propre mère avant qu'elle ne régresse complètement.* »
- 6- **L'acceptation**, étape ultime de ce processus où la communication, l'échange et la présentation des différentes possibilités sont plus que jamais les soutiens indispensables au patient.

Attention toutefois, car l'annonce d'une mauvaise nouvelle, doit certes être adaptée au patient qui nous fait face. Son passé, son caractère, sa capacité à communiquer peuvent nous aider à choisir tel ou tel terme plus adapté à la situation. Mais en aucun cas, l'annonce ne doit être parasitée par une mauvaise appréhension de la part du praticien. Sylvie Fainzang, anthropologue et directrice de recherche à l'INSERM a étudié dans une enquête (2006) ^[62] le mécanisme en fonction duquel les professionnels de santé informent ou n'informent pas les malades : « *Cette information est préférentiellement donnée par les médecins aux patients qui appartiennent à des catégories sociales dites supérieures ou qui semblent avoir un capital culturel permettant de recevoir cette information. Par conséquent, tandis que les médecins croient informer leurs patients en fonction de leurs capacités psychologiques à supporter l'information, ils le font en fonction de leurs caractéristiques socioculturelles.* »

Ces situations délicates dans l'exercice quotidien doivent être connues et reconnues pour ne pas être surpris et comprendre les larmes ou l'énervement d'un patient malgré une annonce réfléchie et faite pas à pas.

II-7 Affirmation de soi et gestion de l'échec.

A) S'affirmer pourquoi et comment ?

« *Mens sana in corpore sano* »

Plus subtilement un bon praticien est un praticien qui se sent bien, en bonne santé et qui n'est pas freiné ou bloqué par des problèmes personnels ou liés à des difficultés à communiquer avec autrui. Comme l'évoquent Frédérique Fanget et Bernard Rouchouse dans *L'affirmation de soi : une méthode de thérapie* ^[63], tout individu, en particulier le professionnel de santé confronté à la souffrance doit savoir exprimer son opinion, ses sentiments et ses besoins. L'affirmation de soi passe par « *une attitude intérieure qui consiste à croire que nous avons de la valeur, c'est le pouvoir d'agir face à ses besoins, à son environnement* ».

Professionnellement, pour le chirurgien-dentiste l'affirmation de soi passe par plusieurs points :

- ❖ J'ai eu un diplôme qualifiant, je suis en formation continue : je suis CAPABLE de réaliser les soins et actes que je propose.
- ❖ Je suis capable de déléguer l'acte quand il n'est pas de mon ressort et j'ai CONFIANCE dans le spécialiste auquel j'adresse.
- ❖ Il est nécessaire d'EXPRIMER mon ressenti face aux différentes propositions émises par le patient et d'avoir le droit de dire NON.
- ❖ L'erreur ou l'échec ne doit pas être vu comme une punition mais comme la nécessité de rechercher une solution qui augmentera d'autant l'EXPERIENCE professionnelle.
- ❖ Je suis responsable des CHOIX qui sont proposés à mon patient.

L'affirmation de soi est donc une notion indispensable dans l'établissement d'une relation saine avec son patient. Trop de praticiens (aux deux extrêmes) ne laissent que peu de choix à leur patient ou au contraire sont totalement soumis à leur choix.

B) La notion de posture communicante

La communication n'est valable qu'entre deux individus qui ont une égalité de valeurs. Comme le souligne Jérôme Lefeuvre dans *Les 5 règles d'or pour communiquer* (2012) ^[64], la communication n'est possible « *qu'à condition d'être établie sur les bases d'une posture positive entre deux interlocuteurs* ». Ainsi, le concept de posture (positions de vie) est issu de « *l'Analyse Transactionnelle* » de Taibi Kahler dans son ouvrage *Le grand livre de la Process Therapie* (2010) ^[65], et décrit un état d'esprit dans lequel une personne se trouve à un moment où elle s'adresse à une autre.

Cette position est propre à un moment et à un interlocuteur, elle peut changer d'une phrase à l'autre. L'attitude, l'expression du visage, les gestes, une fluctuation de la voix (communication non verbale) et les phrases choisies (communication verbale) permettent de mettre en évidence deux questions essentielles à l'établissement de sa posture communicante : comment je me sens par rapport au patient ? Et ce que je pense de moi par rapport au patient ?

Identifions 4 postures de base communicante établies par le docteur Franck Ernst dans son ouvrage « OK Corral » TA Journal, Octobre 1971.

Posture + / +	MOI / PRATICIEN	TOI / PATIENT
	J'ai de la valeur	Tu as de la valeur
	Posture neutre. Feux vert pour une communication saine et productive.	
Posture + / -	MOI / PRATICIEN	TOI / PATIENT
	J'ai de la valeur	Tu n'as pas de valeur
	Mécommunication. Posture persécutrice et invitation au conflit. Pas de communication saine possible.	
Posture - / +	MOI / PRATICIEN	TOI / PATIENT
	Je n'ai pas de valeur	Tu as de la valeur
	Mécommunication. Posture victime et invitation au sauvetage ou à la critique. Pas de communication saine possible.	
Posture - / -	MOI / PRATICIEN	TOI / PATIENT
	Je n'ai pas de valeur	Tu n'as pas de valeur
	Posture cynique ou désespérée. Haut niveau de toxicité dans la relation communicante.	

Utilisons des exemples concrets que l'on peut retrouver au cabinet dentaire :

- ❖ « *J'en ai assez de vos solutions grotesques à vos problèmes dentaires !* »
+ / - : Position persécutrice. Dominance du praticien.
- ❖ « *Vous m'agacez avec votre hygiène dégeulasse et ce n'est pas la première fois !* »
+ / - : Invitation au conflit !
- ❖ « *Je suis désolé, je voulais faire quelque chose d'esthétique et vous faire plaisir mais je n'y suis pas arrivé... soupir...* »
- / + : Détresse du praticien, invitation au sauvetage.
- ❖ « *J'ai peut-être fait des erreurs de diagnostic, mais vous n'avez pas de leçon à me donner !* »
- / - : Exclamation qui verrouille les possibilités de communicateur entre interlocuteurs.
- ❖ « *Je souhaite que nous parvenions à un accord sur le plan de traitement choisi malgré nos différences de points de vue.* »
+ / + : Allons-y ! Une communication saine et constructive est possible.

La règle est ainsi très simple, si la position communicante n'est pas + / +, alors la communication ne peut être établie correctement et la relation interpersonnelle est à haut risque de conflits ou ne peut tout simplement pas débiter.

C) La boucle gagnante de l'échec au cabinet.



Tout ceci doit être associé à l'optimisme, ce moteur positif qui nous permet de « *persévérer dans la poursuite de ses objectifs en dépit des obstacles et des revers* » (Pierre Agnès, 2012) ^[66]. S'affirmer, avoir une réelle confiance en l'avenir et être capable de mobiliser son énergie pour continuer à avancer vers ses objectifs et trouver les ressources pour « *garder le cap* » face au nombre échecs qui jalonnent l'exercice libéral.

Et comme le dit si bien Denis Waitley ^[67], écrivain et consultant américain « *L'échec est un passage transitoire qui te prépare pour ton prochain succès.* »... en somme te fait gagner de l'expérience.

Mais malheureusement lorsqu'en pratique un échec survient cet abord positif est difficile à mettre en évidence. Ainsi comment apprendre de ses échecs ? Grâce à la boucle gagnante de l'échec développée par Pierre Agnès (2012) ^[66]. Cette technique passe par 6 étapes et permet :

- ❖ d'éviter de rester bloquer et perdu face à une situation déstabilisante (même pour les praticiens les plus expérimentés et renommés) ;
- ❖ de refaire les mêmes erreurs dans le futur...

Voici les différentes phases chronologiques personnelles adaptées au cabinet dentaire lorsque l'on se retrouve face au patient et à un échec

- 1) **L'acceptation** : nous avons beau nous battre et débattre dans tous les sens pour se justifier à un moment ou à un autre il faut se rendre à l'évidence et arrêter de s'accrocher à une illusion. Il faut affirmer l'échec.
« *Oui, cette couronne céramo-céramique que je souhaitais vous fixer n'est ni esthétique, ni correctement adaptée* » (double échec)
- 2) **La tristesse** du moment aide tout simplement à évacuer la douleur de l'instant qui suit l'acceptation et permet de montrer au patient que « oui, nous sommes une personne faillible ». Ce sentiment permet de laisser l'émotion faire son travail, son blocage entrainera de la culpabilité et un « de toute façon je suis nul » très nocif dans la relation de soins qui nous lie à notre patient.
« *Comme vous avez pu le constater, le résultat n'est pas à la hauteur ni de vos espérances, ni des miennes.* »
- 3) **L'analyse** concrète de la situation permet après avoir retrouvé l'accès à la pensée claire de se poser la question simple : que s'est-il passé ? les faits et la chronologie ont une importance cruciale, et il s'agit de remettre les choses à plat, pour comprendre les mécanismes qui ont conduit à cet échec en faisant en parallèle le tri des responsabilités.
Lors de cette étape avant de rechercher les détails il est nécessaire de répondre simplement par oui ou non dans l'ordre chronologique:
« *Est-ce que ma préparation était correcte ? Est ce que mon empreinte était correcte ? Un autre rapport d'occlusion aurait-il été plus judicieux ? Ai-je utilisé un teintier suffisamment précis ? Y-a-t-il eu assez d'essayages ? N'ai-je pas été trop vite ?* »

Mais aussi la possibilité que l'échec soit partagé : « *La coulée du plâtre a-t-elle été réalisée de manière correcte ? Le choix de la céramique a-t-elle été la bonne ? Et son montage est-il adapté aux limites cervicales ?* »

- 4) **La conclusion** vise à tirer les principaux enseignements de ce qui a posé problème, de l'expérience qui vient d'être vécue. C'est en quelque sorte la « morale » de l'histoire.
« *Nous n'avons hélas pas assez donné d'informations au laboratoire de prothèse pour qu'il réalise une couronne digne de ce nom* »

- 5) Ainsi vient tout naturellement, **la décision** qui va permettre de contourner les éléments problématiques et supprimer l'état d'échec. La prise de décision est donc ce « tour de clef de contact » qui permet de lancer l'action résolutive. Le but de cette cinquième étape est de positiver le problème.
« *Cette couronne réalisée ne va pas être utilisée mais elle nous a permis de constater ce qui n'allait pas.* »

- 6) Et bien évidemment, **la phase d'action**. Le nouvel objectif est clair car les problématiques ont été mises en évidence. Ne pas oublier toutefois de lister les étapes de manière chronologique avant de se lancer tête baissée. Le patient doit être invité dans cette dynamique de résolution du problème.
« *Nous allons donc, si vous le voulez bien, reprendre une ou plusieurs empreintes satisfaisantes. Un premier choix de teinte sera réalisé aujourd'hui et sera confirmé de nouveau lors de la prochaine séance.* »

L'odontologie n'est pas une science exacte où $1+1=2$, tout ce que nous souhaitons, n'a pas toujours le résultat escompté. Garder une vision positive personnelle face à l'adversité permet de mieux générer des solutions face aux nombreux problèmes qui peuvent se produire avec un patient, sans parler du fait que cela évite de faire les mêmes erreurs. L'échec est une évidence pour tout professionnel de santé, « *on n'a pas de problème si on ne fait rien* ». Mais avec le temps, l'expérience et la facilité que l'on acquiert à communiquer avec ses patients, il nous est possible de développer une gymnastique d'esprit qui permet de voir « le verre à moitié plein plutôt qu'à moitié vide ».

II-8 Savoir parler d'argent

A) L'argent : grand tabou français...

Parler d'argent en France est tabou, ce tabou culturel peut se voir sous différents aspects. En effet :

- ❖ D'un point de vue familial classique comme le souligne François de Witt (ancien rédacteur en chef de *Mieux vivre son argent*) dans sa chronique sur France Info : seul peu d'enfants sont au courant du patrimoine exact, des salaires et valeurs des différents biens de leurs parents... il s'agit pour beaucoup de capitaux « surprises » lors de l'ouverture des testaments. La France n'a pas cette culture de transparence de l'argent au sein de la famille et donc pas cette « *éducation à parler d'argent librement et sans tabou* ».
- ❖ Si on pousse le raisonnement un peu plus loin, dans son ouvrage Daniel Cohen *Trois leçons sur la société post-industrielle* ^[68] rappelle que parler d'argent en France c'est avant tout se confronter à une culture qui en fait un signe d'avilissement... Car si nous reculons de quelques siècles dans l'Histoire de France, gagner de l'argent est réservé aux travailleurs, aux roturiers. Les nobles, eux, ne travaillent pas. L'argent distingue donc le vil du noble...
- ❖ Encore plus loin dans nos racines religieuses cette fois, selon Saint-Luc c'est bien Jésus qui s'exclame « *Malheur aux riches ! (...) L'homme qui s'enrichit est promis à de lourdes punitions* »... pas évident de parler d'argent quand cultures chrétiennes catholiques et françaises valorisent la richesse de cœur et diabolisent l'accumulation des richesses physiques.
- ❖ Riches et richesse sont cités des centaines de fois par jour dans les chaînes d'informations continues à travers les annonces des différentes réformes fiscales... et leurs inconvénients : exil, fraude, transfert vers paradis fiscaux... rien de bien positif... associé à une crise mondiale globale et anxiogène.

Le regard de Plantu



Le monde 28/04/2012.

L'image de la profession à travers les médias, les disparités des honoraires selon les praticiens et les régions, une nomenclature obsolète, et une notion de tact et mesure difficilement compréhensible par le patient marquent une grande détresse pour certains praticiens lorsqu'il faut émettre des devis ou faire accepter un plan de traitement avec du « Hors Nomenclature ». L'évaluation des honoraires reste encore pour certains une difficulté majeure. S. Leyt (1994) ^[69], les définissait ainsi : « *les honoraires justes sont ceux que le patient règle avec reconnaissance parce qu'il apprécie le fait que la valeur du service rendu est supérieure à la somme demandée et qu'elle ne perturbe pas sa vie. Et justes car le praticien les reçoit avec satisfaction parce que le coût de la réalisation, qui comprend aussi bien ses besoins professionnels, est inférieur aux honoraires, lui permettant d'obtenir une rémunération digne* ».

Excellente définition certes, mais difficile à mettre en pratique dans un système où dans la majorité des spécialités médicales, les soins sont pris à charge en quasi-totalité.

B) Conseils pratiques

Il est nécessaire d'une part de dédramatiser la notion d'argent et, d'autre part de savoir en parler dans de bonnes conditions. Ainsi, il est nécessaire de choisir un environnement adapté à ces situations dans laquelle la relation patient-praticien s'efface pour glisser vers celle de « client-fournisseur ». Même si ces termes peuvent être très polémiques, il est toutefois évident qu'aujourd'hui les cabinets dentaires sont de véritables petites entreprises où une gestion rigoureuse et une organisation vigilante sont primordiales ! Comme le souligne Guylaine Masini dans son article du magazine professionnel Indépendantaire du mois de décembre 2011 ^[70], le cabinet dentaire est en général conçu autour de l'acte thérapeutique. Or un patient assis sur le fauteuil entouré d'instruments et de mobilier spécialisé ne peut pas être pleinement réceptif et à l'aise pour parler de devis qui peuvent souvent atteindre plusieurs milliers euros.

Il semble ainsi évident que pour évoquer la notion d'argent un bureau simple en dehors de la salle de soin semble être la solution idéale pour :

- ❖ Obtenir l'attention du patient, lui faire oublier son corps ou tout du moins ne pas le mettre mal à l'aise. Assis sur le fauteuil de soin et d'autant plus, après un soin, le patient mettra plus d'énergie à gérer son inconfort qu'à écouter les solutions du praticien. Pire, allongé sur le fauteuil (position infantilissante) cette situation de non-communication est absolument à proscrire lors de la présentation d'un devis.
- ❖ Construire une relation d'égal à égal lorsque l'on parle d'argent. Contrairement aux soins où le praticien doit maîtriser la relation thérapeutique.
- ❖ Maintenir une discrétion des conversations. Le secret médical oblige l'isolement, les conversations d'argent ne font pas exception et il est parfois délicat de parler d'argent devant l'assistante dentaire ou toute autre personne accompagnante.
- ❖ Expliquer les différents plans de traitement possibles, le tout détaillé à l'aide de modèles, schémas, photos, vidéos via un ordinateur...
- ❖ Disséquer le devis de manière claire : quel est la part sécurité sociale ? que reste-t-il à charge ? ... Rappeler le travail (et donc le paiement) du laboratoire de prothèse, le coût des matériaux et bien sur si nécessaire évoquer la gestion d'une structure médicale de manière succincte, il est évident qu'il ne faut pas noyer le patient sous des problématiques économiques qui nous sont propres. Il convient d'expliquer si nécessaire le coût sans justifier les tarifs proposés.
- ❖ Imprimer les différents devis, les donner au patient en lui laissant un temps de réflexion avant d'avoir son approbation et la signature du plan de traitement choisi.

Peu de praticiens sont préparés à parler d'argent au cabinet. Mais quand, il est possible d'en parler ouvertement dans de bonnes conditions (confort, égalité et discrétion) le tabou pèse moins et la facilité de conversation permet une optimisation de la communication qui aboutit à un choix de plan de traitement adapté aux problématiques du patient aussi bien médicales que financières.

II-9 Que faire face à un patient mécontent ?



A) Notion de confrontation

Malgré la bonne volonté de faire un travail soigné, à l'écoute des patients et de leurs attentes, il arrive que la coopération disparaisse en cours de traitement. Ce défaut de coopération peut s'illustrer de différentes manières : il va de la simple apparition d'un défaut d'hygiène, d'un manquement répété des rendez-vous, d'un retard dans les honoraires, à la détérioration prématurée des reconstitutions prothétiques. Il est bon de rappeler que la judiciarisation de la santé a entraîné ces 20 dernières années une explosion des plaintes envers les professionnels de santé (étude du GIP Mission de recherche droit et santé de décembre 2011) ^[71], en particulier les chirurgiens dentistes où les coûts à la charge du patient souvent importants sont en plus liés à une question d'esthétique. D'ailleurs aujourd'hui, la responsabilité civile professionnelle obligatoire pour les chirurgiens dentistes est automatiquement associée à une protection juridique.

Lorsqu'il y a un problème avec un patient, nous entrons donc dans un processus de confrontation avec ce dernier, décrite par Carkhuff en 1969 ^[72], ce procédé demande du sang froid, de la prudence, de l'empathie ainsi que du respect envers le patient. Eugène Delacroix précisait que « *L'homme est un animal sociable qui déteste ses semblables.* »... Peut être !? Mais le cabinet dentaire n'est pas un pugilat et avant d'atterrir devant des experts nommés par le tribunal, une reprise de dialogue entre les deux parties permet de solutionner le ou les problèmes.

La confrontation consiste à faire ressortir de façon évidente les aspects contradictoires des comportements de façon non destructrice. Il s'agit ainsi de mettre le patient « au pied du mur » face à ses actes ou à ses manquements tout en préservant une sortie de secours, c'est-à-dire une solution au problème évoqué de manière durable. Il va sans dire que si un patient mécontent entre en confrontation suite à un manquement de notre part, il est évident que la franchise doit être le socle de toute relation praticien-patient. Et quand survient une erreur voire pire une faute de notre part, il convient de l'expliquer au patient afin de « récupérer le tir » sans quoi toute confiance disparaît, entraînant avec elle la relation thérapeutique. Nous ne parlons pas de l'aléa thérapeutique qui survient même lorsque tous les éléments ont été mis en place pour une réalisation optimale du soin.

B) Technique du DESC

Concrètement, que faire lorsque le dialogue est rompu avec un patient ?

Il est parfois très difficile de trouver l'énergie pour discuter avec un patient qui nous a déçu, énervé voire déstabilisé... il est facile de perdre ses moyens. La technique du DESC peut trouver son application dans le cadre d'une confrontation.

Elle est constituée de 4 étapes de formulation qui ont pour but la gestion des situations conflictuelles. Suggéré par Gordon H. et Sharon A. dans leur livre *Asserting yourself* (2004) ^[73] la méthode DESC permet d'exprimer une critique constructive. Il s'agit d'un sigle pour :

- ❖ D : décrire
- ❖ E : exprimer nos émotions
- ❖ S : spécifier des solutions
- ❖ C : conséquences et conclusions

✓ Décrire les faits

La première étape « décrire les faits » consiste à : présenter la situation avec des faits concrets et observables. La description est objective, simple et sans exagération.

Attention toute fois à bien distinguer la différence entre un jugement (subjectif) et un fait (objectif). Pour éviter de juger il est nécessaire de se poser la question « Qu'est ce qui me fait dire ça ? »

<u>JUGEMENT</u>	<u>FAIT</u>
→ QU'EST-CE QUI ME FAIT DIRE CA ? →	
<i>Vous ne respectez ni mon travail, ni vos rendez-vous.</i>	Je constate que les deux derniers rendez-vous n'ont pas été honorés.
<i>Vous ne vous brossez pas les dents quand vous venez me voir.</i>	Je constate que depuis un certain temps votre hygiène dentaire est défectueuse.
<i>Vous refusez de me payer.</i>	Je constate que l'ensemble des honoraires n'ont pas été versés.

A ce stade, le « je constate » est essentiel, il atténue de manière très importante l'attaque et l'accusation. La discussion peut commencer sur des bases saines. Il va sans dire que la gestion du cabinet dentaire doit être optimale, les rendez-vous manqués doivent être notés ainsi que les impayés ou tout autre problème lié à un patient.

✓ **Exprimer ses émotions.**

La deuxième étape est donc d'exprimer ses sentiments, les effets de la situation sur lui-même dans ses aspects thérapeutiques mais également affectifs.

Lors de cette étape il est primordial d'associer le pronom « je », le praticien assume la responsabilité de ses propos et de ses émotions :

❖ *« J'ai de la peine à réaliser un traitement avec autant de contrariétés ».*

L'essentiel dans cette étape est de trouver la juste émotion. Il n'en existe que 4 : la joie, la tristesse, la peur et la colère. Les autres émotions ne sont que des nuances de ces 4 émotions fondamentales. L'émotion émise doit être tournée vers le comportement du patient et non vers lui-même ainsi on privilégiera : *« Je ne supporte plus vos manquements à l'hygiène bucco-dentaire »* à *« je ne vous supporte plus »*. Dernier point lors de cette étape, il vaut mieux privilégier l'émotion originelle qui aura plus d'impact et sera plus constructive pour le patient à l'émotion primaire :

❖ L'émotion primaire c'est l'émotion ressentie par rapport à des faits : *« Je suis en colère quand je vois autant de plaque dentaire au niveau de votre réhabilitation implanto-portée ! »* (colère du praticien sur son patient).

❖ L'émotion originelle, c'est l'émotion qui se cache derrière l'émotion primaire : *« j'ai peur qu'il vous arrive une péri-implantite quand je vois autant de plaque dentaire au niveau de votre réhabilitation implanto-portée »* (peur du praticien pour son patient).

✓ **Spécifier des solutions**

La troisième étape consiste à proposer des solutions : « comment améliorer la situation ? » les solutions doivent être claires réalistes et bien sûr réalisables. Le praticien propose des solutions mais il est important que le patient propose ses solutions qui, si elles viennent de lui, auront plus de chance de s'appliquer par la suite.

Concrètement :

- ❖ Si nous nous retrouvons face à un patient de mauvaise foi : « *oui je nettoie mon appareil amovible 3 fois par jour 3 minutes tous les jours* »... il faudra tout d'abord redéfinir les objectifs du traitement et son importance, afin qu'ils redeviennent compatibles avec un comportement qui aura été adapté.
- ❖ Si le problème est d'ordre esthétique : « *la couronne que vous m'avez faite ne me convient plus, je refuse de vous régler* », il faut bien évidemment mettre en évidence le point précis qui pose problème afin de cibler la solution la plus adaptée. Est-ce un problème de forme, d'occlusion, de teinte... cibler quelle étape prothétique a posé problème. Le refus de paiement peut aussi s'appuyer sur un faux prétexte qui est en général facilement mis en évidence.
- ❖ Plus simplement, pour les patients distraits, on trouvera une solution mnémotechnique à leur défaut d'hygiène ou au manquement de rendez-vous.

✓ **Conséquences et conclusions**

La dernière partie de la méthode porte sur les conséquences positives pour le patient si chacun respecte les engagements pris dans la partie « solutions » : bienfaits esthétiques, fonctionnels, satisfaction personnelle du patient et du praticien etc. Sont aussi évoquées les conséquences en cas de refus de solutionner le problème... mais comme le précise la méthode nous ne pouvons pas arriver à la quatrième partie si des solutions n'ont pas été trouvées.

En somme, la confrontation permet au patient d'avoir l'occasion de réfuter le point de vue du praticien. Ceci peut ainsi dynamiser une situation problématique en offrant une liberté suffisante de réflexion et d'auto prise en charge. Pour bien appliquer la méthode il faut :

- ❖ Agir vite : ne pas attendre que les choses s'enveniment.
- ❖ Trouver le bon moment d'agir : le patient doit être prêt à l'écoute et disponible. Ne pas le voir entre deux patients mais convenir avec lui d'un rendez-vous.
- ❖ Aborder le problème en privé : sans accompagnant du patient, sans assistante dentaire et si possible dans un bureau destiné à la communication en dehors de la salle de soin si le problème ne nécessite pas d'examen supplémentaire.

III- LA PLACE DU VISUEL DANS LA RELATION PATIENT - PRATICIEN

III-1 Les nouveaux outils de communication

A) Le besoin de voir pour comprendre...

i) ***Transport de l'information***

L'utilisation de plus en plus répandue, de la photographie numérique, des logiciels de retouches et de logiciels d'informations est un fait à l'heure d'aujourd'hui. Ces outils informatiques permettent d'optimiser la relation patient-praticien en participant au consentement éclairé du patient. Mais comment de simples photos ou vidéos améliorent la compréhension du patient ?

Tout simplement car ces outils permettent de diminuer la perte d'informations entre ce que veut dire le praticien et ce que le patient comprendra. Prenons la théorie de communication de Roman Jakobson *Closing statements : linguistics and poetics, style in language* (repris dans *Semiotik.4*, 2004) ^[74] qui est née de la constatation de la différence qui peut exister entre le message émis et le message reçu. La comparaison se fait avec celle du transport de l'électricité. Cette dernière, produite est difficilement « stockable », donc elle circule comme l'information. Au fur et à mesure du voyage dans les câbles, elle perd de la puissance et de l'intensité. Pour cette raison, des relais sont installés régulièrement pour limiter la perte au maximum.

Il en est de même pour l'information :

- ❖ Message que l'on veut transmettre : base de référence 100%
- ❖ Le message est ensuite transmis : 80%
- ❖ Il est écouté : 60%
- ❖ Puis compris par le récepteur : 50%
- ❖ Enfin il peut être utilisé : 30%

Ainsi près de 70% de l'information est perdue ! Mais si au lieu d'être seulement écouté le message passe par un sens supplémentaire : la vue, il est :

- ❖ Écouté ET vu : 70%
- ❖ Donc mieux compris : 60%
- ❖ Et peut être mieux utilisé par le patient : 50%

Les outils visuels permettent donc en montrant ce qui est expliqué d'améliorer la compréhension de la situation pour mieux consentir aux actes thérapeutiques. On revient sur la méthode du TELL-SHOW-DO évoquée précédemment pour les soins pédiatriques et les patients anxieux. L'informatique a considérablement bouleversé la prise en charge de l'apport d'informations à nos patients durant les 15 dernières années.

ii) *Utilisation et limites de ces outils*

Ces vecteurs technologiques permettent d'améliorer la compréhension des concepts odontologiques tant du point de vue de la prévention, de la prophylaxie que des thérapeutiques restauratrices et médico-chirurgicales.

Ces concepts réputés à première vue hermétiques et complexes du point de vue du patient sont ainsi décryptés à son intention et participent à l'obligation de moyens qui pèse sur tout praticien qui exerce conformément aux normes légales de bonne pratique. Les outils producteurs d'image peuvent également engendrer des situations paradoxales. Comme le souligne Bengel W. dans son ouvrage de 2001 ^[75] faisant référence à l'usage de la photographie en chirurgie dentaire, peut se créer des résistances, voire des formes caractéristiques de rejet à l'égard de l'information produite.

La visualisation de certains éléments pathologiques (et donc de sa propre fin...) souvent surdimensionnés donne des réactions tout à fait contraire aux buts recherchés.

Il est donc nécessaire en premier lieu de proposer au patient le visionnage sans lui imposer la vision directe du problème sur l'écran :

❖ « ...il serait intéressant de vous montrer l'importance de la lésion carieuse au niveau de la molaire qui vous fait souffrir... »

Certains cas de patients qui se sont évanouis ont été rapportés suite à la vision sur l'écran relié au microscope de l'ensemble de leur flore parodontopathogène (flore endo buccale très mobile) lors de diagnostics de parodontopathies aiguës. Autre point, attention de ne pas en faire trop ! La survisualisation, et donc surconsommation peut entraîner des phénomènes de marginalisation où le patient est dans l'incapacité d'intégrer rationnellement les images présentées et commentées. Ce qui engendre rapidement une désinsertion de la relation de soins.

La sélection du bon vecteur visuel se fera selon les critères cliniques à présenter, le tempérament du patient ainsi que ses attentes exprimées ou non dites. Ce choix sera guidé par le souci de confort moral du patient et permettra le don d'une information techniquement assistée et légitimement approfondie.

B) La photographie numérique

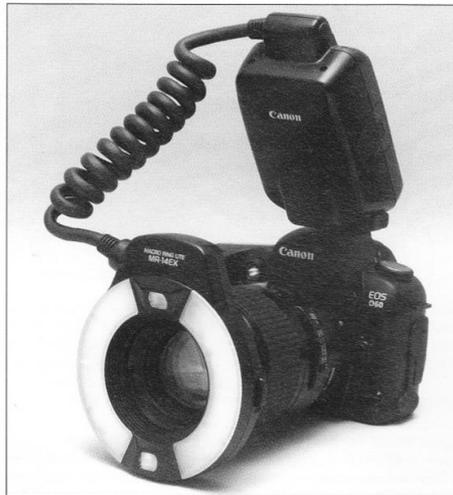
i) *Matériel et utilisation*

L'intérêt de la photographie dans la communication en odontologie n'est plus à démontrer mais encore faut-il avoir le matériel adapté et savoir l'utiliser.

Petit rappel d'optique : une image numérique est composée de pixel ou plutôt « photosite » en français. Il s'agit de l'élément de base du capteur qui donnera une information sur la luminance (du blanc au noir) et la chrominance (la couleur). Au niveau de chaque photosite sont enregistrées les différentes valeurs de rouge, vert et bleu (couleurs primaires de la lumière blanche) permettant de créer une image projetée sur un écran.

Concrètement, un bon système de prise de photo doit, pour être utilisé en odontologie, comporter les critères suivants :

- ❖ Une puissance du capteur suffisante, supérieure à 5 méga pixels. A l'heure actuelle quasiment tous les appareils photos ont cette puissance nécessaire. Elle garantit une bonne qualité de l'image et une rapidité de prise de vue.
- ❖ La présence d'une option macro associée à un zoom adapté.
- ❖ Un système de flash adapté selon la situation :
 - ✓ Un flash annulaire sera parfait pour les photographies techniques (implantologie, parodontologie, orthodontie...) mais désastreux pour les images à caractère esthétique, sa lumière dans l'axe de la prise de vue donne des images plates et sans ombre. *Exemple : Canon EOS D-60®.*



- ✓ L'utilisation d'un diffuseur avec miroirs de renvoi permet d'utiliser le flash incorporé dans l'appareil. Il diffuse la lumière émise par le flash et par un jeu de miroirs ou de prismes divise l'éclair en deux faisceaux de manière à éclairer les deux côtés de l'arcade dentaire. *Exemple : première version de flash de ce type crée par Canon®.*



- ❖ Un système rapide de transfert appareil-écran, via un câble ou un système sans fil type Wi-Fi® ou Bluetooth®.

Il est indispensable d'utiliser des écarteurs adaptés, des miroirs intra-buccaux, en demandant au patient de respirer par le nez (pour éviter la présence de buée). Penser aussi à sécher dents et gencives avant tout cliché.

Dernier point et non des moindres, il ne faut jamais utiliser le scialytique qui présente un spectre non complet par rapport à la lumière naturelle pour éclairer le sujet. Ce qui provoque un gros risque de dominante jaune au niveau des clichés ainsi que des ombres très marquées dues à l'orientation de la lumière. Préférer le plafonnier type « lumière du jour » ou si possible la lumière du jour elle-même, ainsi que la lumière du flash de l'appareil.

ii) *Intérêts dans la prise en charge globale*

Nous avons vu que la coopération est un facteur essentiel dans la réussite du plan de traitement global, en ce sens l'utilisation de la photographie permet d'une part de motiver le patient et d'autre part l'intégrer positivement dans la chronologie des différents soins.

Ainsi le praticien peut utiliser de différentes façons la photographie :

- ❖ Montrer et illustrer des cas similaires au sien (photographies d'autres patients), afin que le patient puisse se projeter et visualiser les résultats envisageables.



Exemple pour les cas d'utilisation possibles des facettes céramique.

- ❖ Détailler en images les différentes étapes du plan de traitement afin d'augmenter la compréhension de chacune d'entre elles en détaillant leur importance.
- ❖ Fixer en image un problème esthétique précis (un des motifs de consultation les plus fréquents) permet de mettre en évidence ce qui gêne le plus le patient : est ce un problème de forme ? de teinte ? S'agit-il d'un groupe de dents ou d'une seule et unique ? Une bonne approche des souhaits du patient permettra l'obtention d'un « avant-après » au plus proche des attentes du motif de consultation.
- ❖ Permettre au patient de se voir tel qu'il est pour obtenir un constat personnel en insistant sur les problèmes non évoqués par ce dernier (édentement postérieur donc non problématique pour le patient car non visible). Le but étant de donner des explications claires, sans fausse interprétation.
- ❖ Donner une preuve médico-légale lorsque cela est nécessaire : fracture d'une incisive centrale lors d'une rixe ou plus simplement chute à vélo par exemple.

Il y a certes les photos du patient mais un imagier est très fortement conseillé afin de mettre en lumière des concepts difficilement compréhensibles par le patient. Il est ainsi facile de réaliser des fiches d'informations iconographiées présentant ce qu'est un inlay-onlay, une couronne céramiques etc. Ce document facilement réalisable est indispensable lorsque l'intégrité du sourire est mise en jeu. Ainsi le patient se crée une image mentale plus ou moins précise de son futur sourire avec une grande difficulté de matérialiser cette image. L'imagier va permettre de guider le patient entre ce qu'il souhaite, ce qu'il refuse et ce qu'il est possible de faire.

Chaque patient est unique, il se présente à nous avec sa propre culture, son passé et des critères liés à son image. La perception de l'harmonie et l'esthétique orale est propre à chaque personne, il faut donc guider et orienter le patient grâce à des documents concrets. Ainsi une banque d'images clarifie beaucoup de situations et permet une communication d'égal à égal.

C) La caméra intra-orale

i) *Utilisation et intérêt ciblé*

Technologiquement très proche de la photographie numérique, la caméra intra-orale ajoute un dynamisme à l'information qui est du coup plus éphémère qu'un document fixe comme l'est une photo. Simplement, la caméra intra-orale aujourd'hui intégrant une lumière de type LED permettent via un capteur vidéo numérique une conversion d'un flux lumineux incident en un signal électrique traduisant les intensités lumineuses rouges, vertes et bleues reçues. Le tout codé informatiquement permet une lecture sur l'écran de présentation du fauteuil de soins. Une définition de 1 méga pixels minimum est requise pour avoir une qualité d'image satisfaisante.



Son utilisation est primordiale dans :

- ❖ l'hygiène bucco-dentaire : montrer et prouver au patient la trop grande quantité de plaque dentaire. Ces images observées dans le cadre du cabinet et en présence du praticien prennent une dimension différente. La caméra intra-orale permet à un instant T de montrer la réalité de manière dynamique au patient pour le faire réagir et ainsi s'assurer de la motivation et de la maintenance à l'hygiène bucco-dentaire.
- ❖ la mise en évidence des lésions carieuses par le praticien / pour le patient, le diagnostic à l'aide du grossissement et / ou de la fluorescence (dernière génération de caméra où le collagène apparaît en vert et la dentine cariée en rouge) donnera des preuves appuyées par les images au praticien pour amener la patient à des soins évolués et valorisants.

Nous constatons donc que la caméra intra-orale participe pleinement à la communication patient-praticien, mais attention à la sur-visualisation qui comme nous l'avons vu précédemment peut « braquer » le patient. Il est toujours nécessaire d'obtenir une approbation (même minime) du patient avant de lui projeter un film en direct de sa cavité buccale.

ii) *Effet quantifié*

Nous pouvons citer une étude réalisée par Willershausen B. et Scholler E. *The intra-oral camera, dental health communication and oral hygiene* (1999) ^[76] qui met en évidence l'importance de l'utilité d'avoir un écran relié à une caméra au niveau du fauteuil de soins.

Ainsi dans cette étude qui porte sur l'amélioration de la santé bucco-dentaire, 100 patients présentant une accumulation de plaque importante non éliminée sont sélectionnés. Les deux groupes de 50 patients ainsi créés étant similaires sur le plan de la répartition par âge et par sexe, de la fréquence des caries, de l'accumulation de la plaque et du saignement gingival.

Les améliorations éventuelles en hygiène et en pratique bucco-dentaires ont été mesurées grâce aux niveaux de plaques et de saignement gingival au début de l'expérience et quatre semaines plus tard.

Le groupe ayant reçu l'information avec caméra intra-orale présente une réduction de l'accumulation supérieure au groupe sans. De plus, pour 88% des patients, les informations supplémentaires qu'offrent la caméra sont dites « utiles et souhaitables ». Avec ce type de technologie on exploite plus le côté émotif du patient « pris sur le fait » comme vecteur de communication. Il faudra donc faire attention de ne pas passer pour l'annonceur de mauvaises nouvelles. Ainsi, lorsque la caméra intra-orale a été utilisée il conviendra de l'utiliser lors des rendez-vous suivants afin de montrer l'évolution positive des soins et la prise en charge personnelle du patient. Le patient, mieux sensibilisé à l'importance de l'hygiène bucco dentaire, s'imposera à lui-même une certaine fréquence de visites au cabinet (fidélisation).

D) Utilisation des logiciels de communication et sites internet

Logiciels de communication en odonto-stomatologie, ou comment l'informatique vient au secours de l'information des patients. Le constat de base simple est qu'il est nécessaire d'avoir un outil qui permet de vulgariser l'ensemble des termes et notions utilisés quotidiennement dans un cabinet. Le patient a besoin d'avoir une information globale et simplifiée, de plus, comme nous venons de le voir avec la photographie ou la caméra intra-orale « une image vaut mieux qu'un long discours » ... en particulier pour certains praticiens « usés » par la répétition des nombreuses explications nécessaires au consentement du patient.



Qu'il s'agisse de Quickdental Office pro®, de DentalMaster®, de Dentalvista®... ou du site internet personnel du praticien, ces outils informatiques ont tous les mêmes objectifs via des animations, des textes ou des vidéos de présentation :

- ❖ Apporter un support visuel simple pour expliquer des notions souvent délicates : une animation présentant les différentes séquences de la pose d'un implant est évidemment plus claire qu'un long discours sans support.
- ❖ Vulgariser le langage scientifique pour ne pas isoler le patient, très souvent perdu dans le jargon médical.
- ❖ Gagner un temps précieux au praticien en optimisant au maximum les premières phases d'informations données au patient. Puis le praticien apporte ses propres commentaires personnels en se mettant au niveau du patient.
- ❖ Répertorier les principaux actes et traitements dans différentes catégories : prophylaxie, endodontie, implantologie, esthétique... afin de créer une navigation intuitive au sein d'un logiciel complet et simple d'utilisation.
- ❖ Ajouter des photos et vidéos personnelles au sein du logiciel afin de le personnaliser.

Ce type d'outil n'est pas seulement destiné à la seule communication en salle de soins, mais nous concevons très facilement son intérêt en salle d'attente où en plus de présenter l'équipe thérapeutique du cabinet, le patient peut se former une culture individuelle aux soins d'odontologiques...

De retour chez lui, le patient peut aussi revoir et approfondir les informations apportées par le praticien via son site internet personnel ou un site de référence conseillé.

Qui dit culture, dit curiosité donc questionnement spontané via son praticien. L'information n'est donc pas seulement véhiculée par le chirurgien dentiste mais peut être une demande du patient enclenchée par le visionnage d'une animation qui l'a interpellé. Certains praticiens proposeront dans leur salle d'attente une borne interactive voire une ou plusieurs tablettes numériques, très à la mode en ce moment, permettant au patient de choisir activement l'information qu'il désire (contrairement aux informations qui peuvent défiler en boucle sur un écran unique)... C'est ainsi, l'opportunité de donner une vision moderne et novatrice du cabinet.

Ce type de logiciel apparait donc comme un véritable partenaire... virtuel qui épaulé le praticien dans l'information qu'il peut fournir à ses patients, et active chez le patient une volonté de comprendre... et donc de consentir. Mais attention, à la trop grande vulgarisation ou aux propos mensongers qui inondent le web. Le patient doit être accompagné et conseillé.

III-2 Attitudes du praticien chirurgien dentiste

A) Le communicant

Les soins, actes thérapeutiques ou toutes autres discussions (motivation à l'hygiène, présentation de devis) au cabinet dentaire s'actent entre au minimum deux individus : le patient et le praticien chirurgien dentiste. Ces deux humains entrent dans une relation singulière de confiance pour mener à bien un plan de traitement plus ou moins complexe. Il serait bon maintenant de s'intéresser au premier impact visuel ou plutôt à la première impression que l'on peut offrir au patient afin d'amorcer dans les meilleures conditions une relation de soin idéale.

Question simple : comment réagiriez-vous, si votre nouveau dentiste fort sympathique et compétent certes, présente une denture jaunie par le tabac, un barbe non entretenue par négligence et se déplaçant en blouse tâchée ? Est-ce l'image que l'on se fait de la santé ? Souhaiteriez-vous être soigné par un praticien négligent vis-à-vis de lui-même ?

La communication est en partie une question d'image, en particulier d'image du communicant qui doit être en adéquation avec le rôle qu'il souhaite jouer. La vraie question de base est celle du pouvoir des apparences et/ou du beau dans nos sociétés occidentalisées.

« Dans nos sociétés occidentales, il y a un impératif d'apparence idéale, de jeunesse et de séduction, encouragé par les médias et la publicité. L'extension de ce « souci de soi », qui prend parfois des proportions inquiétantes, date de la fin des années 70. Avec la crise du sens des valeurs et du lien social, l'apparence est devenue la seule manière d'exister ». Ce discours assez brutal écrit par l'anthropologue David le Breton ^[77] illustre bien l'importance de l'image dans la relation à l'autre à l'heure d'aujourd'hui.

Ainsi Rémy J, Lebourcq S et Cousin M. s'interrogent dans un article de L'Express publié en 2002 ^[78] sur le fait que *l'apparence physique est un facteur de discrimination* en d'autres termes quel est le « vrai pouvoir de la beauté dans la relation aux autres ? ». Les auteurs évoquent les faits simples qu'une personne belle qui prend soin de soi et qui montre une recherche dans la vision qu'elle peut présenter à son interlocuteur aura plus de faveur et attirera directement une confiance plus rapide avec son interlocuteur. Penser le contraire serait une erreur, selon la fédération des industries françaises de la cosmétique et de la parfumerie, « la dépense par habitant en produits de beauté en France serait la plus élevée au monde avec un budget annuel de 162 euros ». Autant dire que quelques règles s'imposent pour valoriser une bonne image de soi pour ses patients.

Quelques points apparaissent essentiels dans l'approche que l'on peut offrir aux patients :

- ❖ Les parties visibles du corps doivent refléter l'ouverture vers l'autre et l'estime de soi : cheveux, peau, avant bras, mains doivent être propres et refléter l'hygiène personnelle et celle du cabinet.
- ❖ La tenue vestimentaire médicale doit être complète et personnelle.
- ❖ Une certaine neutralité est de rigueur, ainsi tous bijoux volumineux ou lunettes extravagantes sont à proscrire. Le patient doit pouvoir en partie s'identifier à son praticien.
- ❖ Et le plus important : souriez !!! Non, « les cordonniers ne doivent pas être les plus mal chaussés ». Votre sourire illustre certes votre bonne hygiène bucco-dentaire mais est aussi votre meilleure carte professionnelle face au patient désireux d'améliorer le sien.

B) Pourquoi et comment miser sur le capital sympathie ?



Nous avons tous remarqué qu'autour de nous, il existe des cabinets dentaires dont les praticiens à la rigueur et à la technique irréprochable ne rencontrent pas le succès auquel ils pourraient prétendre. Dans le même temps, des praticiens loin d'être des « as de la turbine » voient leurs résultats et la côte de popularité de leur cabinet augmenter d'année en année.

Comme l'évoque Isabelle Filliozat dans son ouvrage *Les autres et moi* (2009) ^[79], il est facile de constater que dans tous les domaines, les individus qui obtiennent un réel succès basé sur leurs talents ou qualités techniques sont rares. Ce qui fait donc la différence entre des résultats ordinaires et des résultats qui frôlent l'exceptionnel est bel et bien le praticien et son équipe via leurs attitudes, leurs comportements et tout ce qu'ils mettent en œuvre pour centrer le patient dans une relation thérapeutique optimisée.

Le capital sympathie n'ôte aucune crédibilité au praticien qui en fait preuve et représente « *l'émotion positive qu'une personne (le praticien chirurgien-dentiste) génère autant chez ses patients actuels, que chez ses patients potentiels et chez tous les gens qui peuvent influencer d'autres personnes* » *Comment parler à tout le monde* (2011) Leil Lowdes ^[80].

Il s'agit donc d'une émotion globale qui peut même être mesurable. L'étude analytique du cabinet de relations publiques EDELMAN ^[81] qui précise que :

- ❖ Une information négative entendue seulement une ou deux fois sera crue par 57% des personnes si l'organisation sur laquelle elle porte est peu sympathique.
- ❖ Alors que 25% seulement des personnes croiront l'information négative si l'organisation a accumulé un capital sympathie auprès d'eux.

En somme, et comme le souligne l'article de Romy Baduel dans l'Indépendant de septembre 2012 ^[82], le capital sympathie est donc une valeur sûre et permet de cultiver une bonne réputation auprès de ses patients.

Quelques points essentiels pour mettre en évidence ce capital au cabinet :

- ❖ Sourire sincèrement à nos patients, non pas comme précédemment (V-1) pour attester que « je peux prendre soin de vos dents car je suis capable de prendre soin des miennes », mais pour inviter le patient qui nous fait face au dialogue.
Comme l'évoque le Pr Mehrabian dans sa théorie « 7 – 38 – 55 », ce qui provoquerait un sentiment de sympathie vis-à-vis d'une personne se trouve tout d'abord :
 - ✓ dans 55% de l'échange communicant dans l'expression corporelle, et l'attitude du visage : il convient de sourire sincèrement, d'avoir un contact visuel et des gestes ouverts.
 - ✓ 38% correspond aux notes vocales, notre voix doit être posée et sûre (intonation et son de la voix).
 - ✓ 7% et bon dernier concerne le fond du propos tenu (le sens des mots)...
- ❖ Se souvenir de leur nom et les encourager à parler d'eux-mêmes, montre au patient qu'il n'est pas un individu lambda dans le planning de la journée.
- ❖ Faire ressentir au patient son importance. Par exemple : nous ne laisserons pas attendre un patient sans s'excuser, ni quitter la salle de soins sans explication etc...
- ❖ Enfin, cultiver l'inattendu c'est-à-dire faire une action à laquelle le patient ne s'attend pas et qui le surprendra positivement : téléphoner pour s'assurer de suites opératoires non douloureuses, pour vérifier de l'efficacité d'un médicament prescrit ou pour valider les réajustements réalisés au niveau d'une prothèse.

La sympathie est un élément puissant de la relation patient-praticien, car elle induit la confiance, celle-ci motive l'acceptation du traitement qui crée la relation thérapeutique. De plus, s'il doit y avoir la survenue d'un problème lors de la réalisation des soins et actes thérapeutiques, ce capital sympathie permet d'avoir une gestion plus simple et moins conflictuelle de la situation.

Il s'agit donc bel et bien d'un facilitateur, d'un catalyseur de la relation thérapeutique associée à une approche positive garante d'une fidélisation du patient.

III-3 Impact architectural au cabinet dentaire

A) Architecture et ergonomie

Une communication comme nous avons pu l'évoquer tout au long de ce travail nécessite un confort, un bien-être, une sécurité pour établir un lien de confiance qui rapproche patient et praticien. Notre cabinet doit aussi répondre à cette problématique. Il y a d'une part la propreté des lieux, des instruments et les installations récentes et performantes garantissant d'un sérieux proche des connaissances récentes en odontologie. Et d'autre part l'ambiance que l'on veut donner, les sentiments et nos goûts personnels pour faire de notre lieu de travail, un endroit unique où l'appréhension du patient est diminuée et propice à une communication optimisée.

Comme nous le précise André Lanet dans son *Guide d'installation des cabinets dentaire* (Publication de l'ADF 2007) ^[83] : le cabinet dentaire a aujourd'hui deux impératifs :

- ❖ Le respect des réglementations émises par les instances responsables (accès pour personnes handicapés, normes vis-à-vis des appareils radiologiques, zone de stérilisation séparée des zones de soins etc...)
- ❖ Une organisation spatiale centrée tant sur les personnes qui y travaillent quotidiennement que sur les patients qui s'y rendent.

Ainsi, s'il est réalisé de façon fonctionnelle, esthétique et confortable, le cabinet dentaire engendre « *un exercice productif et devient, en terme de communication pour le patient, la carte de visite du praticien* ».

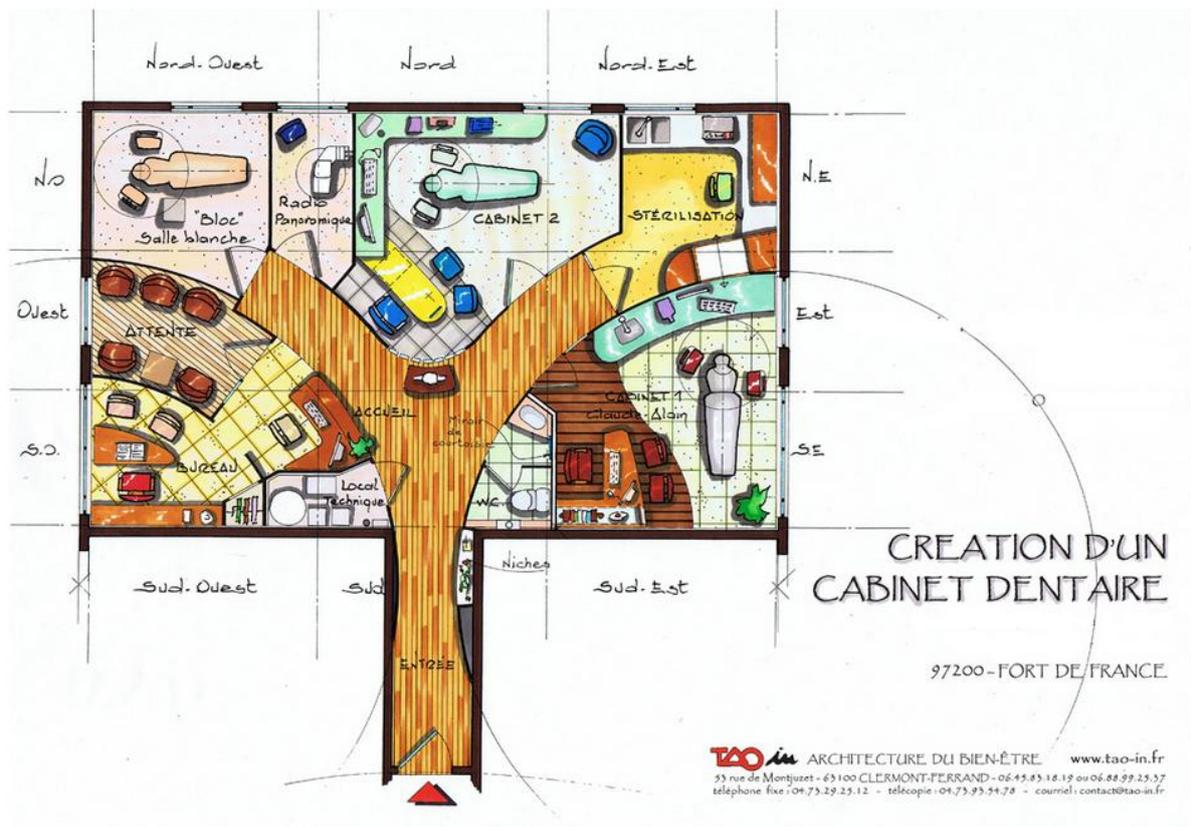
L'organisation spatiale a un double but :

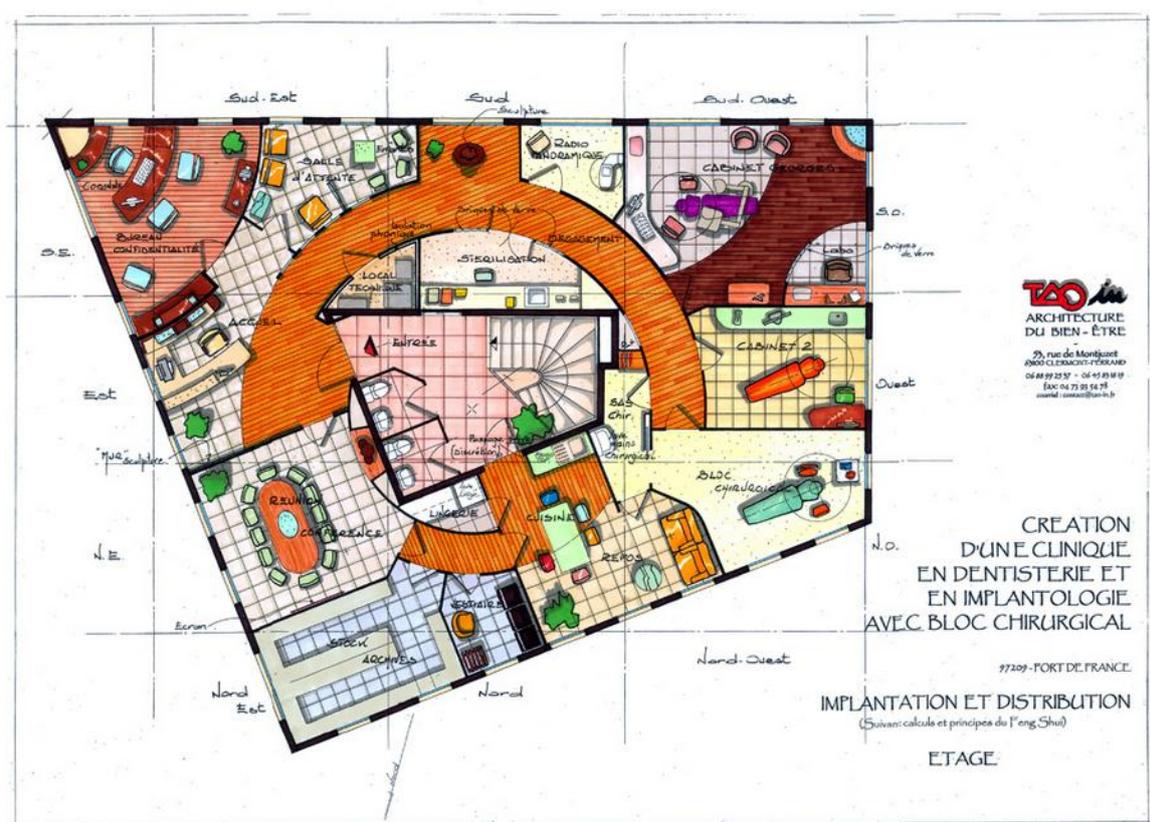
- ❖ Offrir une ergonomie de mouvements permettant au personnel de se déplacer sans obstacles dans les zones cliniques (salle de soins et salle radio) et para-cliniques (stérilisation, bureau confidentiel...).
- ❖ Et simultanément, permettre aux patients de se repérer et se déplacer facilement entre les zones administratives (accueil, salle d'attente, salle d'informations ...) et les zones cliniques.

En communication, comme en architecture, la symbolique est primordiale. Dans une structure potentiellement stressante comme peut l'être un cabinet dentaire, il est important de supprimer les agressions visuelles. Cela peut se faire en évitant les pointes et angles entre les différentes pièces pour préférer les formes arrondies et demi-cercles, plus légers visuellement.

Comme l'explique *Les symboles universels* de Jean Prieur (1989)^[84] : le choix d'une forme ronde ou d'une ligne arrondie admet une volonté de douceur ou d'atténuation d'un facteur agressif. Ainsi : « *des formes courbes ouvertes émettent un message de convivialité renforcé par l'ouverture à la communication et aux échanges.* » Seront donc choisies des formes arrondies pour séparer les pièces et permettre un déplacement facilité, en laissant suffisamment d'espace pour les patients et l'équipe soignante.

Prenons des exemples concrets : ci-dessous sont présentées des réalisations du cabinet d'architecture de Clermont-Ferrand TAO in^[85]. Elles utilisent ces notions d'espace et de lignes directrices arrondies pour le bien-être global de la structure.





Le jugement esthétique en architecture repose en outre sur l'analyse de propriétés qui selon De Botton A. (2007) ^[86] découle du fait anthropomorphisme que l'Homme présente une aisance particulière à lier le monde psychique au monde visuel et sensoriel. Les trois fondamentaux en architecture sont donc :

- ❖ L'équilibre : le résultat est visuellement plaisant quand il existe une association d'oppositions (ancien – nouveau, naturel – artificiel). La notion d'équilibre est au cœur de l'idée de santé mentale, de bien-être et de bonheur.
- ❖ L'élégance : pour être élégante, la production architecturale doit paraître simple. Mais il est impératif que cette simplicité suggérée semble avoir été difficilement obtenue (laissant présumer la patience du créateur).
- ❖ La cohérence : ainsi, ce qui sublime ou enlaidit une production n'est que le résultat d'une cohérence entre les éléments qui composent son ensemble, le tout lié aux représentations socioculturelles du sujet.

B) Choix de l'intérieur : approche du Feng Shui.

風水

L'intérieur du cabinet dans lequel nous travaillons, illustre comme nous l'avons vu notre personnalité et a pour but premier de mettre à l'aise le patient qui sera prêt pour l'invitation à communiquer. Le Feng Shui « vent et eau » est un art, né en Chine il y a quatre millénaires. Il s'est très largement développé en Extrême-Orient et suscite beaucoup d'intérêts aujourd'hui dans le monde entier (Simon Brown, 2007)^[87].

Son principe de base, à savoir « *l'endroit où je vis influence mon bien-être* ». Pour faire simple, le Feng Shui étudie et canalise les flux d'énergies naturelles : orientation du soleil durant la journée, types de matériaux, importance des végétaux... cet art de vivre vise à créer un cadre de vie propice à notre équilibre.

Quelques petits conseils concrets :

- ❖ L'entrée du cabinet, premier contact avec le patient doit se faire dans un lieu spacieux et bien dégagé. Agrémenté de fleurs en pots, il sera le premier contact visuel avec le patient.
- ❖ La salle d'attente et le bureau dédié à la communication avec le patient doivent être aménagés de façon chaleureuse et agréable. On choisira ainsi des fauteuils et canapés confortables orientés face à face et ne feront pas dos à une porte, les trajets devant être les plus fluides possibles. Des plantes grimpantes seront disposées au niveau des angles les plus aigus de la pièce, et les murs ne seront pas nus mais il est bon de disposer des tableaux gais véhiculant l'optimisme.
- ❖ Au niveau de la salle de soins, le patient assis ou allongé doit pourvoir avoir un accès direct à la lumière naturelle, les grandes ouvertures lumineuses sont indispensables et rien n'est pire que les cabinets où l'éclairage est quasi exclusivement artificiel. On privilégiera lorsque cela est possible le fauteuil dans un angle de la pièce en l'orientant de tel sorte que le patient puisse là encore voir la porte de la pièce, flux d'énergie de mouvement direct.
- ❖ Une musique d'ambiance sans parole et relaxante peut être un plus dans la salle de soins. Son volume bas ne doit en aucun cas gêner le dialogue avec le patient.

- ❖ Enfin, un environnement sain dans lequel on se sent bien, signifie de rompre avec l'anonymat. On disposera des objets personnels rapportés de voyages par exemple en évitant les photos familiales qui imposent visuellement au patient notre vie privé.

La symbolique des couleurs est importante, il convient de choisir des couleurs de fond pastel pour les murs du cabinet avec des touches de couleur vives.

- ❖ Ainsi une salle de soins au mur bleu ciel suggère dans la conception Feng Shui le calme, rafraichit l'atmosphère en mimant une habitation sans mur, et appelle autorité, patience et sérieux.
- ❖ Un vert pastel dans la salle d'attente via son rappel à la nature favorisera l'harmonie, le calme et la sérénité.
- ❖ La couleur lavande favorise les rapports sociaux et les relations et pourra être utilisée pour les murs des zones d'accueil et bureaux.
- ❖ Ne pas oublier des touches de couleur vives pour dynamiser l'environnement d'une pièce. Ainsi, un tableau dans les tons orange, couleur fétiche dans la philosophie Feng Shui ou ocre en salle de soins, permettra d'interpeller l'individu en stimulant sa créativité et encourager la communication.

Des attentions particulières, à ce que l'on peut considérer comme de simples détails peuvent grandement changer l'impact visuel primaire du patient sur notre cabinet et donc indirectement sur l'équipe soignante.

Un premier contact réussi sera une première barrière franchie dans le processus délicat de la mise en place d'une relation de confiance entre le patient et son praticien chirurgien dentiste.

CONCLUSION

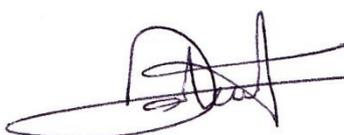
"La chose la plus importante en communication, c'est d'entendre ce qui n'est pas dit."
Peter Drucker^[88]

Ce colloque singulier liant patient et praticien est basé sur un échange d'informations durant lequel sont appliquées de façon consciente ou inconsciente, toutes les règles de base de la communication. Ce flux inter personnel comprend plusieurs supports possibles, et méconnaître cet aspect relationnel de notre profession peut être une source importante de conflits. Comme nous l'avons vu au travers de notre travail, la communication doit donc être réfléchie, organisée et adaptée au patient qui nous fait face. Il ne s'agit pas d'une compétence innée, ni d'une improvisation théâtrale.

Dans une première partie, nous avons pu montrer que la notion de communication est issue d'une fusion des domaines des mathématiques et de la linguistique, elle revêt différentes formes et ses altérations peuvent être diverses et nombreuses. Nous avons ensuite vu pourquoi il est essentiel pour des raisons éthiques, administratives, judiciaires de savoir communiquer et soigner une partie très particulière du corps humain : la cavité buccale. Nous avons aussi détaillé avec des exemples concrets les différents types de patients pouvant poser problème dans la relation communicante au cabinet dentaire. Ce premier bloc, nous a permis de rentrer dans le cœur de notre travail. Ainsi, l'encouragement à parler, l'écoute active, l'empathie, l'analyse des feed-back associés à un vocabulaire et un environnement adaptés permettent de savoir annoncer une mauvaise nouvelle, gérer un échec ou encore faire face à un patient mécontent. Le tabou de l'argent omniprésent en France n'est pas une fatalité, avec quelques notions simples de confort, d'égalité et de discrétion, ce lourd poids a tendance à s'alléger et ainsi, moins parasiter un dialogue de non-dits. La volonté d'être vrai dans la relation à l'autre et l'apprentissage d'une pédagogie efficace sont deux notions personnelles qui guident cet équilibre si particulier soignant-soigné. Enfin, l'ultime partie de notre travail, plus original et informel, nous fait réfléchir sur l'importance de l'utilisation des nouvelles technologies dans l'optimisation du transfert d'informations via différents supports (photos, logiciels, sites internet...) et de l'image que l'on peut renvoyer aux autres, à travers notre aspect physique ou des éléments positifs que l'on peut véhiculer. L'architecture et l'importance de l'environnement interne du lieu de travail via les notions de Feng Shui permettent de compléter ce tableau sur le rôle majeur que joue la communication dans la bonne marche de nos thérapeutiques.

Soyez-vous-même ! Donnez envie ! Décodez ! Evitez les pièges ! Soyez généreux !

La communication n'est pas quelque chose de gelé, figé. Il s'agit bel et bien d'un processus de construction constamment en évolution s'adaptant aux différents patients et aux différents cas. L'information doit être donnée de manière claire et intelligible. Il n'existe donc pas de schéma préétabli pour être ou devenir un communicant né, mais un ensemble de principes et techniques qui étudiées et appliquées établissent un climat global de confiance. Cette confiance, ciment de construction d'une relation thérapeutique vraie dont nous sommes l'architecte... Qu'attendons-nous donc pour poser la première pierre ?

 Vu le directeur de thèse
 D' DESTRUHAUT
 (AHU) -

Bibliographie

1. FRITZ LANG
Metropolis, 1927.
2. SHANNON C.; WEANER W.
The mathematical theory of communication.
Urbana: University of Illinois Press, 1952. 314p.
3. ROMAN JAKOBSON
Essais de linguistique générale, 1963.
4. WATZLAWICK P.
Une logique de la communication, Norton, 1967.
5. Dictionnaire LAROUSSE
Définition de « Informer », 2010.
6. AMADO LEVY VALENSI E.
La communication. Paris : PUF, 1967.
7. NOSSINTCHOUK R.
Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire.
Editions CdP, Paris, 1998, 120-132p.
8. MARTIN J.C.
Dialoguer pour soigner. Les pratiques et le droit. Médecine et Hygiène, 2001.
9. BALINT M.
Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 1988.
10. ADLER R.B.
Communications et interactions. Vigot, 1991.
11. HALL E.
La dimension cachée. Points Seuil, 1978.
12. IANDOLO C.
Guide pratique de la communication avec le patient : techniques, art et erreurs de la communication. Editions Masson, 2001.
13. BOILEAU N.
L'art poétique. 1674.

14. EUR-LEX.EUROPA.EU
31984L0450 Directive 84/450/CEE.
15. FRANCO D.
Hegel aujourd'hui. VRIN, 1995, 219p.
16. KEMP P.
Sagesse pratique de Paul Ricoeur. Sandre, 2010, 86p.
17. NOSSINTCHOUK R.
Communiquer en odonto-stomatologie : obligations et stratégies.
Editions CdP, 2003, 88-95, 145p.
18. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES – CONSEIL NATIONAL
Code de déontologie des chirurgiens-dentistes. Articles extraits du Code de la santé publique. Avril 2009. 3, 5, 14p.
19. EMMANUELLI S.
Nécessité de lieux fixes de soins dentaires réservés au seul public des plus démunis.
INSERM, 1997.
20. BEAUCHAMP T. – CHILDRESS J.
Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, Inc. 2001.
21. CHAUVIRE C.
Lire le Tractatus Logico-Philosophicus de Wittgenstein. Vrin, 2009, 89p.
22. CLEMENT E. et col.
La philosophie de A à Z. Hatier, avril 2000, 151p.
23. PIRNAY P.
Doit-on révéler un problème esthétique ?
L'information dentaire, novembre 2010, 68p.
24. LEGIFRANCE.GOUV.FR
Code civil. Version consolidée au 2 juin 2012. Consulté le 06/09/2012.
25. BERY A.
Le contrat de soins. Première édition SID, 1997, 22-45p.
26. ORDRE-CHIRURGIENS-DENTISTES.FR
Sécurisez votre exercice. Consulté le 29/09/2012.

27. GUNZBERGER A.
Les relations entre l'équipe soignante et les patients dans la première consultation et le traitement initial en parodontologie. Thèse d'exercice : odontologie : Lyon, 2008.
28. LEGIFRANCE.GOUV.FR
Code de la santé publique. Version en vigueur du 25/10/2012. Consulté le 27/10/2012.
29. AIR LIQUIDE SANTE-IFOP
Plus jamais peur du dentiste, résultats études IFOP.
Communiqué de presse 10 mai 2012.
30. RUEL-KELLERMANN M.
Qu'est ce qui fait le plus mal ? La dent ou le dentiste ?
J Odonto-Stomatol Ped 1992, 7-14p.
31. FAURE JL.
Vocabulaire de psychopédagogie et psychiatrie de l'enfant. R. Lafon, PUF, 1973.
32. PURVES et al.
Neurosciences. Troisième édition, édition De Boeck, 2004.
33. ROUSSILLON R.
Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale.
Editions MASSON, 2007.
34. FEDIDA JL.
Vocabulaire de la psychanalyse.
Information dentaire, numéro spécial psychologie, 1982, 43p.
35. ALCOUFFE F.
Caractère particulier de la relation praticien- patient en parodontie.
Information Dentaire, 1989, 11p.
36. KLEIN M.
Les situations d'angoisse de l'enfant et leur reflet dans une œuvre d'art et dans l'élan créateur. Essais de psychanalyse, Payot, 1968, 254-262p.
37. BOURDIN D.
La psychanalyse de Freud à aujourd'hui : histoire, concepts, pratiques.
Editions Breal, 2007, 37p.
38. HALMOS C.
Grandir. Fayard, 2009.

39. THERY-UGLY MC.
Relation praticien-patient.
Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, 1998, 18p.
40. AAPD AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY
Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient.
University of Chicago (IL), 2006.
41. GUICHARD R. et RUEL-KELLERMANN M.
Relations de l'omnipraticien avec les personnes âgées au cabinet dentaire.
Chirurgien Dentiste de France, 2001, 33-35p.
42. PIETRO BASILE G.
Transcendance et finitude. Editions de L'Harmattan, 2005, 177p.
43. STIGLER M. et QUINCHE P.
Le patient difficile en crise et sa compétence à se responsabiliser. Primary Care, 2001
44. COHIDON C. (INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE)
Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités ». 2007.
45. PERRIER F. et COMTE C.
Névrose phobique. Encyclopédie médico-chirurgicale.
Editions Elsevier, rubrique psychiatrie, 1984, 8p.
46. LEBRETON D.
La sociologie du corps. PUF Presses Universitaires de France, 2010.
47. LEVINAS E.
Le temps et l'autre. PUF, 1961, 89p.
48. VIGARIOS E., DESTRUHAUT F., POMAR Ph.
La problématique psycho-sociale : le point de vue de l'Odontologiste.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Editions Elsevier, 2010.
49. CHARLES R.
Les pouvoirs de la visualisation – Développez la puissance de votre imagination.
Editions Le jour, Canada, 2001.
50. REID L.
La paix intérieure par l'imagerie mentale. Les éditions Quebecor, Canada, 1996.

51. CHENE P.A.
Sophrologie – Tome 1 : Fondements et méthodologie (préface et code déontologique par Alfonso Caycedo), 2008, 36p.
52. SCHMITZ C. et SCHMITZ E.
La communication pédagogique dans l'enseignement.
Bulletin d'informations pédagogiques Numéro 58, octobre 2005.
53. MARC E.
Relations et communications interpersonnelles – 2^{ème} édition.
Editions DUNOD, septembre 2008, p59.
54. CARDUCCI B.
The psychology of Personality. John Wiley and Sons, mars 2009, p. 206.
55. MOLINIER P.
Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité.
Payot, novembre 2009.
56. EGAN G.
The skilled helper : a model for systematic helping and interpersonal relating.
Monterey: Brooks and Cole, 1975.
57. IVEY A.
Microcounseling: innovations and interviewing. Counseling, psychotherapy, and psychoeducation. Springfield: C. Thomas Publ., 1978.
58. RIGAL E. et MICHEAU J.
Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques et évolutions.
Observatoire national de la démographie des professions de santé, septembre 2007, 11p.
59. BIOY A.
La communication entre soignant et soigné : repères et pratiques.
Editions BREAL, 2003, 106p.
60. TOURNEBISE T.
L'art d'être communicant : avec les autres et avec soi-même. Dangles, 2008, 102p.
61. MOLEY-MASSOL I.
L'annonce de la maladie. Une parole qui engage.
Editions DaTeBe, Collection Le Pratique, 2004.

62. FAINZANG S.
La relation médecins-malades : informations et mensonges.
PUF, collection Ethnologies, 2006 156p.
63. FANGET F. et ROUCHOUSE B.
L'affirmation de soi : une méthode de thérapie. Odile Jacob, 2007, 174p.
64. LEFEUVRE J.
Les 5 règles d'or pour bien communiquer. Hachette, 2012, 25p.
65. KAHLER T.
Le grand livre de la Process Thérapie. Eyrolles, 2010.
66. AGNESE P.
Market yourself ou l'art du faire-savoir. Hachette, 2012, 124p.
67. WAITLEY D.
Seeds of greatness. Simon ans Schuster, 1983.
68. COHEN D.
Trios leçons sur la société post-industrielle. Seuil, 2006,
69. LEYT S.
Communication personnelle. 1994
70. MASINI G.
Où parler d'argent ? Indépendantaire, décembre 2011, 36p.
71. LAUDE C. PARIENTE J. TRABUTEAU D.
La judiciarisation de la santé. Groupement d'Intérêt Public, institut droit et santé.
Université Paris Descartes, 2011, 5-8p.
72. CARKHUFF RR.
Helping and human relations. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.
73. SHARON A. GORDON H.
Asserting yourself-updated edition: a practical guide for positive change.
Da Capo Press, 2004, 90p.
74. POSNER R. ROBERING K. ALBERT T.
Semiotik. 4. Walter de Gruyter, 2004, 3591p.

75. BENGEL W.
Dental photographie. Konventionnel und digital.
Berlin : Quintessenz Verlags GmbH, 2001.
76. WILLERSHAUSEN B. SCHOLLER E. ERSNT C.P.
The intra-oral camera, dental health communication and oral hygiene.
International Dental Journal, number 49, 1999, 95-100p.
77. LE BRETON D.
L'adieu au corps. Editions Métallé, 1999
78. REMY J. LEBOURCQ S. COUSIN M.
Le vrai pouvoir de la beauté. L'Express publié le 08/08/2002.
79. FILLIOZAT I.
Les autres et moi. JC Lattès, 2009, 51p.
80. LOWNDES L.
Comment parler à tout le monde. Leduc. S Editions, 2011
81. EDELMAN D.
10 rules for PR Pros. Lien internet <http://www.edelman.com/infographic/10-rules>
82. BADUEL R.
Et si l'on misait sur le capital sympathie ? Indépendantaire, septembre 2012, 49p.
83. LANET A.
Guide d'installation du cabinet dentaire. Publication ADF 2007
84. PRIEUR J.
Les symboles universels. Fernand Lanore, 1989
85. MILONE-BRICE I. BRICE C.
Lien internet <http://www.tao-in.fr>
86. DE BOTTON A.
L'architecture du Bonheur. Edition Paris : Mercure de France, 2007, p.352.
87. BROWN S.
Votre maison sous bonne influence grâce au Feng Shui.
Hachette, 2007, 5-7, 125-135p.
88. DRUCKER P.
The effective executive. Elsevier, 2007.

Images

<http://www.montreuil.fr/index.php?id=1243>

<http://rabuteau.blog.ouestjob.com/index.php/post/2008/11/25/Un-peu-de-vocabulaire>

<http://www.vd.ch/themes/sante-social/droits-des-patients/lessentiel-sur-les-droits-des-patients/consentement-libre-et-eclairer/>

<http://www.edolone.com/nous-contacter.html>

<http://www.retrouversonord.be/FTTutue.htm>

<http://www.ecoloinfo.com/2009/08/17/copenhague-ce-quil-y-a-de-bon-a-tirer-des-pouparler-de-bonn/>

http://www.rava-reny.com/Auteur_Rava-Reny/les_smileys_au_secours_de_la_communication_non-verbale.htm

<http://www.drfrancoisbourdeau.com/fr/service-de-facettes/>

<http://www.anthos.com/fr/produits/multimedia>

<http://www.quickdental.fr/index.php>

<http://dentalmaster.net/>

**LA COMMUNICATION INTERPERSONNELLE
PATIENT-PRATICIEN EN CHIRURGIE DENTAIRE
ANALYSE SOCIOLOGIQUE ET CRITERES D'OPTIMISATION**

RESUME EN FRANÇAIS :

La communication, fusion des domaines des mathématiques et de la linguistique joue un rôle prédominant pour le chirurgien dentiste qui ne peut être réduit à un technicien de santé. Il s'agit d'une part d'expliquer clairement la situation clinique avec un vocabulaire adapté et de savoir utiliser des outils pour améliorer ce « don d'information » nécessaire au consentement éclairé du patient.

D'autre part, la compassion, l'écoute active – attentive et le pouvoir d'être soi-même sont des éléments indispensables à toute relation de soin fondée sur la confiance. La communication doit donc être réfléchie, organisée et adaptée au patient qui nous fait face afin de savoir gérer l'annonce d'une mauvaise nouvelle, la survenu d'un échec ou encore de parler d'argent le plus facilement possible. L'image du cabinet dentaire et du praticien ne sont pas à négliger dans ce colloque singulier liant un soigné et son soignant.

Soyez-vous-même! Donnez envie! Décodez! Evitez les pièges! Soyez généreux!

**TITLE: INTERPERSONAL COMMUNICATION PATIENT-CLINICIAN IN DENTAL SURGERY
SOCIOLOGICAL ANALYSIS AND OPTIMIZATION CRITERIA**

SUMMARY:

Communication, fusion of mathematics and linguistics plays a predominant role for the dentist who can not be reduced to a health technician. It's on the one hand to explain clearly the clinical situation with appropriate vocabulary and how to use tools to improve the "gift of information" necessary to patient's consent.

On the other hand, compassion, active - attentive listening and able to being oneself are essential to any relationship based on trust. Communication must be considered, organized and adapted to the patient facing us to know how to manage the announcement of bad news, when failure occurred or talking about money as easily as possible. Dental clinic and clinician's image are not to be neglected in this singular colloquy linking a neat and her caregiver.

Be yourself! Give envy! Decode! Avoid the traps! Be generous!

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS-CLES : communication, relation de soin, psychologie, pédagogie.

UNTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

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

Directeur de thèse : Docteur Florent DESTRUHAUT