

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2013

212013TOU3-3021

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Rémy GOMBERT

le 18 Mars 2013

**LA RELATION DE SOINS EN ODONTOLOGIE :
QUELQUES SITUATIONS PARTICULIERES.**

Directeur de thèse : Docteur Olivier HAMEL

JURY

Président : Pr Michel SIXOU

Assesseur : Dr Olivier HAMEL

Assesseur : Dr Bertrand ARCAUTE

Assesseur : Dr Vincent BLASCO-BAQUE



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 :

Mr VAYSSE

Professeur d'Université :

Mme BAILLEUL-FORESTIER

Maîtres de Conférences :

Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mr VAYSSE

Assistants :

Mr DOMINÉ, Mme GÖTTLE

Chargés d'Enseignement :

Mme BACQUÉ, Mme PRINCE-AGBODJAN, Mr TOULOUSE

56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Chef de la sous-section :

Mr BARON

Maîtres de Conférences :

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

Assistants :

Mme ELICEGUI, Mme OBACH-DEJEAN, Mr PUJOL

Chargés d'Enseignement :

Mr GARNAULT, Mme MECHRAOUI, Mr MIQUEL

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

Chef de la sous-section :

Mr HAMEL

Professeur d'Université :

Mme NABET, Mr PALOUDIER, Mr SIXOU

Maître de Conférences :

Mr HAMEL

Assistant :

Mr MONSARRAT

Chargés d'Enseignement :

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, Mme DUEYMES, 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 JONJOT, Mr NASR
 Assistants : Mr AHMED, Mr CANIVET, Mr DELANNÉE
 Chargés d'Enseignement : Mme BAYLE-DELANNÉE, Mme MAGNE, Mr TREIL, Mr VERGÉ

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

Mise à jour au 4 février 2013

Remerciements...

- **A ma mère Christiane et mon père Jean-Claude :** Pour votre amour et votre soutien indéfectible tout au long de ces années (la partie n'était pas gagné d'avance). Merci également pour tous les incroyables efforts que vous avez fournis tout au long de votre vie afin que vos enfants aient les meilleures chances possibles, cette thèse et le titre qui vont avec en sont le résultat.
- **A Fanny Ponce-Klein :** Ma bien aimée, merci pour l'amour et le soutien que tu m'as apporté pendant ces mois de travail et pour la motivation que tu savais m'insuffler, voire m'imposer, les jours où elle m'avait quittée. Un chapitre de ma vie se termine, et je suis heureux de commencer le suivant avec toi à mes côtés.
- **Aux Docteurs Martine SAULES-VAUCHEL et Nicole COUDERC :** Merci pour le soutien et l'affection que vous m'avez témoigné. Grâce à vous j'ai pu accomplir ce travail de façon sereine, tout en entrant pas à pas dans le monde professionnel. Vos conseils et votre expérience ont été, et seront encore, extrêmement précieux.
- **Au Docteur Myriam TABARY :** Pour ton amitié et le courage qu'il t'a fallu pour me supporter en tant que binôme pendant trois ans. Merci également pour ton soutien dans les moments difficiles (et Dieu sait s'il y en a eu) pendant ces trois années de clinique.
- **A Stéphane, Claire, Gabriel, Laurie, Charlène, Maëva et les autres...** Pour votre amitié sans faille tout au long de ces années.
- **A Patricia PONCE** qui a gentiment accepté de faire partie de l'équipe de relecteurs de cette thèse, dont l'auteur ne comptait plus les fautes...
- **A ma petite Arya** pour les précieux moments de distraction qu'elle m'a offerts au cours de ces longues journées à travailler devant mon ordinateur.

- **Au Professeur Michel SIXOU**

- Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Responsable de la sous-section Sciences Biologiques,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Direction du Laboratoire « Parodontites et Maladies Générales »,
- Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R.),
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Je tiens à vous remercier pour l'immense honneur que vous m'accordez en présidant le jury de cette thèse.

- **Au Docteur Olivier HAMEL**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Vice-Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
- Chef de Service du Service d'Odontologie – Hôtel Dieu, Pôle Odontologie du C.H.U.,
- Responsable de la sous-section "Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale",
- Enseignant-chercheur au Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale de la Faculté de Médecine de l'Université Paris Descartes(EA 4569),
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Diplôme d'Etudes Approfondies en Ethique Médicale et Biologique,
- Docteur de l'Université Paris Descartes.

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail. Vos conseils ont été précieux. Merci également pour l'ambiance de travail du service de l'Hôtel-Dieu qui développe tout son potentiel pédagogique dans la bonne humeur.

• **Au Docteur Vincent BLASCO-BAQUE**

- Assistant hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Maîtrise Sciences, Technologies, Santé, mention : Biologie, Santé
- Master 2 de Recherche en « Physiopathologie des approches expérimentales aux nouvelles thérapeutiques »
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Je vous remercie pour votre soutien et vos conseils tout au long de l'année passée.
Travailler avec vous a été un grand plaisir. Merci encore de me faire l'honneur de faire partie du jury de cette thèse.

- **Au Docteur Bertrand ARCAUTE**

- Assistant hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Master 1 «Biosanté», mention : Anthropologie

Je vous remercie pour votre investissement pédagogique durant ces années, en travaux pratiques comme en clinique. J'ai eu beaucoup de plaisir à travailler avec vous. Merci d'avoir accepté spontanément de faire partie du jury de cette thèse.

SOMMAIRE :

INTRODUCTION	13
Partie 1 : Concepts de base sur la communication et la relation de soin en Odontologie -	14
I. La relation de soin	15
1. Définition de la relation de soin	15
a. Une relation déséquilibrée	15
b. Une confiance indispensable	16
2. Evolution de la relation de soin au fil des âges	16
a. Les premiers temps, la représentation divine de la maladie	16
b. La révolution hippocratique	17
c. La médecine devient une science	19
d. Les évolutions du XX ^{ème} siècle	20
3. La place du praticien dans la relation de soin actuelle	24
4. La place du patient dans la relation de soin actuelle	26
II. La communication	27
1. Définition de la communication	27
a. Le modèle d'Aristote	29
b. Le modèle de Shannon et Weaver	29
c. Le modèle de Berlo	30
2. Les objectifs d'une bonne communication	31
a. L'efficacité	31
b. Le plaisir et l'amélioration des rapports	32
c. L'influence thérapeutique	32
3. Communication verbale et non verbale	32
4. Les éléments influençant la communication	33
a. Les variables extrinsèques	34
b. Les variables intrinsèques	35
III. Application à un premier entretien au cabinet dentaire	37
1. Les différentes étapes d'un premier entretien	37

a.	L'accueil du patient -----	37
b.	Le dialogue préalable à l'examen clinique -----	38
c.	La synthèse et la discussion après examen clinique -----	39
2.	Les points à éviter -----	40
Partie 2 : La gestion de la relation de soin en situations spécifiques -----		43
I.	La relation de soin avec le jeune patient -----	44
1.	Le triangle relationnel parents-enfant-praticien -----	44
2.	La relation de soin en fonction de l'âge du patient -----	45
a.	La petite enfance : de un à cinq ans -----	45
b.	L'enfance : de six à neuf ans -----	46
c.	La préadolescence et l'adolescence -----	46
3.	Les techniques de communication et d'influence du comportement --	47
a.	Le langage imaginaire -----	47
b.	La préexposition -----	47
c.	La méthode du « Tell, Show, Do » -----	48
d.	Le renforcement positif -----	48
e.	Les techniques de distraction -----	48
II.	La relation de soin avec le patient âgé -----	49
1.	Difficultés de communication liées à l'âge -----	50
2.	Une communication adaptée -----	52
III.	La relation de soin avec le patient en situation de handicap -----	54
1.	Le cas du handicap mental -----	55
a.	Une population aux besoins spécifiques -----	55
b.	Prise en charge des patients atteints de déficience intellectuelle ---	56
b1.	Le patient présentant des capacités intellectuelles limitées ----	56
b2.	Le patient présentant une déficience intellectuelle légère ou modérée -----	57
b3.	Le patient présentant une déficience intellectuelle sévère ou profonde -----	59
2.	Le cas du handicap physique -----	60
a.	Le patient atteint de surdité -----	60

b.	Le patient atteint de cécité -----	62
IV.	La relation de soin avec le patient véhément, la situation conflictuelle	64
1.	La prévention des situations conflictuelles -----	64
2.	La gestion d'une situation conflictuelle -----	65
V.	La relation de soin avec le patient anxieux -----	68
1.	Quelques définitions -----	69
2.	Les facteurs de stress au cabinet dentaire -----	70
3.	La communication dans la prise en charge du patient anxieux -----	71
VI.	La relation de soin avec le patient atteint de trouble mental -----	73
1.	La relation de soin avec le patient schizophrène -----	73
2.	La relation de soin avec le patient autiste -----	74
	CONCLUSION -----	77
	BIBLIOGRAPHIE -----	78

Introduction :

La médecine dentaire est un exercice extrêmement riche. Une de ces principales richesses est le contact avec le public. Tout au long de sa carrière, un chirurgien-dentiste est amené à rencontrer un nombre incroyable de patients, tous différents.

Cette grande diversité de personnalités, de caractères, de situations cliniques constitue une formidable stimulation pour un praticien mais représente aussi une difficulté. Il s'agit d'être capable d'établir une relation de soin saine avec chacun des patients auquel il est confronté. Bien que le cadre légal de la relation de soin soit aujourd'hui de plus en plus précis, seule la capacité d'adaptation du praticien peut garantir son bon fonctionnement. Cette faculté, bien que plus ou moins présente de façon naturelle, doit être exercée.

En premier lieu, il paraît important de définir ce qu'est une relation de soin thérapeutique et qu'elles sont ces particularités. Afin de mieux comprendre la place actuelle du patient et du praticien dans cette relation particulière, un rappel historique retraçant l'évolution de la relation de soin sera proposé.

Toute relation entre deux personnes se construit par la communication. Elle représente un instrument que le praticien doit savoir manier et qui, s'il est bien utilisé, contribuera au traitement efficace du patient, au même titre qu'une turbine, un bistouri ou une fraise. La première étape de l'apprentissage d'un nouvel instrument est de comprendre ce qu'il est et à quoi il sert. Ainsi serons exposés une définition de la communication, ces objectifs et les éléments influençant sa mise en œuvre.

Mais rien ne vaut la pratique. C'est pourquoi la deuxième partie de ce travail consiste en une mise en application des principes de communication dans certaines situations cliniques spécifiques qui représentent souvent une difficulté pour le praticien.

PARTIE 1 :

**CONCEPTS DE BASE SUR LA
COMMUNICATION ET LA RELATION DE
SOIN EN ODONTOLOGIE**

I- La relation de soin :

1. Définition de la relation de soin :

Lorsque deux personnes sont en présence l'une de l'autre, elles établissent, qu'elles le souhaitent ou non, une relation. Dès qu'un patient consulte un praticien, il s'établit donc entre eux une relation particulière [8, 22]. La relation de soin est une relation **intersubjective asymétrique** entre deux acteurs **inégaux**.

Ce colloque singulier met face à face deux personnalités possédant chacune leurs expériences et leurs attentes qui conditionneront le déroulement de la rencontre entre le praticien et son patient. Tout l'enjeu pour le praticien est alors de savoir s'adapter à la personnalité de son patient pour instaurer une relation basée sur **la confiance**.

a. Une relation déséquilibrée :

La relation de soin est une relation **fondamentalement inégale** [22, 30, 12]. D'un côté le praticien est celui qui possède le savoir et les compétences pour soigner. Il est donc investit d'un **pouvoir** de guérison. Ce pouvoir non négligeable le place de fait en position dominante dans la relation de soin.

De l'autre côté le patient se présente au praticien avec une demande de soin. Souvent en souffrance, il est **perturbé dans son équilibre physique et psychique** par la douleur. Il attend du praticien qu'il soulage sa souffrance. Pour se faire le patient doit se dévoiler, permettre au praticien d'entrer dans son intimité et d'intervenir, parfois de façon invasive, sur son corps. Il doit donc se mettre volontairement « **à la merci** » du praticien. Cette **intrusion thérapeutique** est parfois très difficile à vivre pour le patient, d'où l'importance de la confiance dans la relation de soin

b. Une confiance indispensable :

La relation de soin est une relation profondément inégale. Or, pour que nos soins se déroulent convenablement il est indispensable d'exercer en parfaite **coopération** avec le patient. Cette coopération ne peut être obtenue sans **la confiance** [12]. Le patient doit confier sans détour au praticien des informations sur sa vie. Il doit également permettre au praticien d'agir sur son corps, de le modifier, de le réparer.

Le praticien doit aussi pouvoir accorder sa confiance au patient. Il doit pouvoir avoir confiance en la véracité des informations qui lui sont données. Il doit aussi pouvoir faire confiance au patient pour que celui-ci applique le traitement proposé et suive les recommandations qui lui sont données.

Il est donc indispensable que le praticien puisse instaurer un climat de **confiance réciproque** avec son patient pour que la relation de soin ne soit pas une simple interaction entre deux personnes mais bien une **relation soignante avec une action thérapeutique intrinsèque**.

2. Évolution de la relation de soin au fil des âges :

Les différentes transformations de la relation de soin au cours de l'Histoire sont à mettre en relation avec l'évolution de la médecine, mais aussi avec l'évolution de la représentation culturelle de la maladie et de la souffrance [17, 19].

a. Les premiers temps, la représentation divine de la maladie :

L'histoire de la médecine débute en Mésopotamie dans la région du croissant fertile à Sumner, au IV^{ème} millénaire avant J.C. Les premiers documents médicaux découverts à Ninive et à Mari (en provenance de la bibliothèque d'Assurbanipal) datent de 1800 ans avant J.C sous la forme de tablettes d'argile gravées de caractères cunéiformes. Leur traduction est toujours en cours. Durant cette période, et encore plus tard dans la civilisation babylonienne, toutes les composantes de la maladie sont en relation avec les

divinités. La maladie résulte d'une offense faite aux dieux et toutes ses conséquences ne sont qu'un châtement divin en réponse à l'affront subit. Les thérapeutiques se limitent aux plantes et au miel qui sont utilisés pour chasser les mauvais esprits. Le seul recours pour atteindre la guérison est alors l'apaisement de la colère divine par la prière, les incantations ou la pratique de sacrifices de substitution.

Parallèlement, la médecine égyptienne est elle aussi en rapport étroit avec le divin. La personne malade était la proie d'un dieu hostile ou d'un démon et les médecins de l'époque étaient des mages qui avaient le pouvoir d'invoquer par des incantations les dieux guérisseurs.

Chez les hébreux, la représentation de la maladie évolue quelque peu. Parfois encore considérée comme une sanction divine, elle est aussi une mise à l'épreuve du dieu unique. La souffrance est alors vécue comme un processus de rédemption et la guérison représente le pardon divin.

Cette représentation divine de la maladie implique que la relation entre le soignant et le malade était en réalité une **relation spirituelle** entre les dieux et les hommes. Les « médecins » de l'époque étaient des magiciens, des prêtres, chargés d'être un lien entre le divin et la personne malade. Cette représentation spirituelle n'empêche pas pour autant les civilisations de l'époque d'avoir d'ores et déjà une véritable réflexion éthique. Ainsi le **code d'Hammourabi** édicté vers 1700 avant J.C à Babylone fixe la première ébauche d'une déontologie médicale avec les notions de **devoirs et de responsabilité** des médecins, lesquels devaient prêter serment devant les autorités. Ces mesures furent prises principalement pour lutter contre le charlatanisme mais elles ont aussi pour effet de donner un premier cadre à la relation de soin. Force est de constater que la relation entre le soignant et le soigné fait intervenir, très tôt dans les civilisations humaines, un troisième acteur implicite : **la Société**.

b. La révolution hippocratique :

La représentation purement divine de la maladie persiste un temps dans la civilisation grecque. La corporation des Asclépiades était formée par des prêtres magiciens dont le rôle était d'apaiser la colère divine à l'origine d'une maladie ou d'une épidémie.

Entre le VII^{ème} et le V^{ème} siècle avant J.C s'opère progressivement le passage de la pensée archaïque dite du « mythos » au « logos », la pensée logique, qui sera le fondement de la philosophie et de la pensée scientifique.

C'est durant l'âge d'or de la Grèce que né Hippocrate en 460 avant J.C sur l'île de Cos. Son père faisait partie de la corporation des Asclépiades et lui a transmis le savoir médical de l'époque. Stimulé par l'effervescence intellectuelle de la civilisation grecque contemporaine et de ses grands philosophes, Hippocrate veut radicalement changer d'approche face à la maladie. Il s'éloigne du contexte religieux et considère que la maladie n'est pas en relation avec la colère divine mais répond à des phénomènes observables et compréhensibles par les Hommes. Pour lui les dieux sont responsables de l'équilibre de l'univers et de la nature et sont en relation avec les éléments ayant une incidence sur la santé (comme par exemple les changements climatiques au cours des saisons) et avec la douleur. Il développe l'idée selon laquelle les mécanismes des maladies peuvent être observés et étudiés, que leurs signes peuvent être reconnus (ceci représente le début de la sémiologie et l'apparition de la notion de diagnostic), et que des remèdes peuvent être utilisés de façon reproductible pour soigner les maladies. Hippocrate fonde l'école de Cos afin de partager son savoir et diffuser sa pensée médicale. Cette pensée forme le socle à partir duquel se construira la médecine moderne.

L'héritage d'Hippocrate est encore très présent dans notre pratique actuelle. Outre une réflexion médicale rationnelle, il pose le cadre de l'exercice de la médecine et donc de la relation entre le médecin et son patient dans son serment qui est encore prêté par les jeunes médecins à l'heure actuelle. Ce serment énonce les grands principes de la déontologie actuelle comme le secret médical, la volonté de ne pas nuire et la non discrimination des patients. L'exercice fondé sur l'observation clinique place le malade **au centre du processus de soin**. Hippocrate disait d'ailleurs « *L'art de la médecine se joue entre trois termes: la maladie, le malade, le médecin. Le médecin est le serviteur de l'art, il est indispensable que le malade aidé par le médecin s'oppose à la maladie* ». Ceci met bien en évidence la place centrale que prend alors le malade (place occupée jusque là par le divin) ainsi que le rôle d'accompagnement que joue le médecin dans le processus de soin. Voilà donc la naissance d'une véritable relation entre le soignant et le soigné. Le soignant doit observer, écouter et respecter le soigné afin d'exercer son art. Le soigné peut alors s'en

remettre au soignant qui devra appliquer le principe du secret médical indispensable à la confiance sur laquelle repose la relation de soin.

Après Hippocrate, la médecine continuera son évolution dans les civilisations grecques, romaines et plus tard dans les civilisations arabes. En Europe, avec le développement du christianisme, l'exercice et l'enseignement de la médecine restent pendant très longtemps sous la responsabilité du clergé. En 1215, le IV^{ème} concile de Latran interdit aux membres de l'Église de verser le sang et donc de pratiquer la chirurgie. C'est à partir de cette époque que se forment les professions de barbier chirurgien et d'arracheurs de dents.

c. La médecine devient une science :

Il faut attendre la fin du XVIII^{ème} et le début du XIX^{ème} siècle pour que s'opère la séparation de l'Église et de la médecine. Les autorités prennent peu à peu conscience que l'impératif de santé publique doit passer avant les interdits religieux. La médecine passe progressivement d'un cheminement empirique à une véritable médecine expérimentale. En 1714, l'autorisation est donnée aux scientifiques de pratiquer la dissection sur des cadavres humains afin de faire progresser les connaissances médicales. Cette progression s'accompagne d'une professionnalisation de la médecine. Les médecins sont désormais des professionnels reconnus. Leurs compétences sont acquises par une formation en accord avec les progrès scientifiques de leur époque et leur exercice est totalement indépendant du contexte religieux.

Cette évolution change les rapports entre les médecins et leurs patients. Libéré de l'autorité religieuse, le médecin devient lui même une **forme d'autorité** pour son patient. Cette autorité lui est conférée par son savoir et ses compétences. Cette position autoritaire aboutira à ce que l'on nomme aujourd'hui le **paternalisme médical**. Ce modèle paternaliste va perdurer longtemps dans notre société. Il repose sur un rapport dominant/dominé.

D'un côté le patient se présente avec une souffrance, une détresse, qui le rend dépendant du médecin.

De plus la grande majorité des personnes de l'époque n'ont absolument aucune connaissance médicale. Cette ignorance accentue la **dépendance au praticien**.

De l'autre côté le médecin représente le pouvoir de guérison. Il détient un savoir et un savoir faire qui le rendent capable de comprendre la maladie et de la traiter. Ce savoir, et donc ce pouvoir, le place naturellement en position de dominant dans la relation de soin.

Le modèle paternaliste ne laisse aucune place à l'autonomie du patient. Celui-ci est considéré comme un être ignorant qui doit s'en remettre entièrement aux décisions du médecin qui lui sait ce qui est bon. Le médecin doit exercer conformément à la morale du Bien et doit prendre les décisions pour le bien de son patient. Les informations qui sont transmises au patient sont donc limitées. Le médecin ne cherche pas à obtenir un réel consentement mais plutôt une simple absence de refus. La relation de soin est encadrée par un code de déontologie mais dans la pratique sa gestion est affaire de « bonnes mœurs ».

d. Les évolutions du XX^{ème} siècle :

Le XX^{ème} siècle a été marqué par de nombreuses évolutions dans la plupart des domaines de notre société. Ces évolutions, qu'elles soient directement en rapport avec la médecine ou non, ont contribué à modifier la relation de soin.

Parallèlement à l'explosion des connaissances scientifiques, le domaine médical a connu au cours du XX^{ème} siècle une formidable progression tant sur le plan des connaissances fondamentales que sur le plan des techniques médicales. Celles-ci ont fortement évoluées grâce au développement des techniques d'imagerie médicale, d'exploration biologique, et des biomatériaux.

Toutes ces avancées apportent un bénéfice évident pour les patients en rendant la pratique médicale plus sûre et plus efficace, en permettant des traitements de meilleures qualités. Mais cette explosion d'innovations a eu pour conséquence, dans toutes les disciplines, d'aboutir à une **hypertechnicité médicale**. Les praticiens deviennent de véritables techniciens de la santé qui doivent maîtriser des techniques de plus en plus complexes. Ce haut niveau de technicité entraîne un éloignement progressif du patient en

tant que personne. La complexité croissante de la médecine entraîne un cloisonnement des spécialités médicales qui aboutit à la réduction du patient à ses symptômes ou ses organes malades. Cette déshumanisation du patient a fait l'objet de nombreuses réflexions éthiques au cours du XX^{ème} siècle qui tendent à rappeler la notion de **patient-personne** que tout praticien doit avoir à l'esprit.

Le XX^{ème} siècle a aussi été marqué par un développement très important des technologies de la communication et de diffusion de l'information. Internet a notamment révolutionné les rapports soignant/soigné en donnant la possibilité à n'importe qui d'accéder à n'importe quelle information en quelques secondes. Cet accès illimité à l'information médicale a un effet pervers puisque toutes les informations disponibles ne sont pas de bonne qualité et les patients qui les consultent n'ont pas les connaissances de base nécessaires pour reconnaître une bonne information d'une mauvaise. Il n'est donc pas rare désormais d'être face à des patients qui croient avoir fait eux même leur diagnostic et leur plan de traitement grâce à des informations recueillies sur Internet et qu'ils veulent les imposer au praticien.

Cette pléthore d'information a également eu pour effet d'**émousser le charisme du praticien**. Ce dernier reposait en effet sur un savoir que la communauté médicale était seule à posséder alors que l'information est désormais à la portée de tous.

Enfin, l'accès à l'information combiné aux progrès fulgurant de la technique (qui donne parfois l'impression que tout est désormais possible) a entraîné une augmentation significative des **exigences des patients**. Ces exigences sont parfois en décalage avec la situation clinique générant ainsi des situations de conflit entre le patient et le praticien.

Le XX^{ème} siècle a enfin été marqué par une implication de plus en plus importante de **la Société** dans la relation de soin. Comme nous l'avons vu cette implication a commencé très tôt dans les civilisations humaines. De tout temps des personnes extérieures au contexte médical ont eu des réflexions sur le pouvoir du médecin, ces responsabilités, ces relations avec le patient. Du temps du paternalisme la profession médicale été encadrée par un code de déontologie mais en pratique les relations entre médecin et patient étaient affaire de bonnes mœurs.

Au cours du XX^{ème} siècle les gouvernants vont donner un cadre de plus en plus précis à la pratique sous la forme de lois.

Tout d'abord l'**ordonnance du 4 octobre 1945** fonde la sécurité sociale. A partir de ce moment la Société contribue financièrement aux soins. Cette contribution implique donc que la Société a un véritable **droit de regard** sur la façon dont les professionnels exercent leur métier. Les différentes conventions entre les organismes de sécurité sociale et les syndicats de professionnels de santé encadrent de façon précise les soins.

Le premier texte relatif aux droits des patients fait suite au procès de Nuremberg. Les médecins nazis furent jugés suite à des expérimentations réalisées sur des prisonniers de camps de concentration au mépris des droits de l'Homme. Afin que cette situation ne puisse se reproduire, le **code de Nuremberg** fut rédigé. Il représente le premier texte contrôlant la pratique de l'expérimentation médicale sur des êtres humains. Ce texte fait apparaître dix règles fondamentales :

- Il est absolument essentiel d'obtenir le **consentement volontaire** du malade
- L'essai entrepris doit être susceptible de fournir des résultats importants pour le bien de la société, qu'aucune autre méthode ne pourrait donner
- L'essai doit être entrepris à la lumière d'expérimentations animales et des connaissances les plus récentes sur la maladie étudiée
- L'essai devra être connu pour éviter toute contrainte physique ou morale
- Aucun essai ne devra être entrepris, s'il comporte un risque de mort ou d'infirmité sauf peut-être si les médecins eux-mêmes participent à l'essai
- Le niveau de risque pris ne devra jamais excéder celui qui correspond à l'importance humanitaire du problème posé.
- Tout devra être mis en œuvre pour éviter tout effet secondaire à long terme après la fin de l'essai.
- L'essai devra être dirigé par des personnalités compétentes. Le plus haut niveau de soin et de compétence sera exigé pour toutes les phases de l'essai.
- Pendant toute la durée de l'essai, le malade volontaire aura la liberté de décider d'arrêter l'essai si celui-ci procure une gêne mentale ou physique et si, de quelque autre façon, la poursuite de l'essai lui paraît impossible.

- L'expérimentateur doit se préparer à arrêter l'essai à tout moment, s'il a des raisons de croire, en toute bonne foi, et après avoir pris les avis plus compétents, que la poursuite de l'essai risque d'entraîner la mort ou une infirmité aux malades

Dans la continuité du code de Nuremberg, la **déclaration d'Helsinki adoptée en 1964** différencie l'expérimentation thérapeutique et l'expérimentation non thérapeutique et met l'accent sur les droits des participants. La déclaration d'Helsinki n'est cependant qu'une injonction morale qui n'a pas le pouvoir d'une loi.

Le législateur encadre clairement la relation de soin en prenant comme angle de réflexion la protection des patients avec la **loi Huriot-Sérusclat de 1988** [25] relative à la protection des personnes dans la recherche biomédicale qui définit un concept qui a depuis été élargi à la pratique quotidienne : **le consentement éclairé**. Cette loi oblige les personnes pratiquant la recherche médicale sur des êtres humains à obtenir un consentement des patients après leur avoir transmis une information claire sur les buts, les moyens et les risques de l'expérimentation.

Les lois marquent ensuite clairement la fracture entre l'exercice médical et les principes religieux fondamentaux. Prenons comme exemple la loi Neuwirth de 1972 légalisant la contraception et la loi Veil de 1975 légalisant l'interruption médicale de grossesse et l'interruption volontaire de grossesse.

La loi du **29 juillet 1994** relative au respect du corps et modifiée par l'article 70 de la loi du 27 juillet 1998 énonce qu' « il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique ». Désormais le patient doit donner un **consentement libre et éclairé** avant la mise en place d'un traitement. « Libre » fait référence à l'absence totale de contrainte dans le consentement et « éclairé » signifie que le patient doit recevoir une information claire et exhaustive concernant les modalités et les risques du traitement envisagé, ainsi que l'ensemble des options thérapeutiques qui s'offrent à lui. Cette notion pose clairement le problème de l'**information de soin**. En effet il est impossible de donner une information véritablement exhaustive sur l'ensemble des soins en pratique quotidienne. De plus l'information suppose que tous les patients sont aptes à intégrer et à comprendre le message. Hors dans certains cas l'information qui doit être apportée est particulièrement complexe et technique.

La quantité d'information est parfois très importante et donc difficile à intégrer pour le patient.

Enfin la **loi du 4 mars 2002** [49] relative au droit des malades et à la qualité du système de santé représente une synthèse de l'implication du législateur dans le déroulement du processus de soin. Cette loi comporte plusieurs thèmes comme les droits des patients, les responsabilités des professionnels de santé, leur formation, la gestion des risques sanitaires, l'organisation du système de santé. Cette loi marque un changement dans la relation de soin car le statut du patient évolue pour devenir un statut « **d'utilisateur du système de santé** » avec des droits et des responsabilités. Cette loi transforme le rapport soignant/soigné pour en faire un véritable **contrat de soin** basé sur une information claire et un consentement éclairé; ce contrat pouvant être rompu à tout moment par l'une des deux parties. De plus cette loi met l'accent sur la représentation des usagers dans le système de santé confortant ainsi une tendance observée depuis plusieurs décennies : l'augmentation de « **l'activisme des patients** ». En effet, de plus en plus d'associations de défense des patients sont présentes et pèsent dans le contrôle du système de soin et donc dans la relation de soin elle-même. Le praticien n'est plus le seul maître à bord.

La relation de soin a donc connu de multiples métamorphoses au cours de l'Histoire suivant les progrès de la médecine et l'évolution de la Société. D'une relation spirituelle au paternalisme bienveillant, elle s'est changée en un contrat de soin tendant à égaliser le statut des deux parties. Elle répond désormais à un **modèle délibératif** dans lequel patient et praticien forment un **partenariat** rendant la prise de décision **bilatérale**.

3. La place du praticien dans la relation de soin actuelle :

Le praticien d'aujourd'hui a plusieurs statuts [8,12, 17, 22, 27]. Il est d'abord un **savant** détenteur d'un savoir faire lui permettant de comprendre les pathologies, de soulager la douleur et de traiter. Il est également un **technicien spécialisé** capable de mettre en œuvre des techniques complexes faisant appel à un plateau technique de plus en plus important. L'évolution des lois fait aussi du praticien moderne un **sujet de droit**. Il est désormais soumis à des devoirs, des responsabilités et des sanctions clairement définies par

la législation. Plusieurs textes s'appliquent à l'exercice du praticien. Tout d'abord le code de déontologie de la profession représente un ensemble de recommandations et a une valeur morale et éthique. L'appartenance à l'ordre des chirurgiens dentiste implique que le praticien accepte le code de déontologie et accepte d'être soumis aux sanctions des instances disciplinaires ordinaires s'il s'en écarte. A un niveau plus élevé se trouvent le code de la Santé Publique et de Code Pénal qui sont des textes de lois s'imposant sans condition à tous les praticiens.

Mais il faut cependant garder à l'esprit le premier statut du praticien, celui qui n'a pas changé au cours de l'Histoire : **le statut de Soignant**. Le rôle du praticien est avant tout de prendre soin de ses contemporains frappés par la souffrance et la maladie. Il doit prendre en charge non seulement l'aspect physique de la maladie mais aussi la détresse psychologique que celle-ci entraîne. La perte d'intégrité physique mais aussi parfois les soins eux même sont générateur d'angoisse pour les patients. Le rôle du praticien est alors d'**accompagner** son patient vers le rétablissement de la santé. Rappelons que l'O.M.S définit la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» ce qui démontre bien que le rôle du praticien est de prendre en charge tous les aspects de la maladie et de considérer le patient dans sa globalité, de ne pas le réduire à sa seule pathologie.

Le praticien est donc, dans la relation de soin moderne, une personne dotée d'un savoir faire qu'il met à la disposition de son patient afin que celui-ci recouvre la santé. Il travaille **de concert avec le patient** à qui il doit expliquer clairement les problèmes qui se posent et les solutions pouvant être envisagées. L'enjeu pour le praticien est alors d'être capable d'adapter son discours en fonction du type de patient qui lui fait face pour que l'information soit pleinement intégrée et que le partenariat patient/praticien fonctionne parfaitement.

4. La place du patient dans la relation de soin actuelle :

Le patient moderne regroupe lui aussi plusieurs statuts [8,12, 17, 22, 27]. Son statut principal, celui de **malade**, est resté inchangé depuis les prémices de la médecine.

Le mot « malade » vient du latin impérial *male habitus* qui signifie en mauvais état. Il désigne une personne qui ne présente plus un état de pleine santé. Le malade subit plusieurs pertes : perte de son intégrité physique, perte de son bien-être, perte de son autonomie, perte du contrôle qu'il pense exercer sur son corps. Cette situation a des implications psychologiques importantes. La maladie est génératrice de **détresse** et d'**angoisse** tout comme la situation de soin elle-même. Le malade doit s'en remettre au praticien et laisser celui-ci pénétrer son intimité, modifier son corps parfois de façon importante, afin de recouvrer la santé.

Longtemps le patient a été considéré comme un simple malade. Dans le modèle paternaliste de la relation de soin le patient était considéré comme une personne malade, ignorante qui n'avait pas la capacité de prendre les décisions nécessaires à son traitement. Les évolutions de la Société et de la pratique médicale placent le patient moderne au cœur du processus de soin. Auparavant d'une passivité docile, le patient est maintenant devenu un véritable **acteur** de son parcours de soin. Toutes les informations lui sont maintenant données pour qu'il puisse lui-même **orienter sa thérapeutique** en fonction de sa personnalité, de sa condition, de sa culture, de ses opinions.

Enfin, de par l'implication croissante de la loi, le patient moderne a acquis le statut « d'usager du système de santé ». Il est désormais un **sujet de droit** comme le praticien. Il est soumis à des devoirs mais aussi à des droits qui ne peuvent être enfreints. Il peut désormais être **représenté, défendu et indemnisé** en cas de conflit avec le praticien. Ce statut présente-t-il un risque de dérive vers le statut de consommateur de soin, tendance que l'on observe de plus en plus à l'heure actuelle? Le danger est que le patient se transforme en un client rendant le système de soin comparable à n'importe quel marché commercial, avec les dérives que cela implique.

Le patient moderne est donc un malade qui doit s'en remettre au praticien pour être soigné, tout en **gardant le contrôle du traitement**. Il oriente sa propre thérapeutique grâce

à une **concertation avec le praticien** basée sur les informations qui lui sont fournies. Il peut à tout moment décider de se retirer de la relation de soin, et peut compter sur l'appui de la Société en cas de conflit à travers les instances ordinales ainsi que l'appareil juridique pour que le praticien soit sanctionné en cas de faute et que le préjudice soit reconnu et indemnisé.

La relation de soin est une relation intersubjective asymétrique entre deux acteurs inégaux. Elle a évolué au cours de l'Histoire d'une relation purement spirituelle à une relation d'autorité face à un praticien savant « tout puissant ».

Elle est désormais un partenariat entre le patient et le praticien qui doivent travailler ensemble pour tendre vers le rétablissement de la santé du patient.

L'implication croissante de la Société tend à effacer l'inégalité constitutionnelle de la relation de soin en donnant en pouvoir ce que le patient ne possède pas en savoir.

II- La communication :

1. Définition de la communication :

Le Docteur Maurice BOURASSA, dans son *Manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire* [12], définit la communication comme « **un partage de l'expérience** » s'appliquant à la fois à l'espèce humaine et aux espèces animales. La spécificité de la communication humaine réside selon lui dans l'aptitude à créer des symboles et à leur attribuer une signification.

La communication représente l'**action de transmission d'un message entre un émetteur et un récepteur**. La chaîne de communication se compose de différents éléments :

- l'**émetteur**
- le **récepteur**
- le **message** transmit de l'un à l'autre
- le **code** utilisé pour transmettre le message, qui peut être la langue ou le langage corporel
- le **canal** de transmission du message, qui peut être la voix, la communication téléphonique, la télévision ...
- le **contexte** auquel renvoi le message

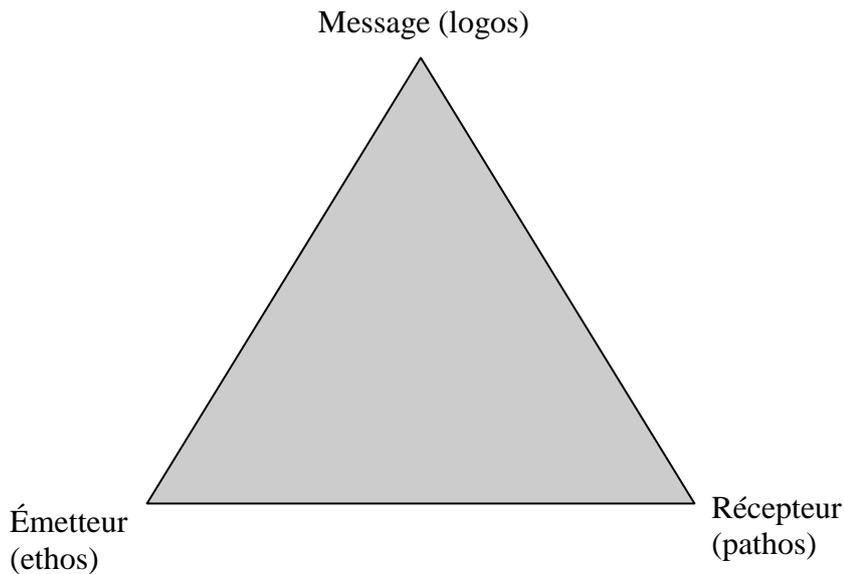
L'émetteur et le récepteur peuvent intervertir leurs rôles, aboutissant à un **dialogue**. Chacun d'entre eux peut être un individu isolé ou un groupe d'individus. Ainsi plusieurs types de communication peuvent être définis : la communication de groupe entre deux groupes d'individus clairement définis, la communication de masse dans laquelle le groupe récepteur est plus ou moins bien ciblé et la communication interpersonnelle entre deux individus.

La communication entre le praticien et son patient correspond au schéma de **communication interpersonnelle**.

La communication a fait l'objet de nombreuses modélisations en fonction du schéma étudié et des différents éléments influençant le processus de transmission et d'acquisition du message. Ainsi le modèle d'Aristote, le modèle de Shannon et Weaver et le modèle de Berlo permettent de mieux comprendre les éléments intervenant dans la communication interpersonnelle appliquée au contexte de la relation de soin.

a. Le modèle d'Aristote :

Aristote fut le premier à modéliser le processus de communication. Dans ce modèle de « rhétorique », l'art oratoire repose sur trois éléments : l'ethos (la capacité oratoire de l'émetteur à capter l'attention du récepteur), le logos (le discours en lui-même) et le pathos (la sensibilité ou la volonté de l'auditoire à recevoir le message).

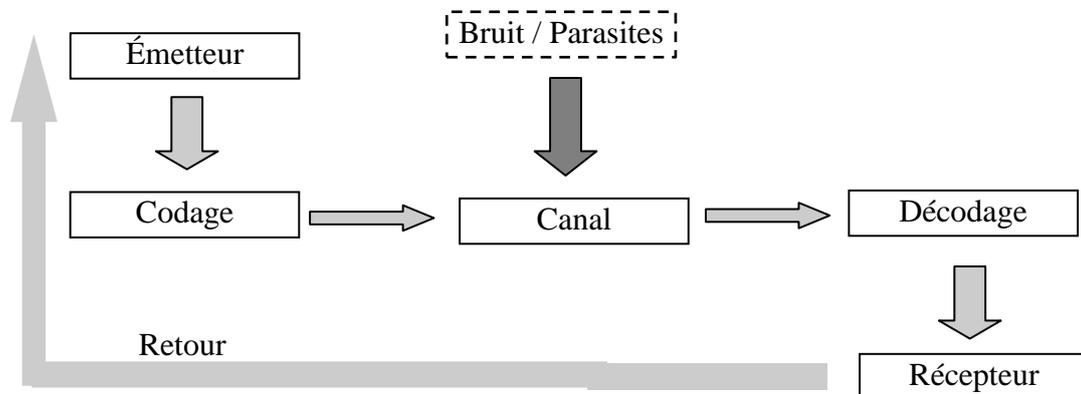


Dans ce modèle l'élément important est le récepteur. Ce modèle illustre la nécessité de pouvoir **capter l'attention** du récepteur pour transmettre une information. Ainsi si le récepteur décide que le message, dans sa forme ou son contenu, n'est pas digne d'intérêt il fermera la communication.

b. Le modèle de Shannon et Weaver :

Ce modèle publié dans *La théorie mathématique de la communication* [44] de Warren Weaver en 1948 représente le premier modèle moderne de la communication. Ce modèle découle des travaux de Claude Shannon sur le décryptage des communications ennemies pendant la seconde guerre mondiale et a ensuite été adapté à la communication de base.

Il peut être représenté de la façon suivante :

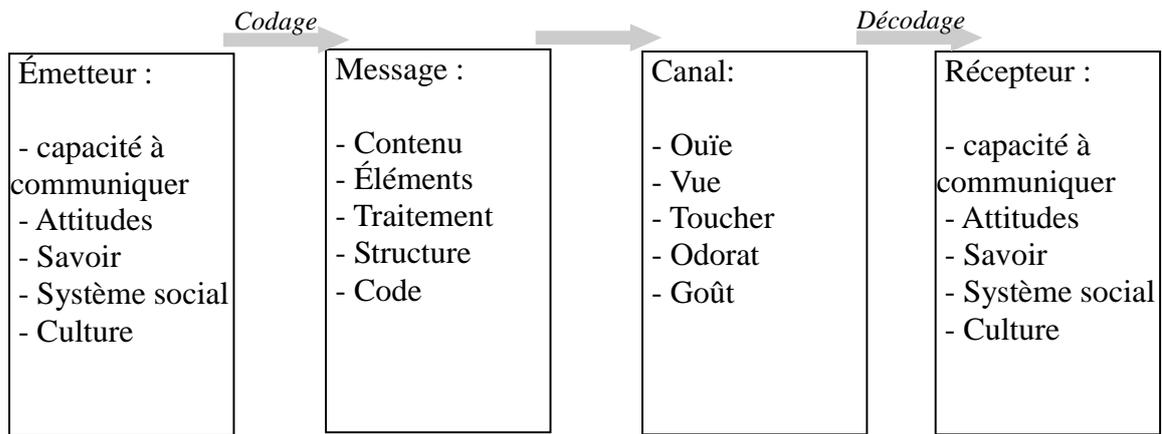


Le modèle de Shannon et Weaver fait clairement apparaître la possibilité que la transmission du message soit rendue complexe par la présence **d'éléments parasites**. A l'échelle d'un cabinet dentaire, ces éléments perturbateurs peuvent être le bruit dans la salle de soin ou une distance trop importante entre les interlocuteurs.

Cependant le modèle de Shannon et Weaver présente une limite importante : il ne tient compte de la présence d'éléments perturbateurs qu'au niveau du canal de transmission du message. Or, dans le schéma de communication interpersonnelle, d'autres éléments sont à prendre en compte.

c. Le modèle de Berlo :

Berlo dans son ouvrage *Les processus de la communication* [9] publié en 1960 modélise la chaîne de communication de façon simple : émetteur, récepteur, message, codage, décodage et canal. Cependant il met en évidence l'importance de **l'aspect psychologique de la communication**. En effet Berlo propose dans son modèle une série de variables extérieures qui sont susceptibles d'influencer la transmission du message à tous les niveaux du processus.



Ce modèle illustre que la psychologie de chacun des participants est primordiale dans le processus de communication. De plus Berlo intègre la notion de codage en tant que **comportement** (gestes, postures...) qui influence également la transmission du message. Il apparaît alors que les multiples combinaisons rendues possibles par l'ensemble de ces variables tendent à créer un **décalage** entre le message transmis par l'émetteur et celui reçu par le récepteur. L'enjeu d'une communication efficace est donc de **minimiser ce décalage**.

2, Les objectifs d'une bonne communication :

Selon M. BOURASSA [12], la communication interpersonnelle dans le cadre de la relation thérapeutique doit répondre à trois critères fondamentaux :

- les interlocuteurs doivent être à une **courte distance** l'un de l'autre
- ils doivent avoir la possibilité d'**émettre et de recevoir** des messages
- ces messages doivent comporter des **stimuli verbaux et non verbaux**.

Lorsque ces trois critères sont réunis, la communication menée dans de bonnes conditions peut atteindre ces différents objectifs

a. L'efficacité :

L'efficacité est l'objectif principal d'une bonne communication. Dans le cadre de la relation de soin, la communication est dite efficace si le sens du message transmis par l'émetteur est très proche de celui du message perçu par le récepteur.

La situation d'efficacité maximale est représentée par M. BOURASSA selon le rapport :

$$\frac{\text{Signification de l'émetteur}}{\text{Signification du récepteur}} = 1$$

Ce rapport représente la situation idéale d'une parfaite compréhension entre émetteur et récepteur. Elle est très difficile à atteindre mais doit être recherchée par le praticien dans son rapport avec chacun des patients.

b. Le plaisir et l'amélioration des rapports :

Une bonne communication ne se contente pas de transmettre au patient des informations pratiques. Elle doit également aboutir à de bons rapports entre le patient et le praticien. La communication doit permettre d'**instaurer une confiance durable** entre les deux parties. Ainsi les informations transmises par la suite seront plus facilement intégrées. En revanche si un défaut de confiance survient entre le patient et le praticien, certains messages peuvent être incompris et il sera difficile de rétablir un rapport efficace.

c. L'influence thérapeutique :

Dans chaque processus de traitement, le praticien tend à **modifier le comportement** du patient. Le but du praticien est alors que le patient comprenne sa situation, les raisons qui en sont à l'origine et les modifications à apporté à son attitude pour aboutir à une amélioration. Cette **éducation thérapeutique** est notamment illustrée en parodontologie dans la phase de motivation à l'hygiène préalable à tout traitement. Cette phase est entièrement basée sur la communication.

3. Communications verbale et non verbale :

La communication verbale désigne un mode de communication utilisant le **langage** c'est à dire un ensemble de symboles dont le sens est défini et qui est commun à l'émetteur et au récepteur [1, 15,42].

La communication non verbale correspond à tous les éléments qui, autour de la communication verbale, interviennent dans le processus d'émission et de réception d'un message. Il est aujourd'hui admis que les composants non verbaux de la communication ont une grande importance dans le dialogue entre deux individus. Le professeur Albert Mehrabian, à la suite de deux publications (*Decoding of Inconsistent Communications* et *Inference of Attitudes from Nonverbal Communication in Two Channels*) énonce la « **règle des 7-38-55** ». Selon lui, dans le processus de communication :

- **7%** de la communication est **verbale** et implique le sens même des mots
- **38%** de la communication est **vocale** et passe par les intonations, le timbre de voix, le débit de parole
- **55%** de la communication est **visuelle** et correspond à l'interprétation consciente ou non du langage corporel (attitudes du corps et expressions faciales).

D'après le professeur Mehrabian, 93% de notre communication n'est donc pas en rapport direct avec le sens des mots que nous employons. Il apparaît dès lors que la communication non verbale ne doit pas être négligée dans la relation de soin.

Le praticien doit être capable d'une part de **décrypter les signaux** émis par le patient et d'autre part de **maîtriser sa propre attitude** afin qu'elle soit cohérente avec le message qu'il souhaite transmettre et qu'elle participe à l'efficacité de la communication.

4. Les éléments influençant la communication :

Le modèle de la communication interpersonnelle de Berlo illustre clairement que de nombreux éléments peuvent intervenir dans le déroulement d'un dialogue [9, 12]. Dans le cadre de la relation de soin dans le cabinet dentaire, deux catégories de variables peuvent affectées le processus de communication : les variables **intrinsèques** propres à chacun des individus et les variables **extrinsèques** faisant référence à l'environnement, au contexte dans lequel se déroule l'échange.

a. Les variables extrinsèques :

La première variable à prendre en compte est **le temps**. En effet le praticien doit prévoir un temps suffisant pour la réalisation du soin mais inclure également un temps nécessaire à la communication. Un temps insuffisant conduit à une communication de mauvaise qualité et limite la compréhension du patient.

Le temps précédant l'entretien clinique doit aussi être pris en compte. En effet, un temps d'attente prolongé peut constituer pour le patient un **facteur de stress** qui limitera l'efficacité de la communication avant même que celle-ci ne débute. Le praticien doit donc avoir une **gestion rationnelle** de son emploi du temps afin d'aménager une plage de temps suffisante pour une communication sereine et efficace mais aussi veiller à limiter autant que possible le temps d'attente des patients.

L'**environnement physique** dans lequel se déroule la communication est également une variable non négligeable. **Le bruit, l'éclairage, la température, les interruptions** par le personnel ou les appels téléphoniques sont autant d'éléments capables de perturber l'entretien. Une surcharge d'éléments de décoration dans la pièce peut représenter une distraction lors de l'échange. Il est nécessaire d'aménager un **espace neutre, sobre et confortable** dans lequel la majorité des patients se sentiront à l'aise pour faciliter la communication.

Enfin, la **position spatiale** des interlocuteurs intervient dans la qualité du dialogue. La position du patient ne varie que très peu, il est généralement assis soit sur une chaise face au bureau du praticien soit sur le fauteuil de soin. Lors d'un premier entretien, et plus généralement lors des phases de communication préalables à un soin, il est préférable que l'échange ait lieu **autour du bureau** du praticien et non pas d'emblée au fauteuil. Pour que la communication soit efficace les interlocuteurs doivent être **face à face**, et de préférence au **même niveau**. Le praticien doit manifester par sa position son intérêt pour ce que dit le patient : il ne doit pas réaliser l'entretien en préparant les instruments ou en manipulant l'ordinateur mais montrer par sa position qu'il écoute le patient (en le regardant directement et en faisant des signes de tête par exemple).

b. Les variables intrinsèques :

L'âge et le **sexe** sont les premières variables propres à chaque interlocuteur ayant une influence sur la communication. Une différence d'âge importante peut être un facteur d'incompréhension entre les individus.

De même l'**appartenance à un groupe social** donné, par les **préjugés** que celui-ci véhicule vis à vis d'autres groupes sociaux, peut constituer un frein à la communication. Le décalage entre les statuts sociaux du patient et du praticien peut être important et rendre difficile l'établissement de la confiance nécessaire à l'efficacité de l'échange. Si ce décalage est trop important, le praticien doit rechercher à le minimiser en faisant appel à **des goûts, des intérêts** qu'il pourrait avoir en **commun** avec le patient. De plus, un **aménagement sobre** du cabinet tend à limiter la sensation de décalage social du patient.

Toute rencontre s'accompagne, pour chacun des interlocuteurs, de **réactions affectives** déterminées par **l'expérience, les goûts, le système de valeur** de chacun. Ces réactions déterminent le caractère de **sympathie** ou **d'antipathie** que chaque interlocuteur va ressentir spontanément face à l'attitude, la façon de parler et de se présenter, l'intelligence ou la sensibilité de l'autre. Le praticien n'a évidemment aucun contrôle sur les réactions affectives du patient. Il peut cependant minimiser le risque d'apparition de réaction néfaste par une attitude **calme, polie et un discours clair**. Il peut également minimiser l'impact de ses propres réactions affectives en gardant une **ouverture d'esprit** qui lui permettra de considérer individuellement chaque patient, sans se référer à des idées préconçues.

Enfin, la **capacité d'intégration de l'information** est une variable essentielle dans la qualité de la communication. Elle revêt deux aspects : d'une part chaque patient présente des **capacités intellectuelles différentes** lui permettant d'acquérir et de comprendre une certaine quantité d'information. D'autre part le praticien doit être capable de **jauger les capacités** de son patient et d'**adapter son discours** afin que les informations principales soient parfaitement comprises par le patient. Le praticien doit s'assurer de cette compréhension en laissant la possibilité au patient de **poser des questions** ou de **faire répéter l'information**. Une **attitude ouverte** du praticien permet d'éviter que le patient ne

s'enferme dans l'incompréhension (n'osant pas avouer qu'il ne comprend pas l'information) ce qui rendrait la communication purement inefficace.

- La communication est un partage de l'expérience par la transmission d'une information entre un émetteur et un récepteur.
- La chaîne de communication se compose de l'émetteur, du récepteur, du message, du code, du canal et du contexte. Plusieurs variables peuvent influencer le déroulement du processus à chaque niveau de la chaîne.
- La communication au cabinet dentaire correspond au schéma de communication interpersonnelle.
- La communication a pour objectifs de permettre une transmission efficace du message, de créer et d'entretenir de bons rapports entre patient et praticien, et d'amener le praticien à pouvoir influencer l'attitude de son patient.
- L'aspect non verbal de la communication représente 93% du message transmis, de façon consciente ou non.
- L'efficacité de la communication peut être compromise par des éléments extérieurs (environnement, position spatiale des interlocuteurs, temps) ou par des éléments propre à chaque individus (psychologie des interlocuteurs, âge, sexe, groupe social, capacités intellectuelles)

III- Application à un premier entretien au cabinet dentaire :

Le premier entretien représente le premier contact entre le patient et le praticien. De ce premier contact va dépendre la relation de soin [12]. Le praticien doit comprendre le problème du patient et ses attentes, et proposer une ou plusieurs solutions. Ces solutions devront être exposées au patient de manière à ce qu'il comprenne clairement la démarche du praticien.

Pour atteindre ces objectifs, le premier entretien doit aboutir à une **relation de confiance** et de **collaboration**. L'application de techniques de communication interpersonnelle permet de faciliter cette démarche et de la rendre efficace avec la majorité des patients.

Le déroulement de l'entretien est divisé en trois phases, chacune ayant un objectif précis : l'accueil du patient, le dialogue préalable à l'examen clinique, la synthèse et la discussion après examen.

1. Les différentes étapes d'un premier entretien :

a. L'accueil du patient :

La phase d'accueil représente le tout premier contact entre le patient et le praticien. La première impression que l'on donne au patient est très importante, elle conditionne souvent le déroulement de l'entretien. Il est important d'avoir une **tenue soignée**, de s'exprimer **poliment et clairement**. Le praticien doit s'avancer vers le patient, le saluer avec le sourire et lui tendre la main. Ce premier contact physique permet d'amener pas à pas le patient à laisser le praticien entrer dans sa sphère d'intimité. En effet, si l'entretien en lui-même se déroule à distance sociale (125 à 210cm), l'examen clinique oblige le praticien à entrer dans la **zone personnelle** (moins de 125cm) et même **intime** (moins de 45cm) du patient. Cette intrusion doit se faire progressivement afin que le patient l'accepte. Il est préférable que le praticien appelle le patient par son nom. Cette **personnalisation** de la relation renforce l'aspect humain de la consultation et facilite la confiance du patient.

b. Le dialogue préalable à l'examen clinique :

Cette étape est centrée sur **l'écoute** du patient. Le praticien doit diriger l'entretien de manière à amener le patient à exposer son motif de consultation et ses attentes. Le praticien doit également profiter de ce dialogue pour appréhender au mieux la **personnalité** et **l'état d'esprit** de son patient afin de pouvoir ajuster son propre comportement. Il est préférable que ce dialogue se déroule autour du bureau du praticien et non pas au fauteuil. Ainsi le patient est amené pas à pas vers la phase d'examen. Le praticien doit faire appel à deux principes de communication : **l'écoute active** et **l'incitation à parler**.

L'écoute active est une technique qui permet une écoute efficace du message transmis par le patient. Elle permet également de montrer au patient **l'attention** que le praticien lui porte. Cette attention est une marque de **respect** et constitue un **renforcement positif** pour le patient, le rendant plus apte à parler sans contrainte. L'écoute active suppose une concentration maximale du praticien sur le dialogue. Il doit être **physiquement et psychologiquement disponible et réceptif**. Autrement dit, le praticien doit être face au patient, le regarder dans les yeux (sans toutefois avoir un regard insistant), et ne pas penser à autre chose pendant que le patient parle. L'écoute permet au praticien de noter les mots, les phrases, les idées exprimées par le patient mais aussi son langage non verbal et son comportement.

L'écoute active fait essentiellement appel au langage non verbal pour montrer au patient que le praticien porte de l'intérêt à son discours. Le praticien peut utiliser **le regard, les hochements de tête, la posture, les expressions du visage** pour montrer au patient l'attention qu'il lui porte. Le praticien doit avoir une posture **naturelle et détendu**, sans toutefois être nonchalante.

En plus d'écouter de façon attentive son patient, le praticien doit l'inciter à s'exprimer. Il montre ainsi le **respect** et **l'intérêt** qu'il porte au patient et lui permet d'exprimer clairement ses attentes et ses craintes. Plusieurs techniques permettent d'encourager le patient à s'exprimer.

L'utilisation d'**interjections** (« Ah ! » « Ah bon ! ») et la **répétition d'un ou plusieurs mots** peuvent constituer un encouragement à la parole. Toutefois ces interventions doivent être réduites au **minimum** afin de permettre au patient de s'exprimer. La **paraphrase** et la **technique du reflet** permettent de faire comprendre au patient que l'on a bien intégré le message qu'il transmet. Il s'agit de répéter soit de manière identique, soit en reformulant, une idée ou un sentiment exprimé par le patient afin de montrer que le message a été clairement reçu. Cette répétition doit constituer une **invitation** pour le patient à approfondir le sujet évoqué. Ces deux techniques font appel à l'**empathie** du praticien. L'empathie est la faculté de comprendre ce que ressent l'autre. C'est en utilisant l'empathie que le praticien peut comprendre ce qu'exprime le patient, et le lui faire savoir afin de l'encourager à s'exprimer davantage.

Enfin, le praticien peut utiliser les **questions** comme un moyen d'encourager le patient à parler mais aussi comme un moyen de diriger l'entretien afin que celui-ci reste centré sur les objectifs de la consultation. Ces questions devront être **ouvertes**, formulant une **invitation à parler**. Le praticien ne doit pas hésiter à demander au patient de répéter ou de préciser une idée afin d'être sûr d'avoir correctement intégré l'information.

Une fois le dialogue terminé, le praticien doit avoir compris le motif de consultation du patient, ses attentes, ses craintes, son comportement pour pouvoir effectuer un examen clinique complet orienté vers la résolution du problème exprimé par le patient.

c. La synthèse et la discussion après examen clinique :

Après un examen clinique complet, le praticien est en mesure de poser un diagnostic et de proposer un ou plusieurs plans de traitement au patient. Lors de cette étape le praticien doit **synthétiser** l'ensemble des éléments qu'il a observé et présenter au patient son diagnostic et son plan de traitement de manière claire.

Pour se faire le praticien doit se remettre dans une position qui facilite la communication : **face à face** avec le patient. Le masque et les lunettes doivent être retirés pour parler au patient car ils représentent une entrave à la communication non verbale. Le discours du praticien doit être **adapté aux capacités de compréhension du patient** qui ont été évaluées lors de la phase précédente. Les différents éléments du diagnostic et du

plan de traitement doivent être exposés de manière **claire et concise**, en évitant d'utiliser le jargon professionnel. Le praticien doit permettre au patient de poser des questions afin que l'information soit correctement transmise.

Le praticien doit expliquer clairement au patient la situation dans laquelle il se trouve et les moyens de résoudre le problème. Il doit d'abord relever les points positifs afin **d'encourager le patient**. Ensuite les points négatifs seront abordés de manière à les présenter comme solubles, **sans discours accusateur**.

Le praticien doit fixer des objectifs réalistes au traitement en fonction des capacités et de la motivation du patient qui sont évalués tout au long de l'entretien.

Le premier entretien est donc d'une importance capitale pour le déroulement des soins. Il doit permettre de construire un **rapport de confiance et de collaboration** entre le patient et le praticien, indispensable à la réussite du traitement. Il est donc nécessaire d'y accorder un temps suffisant, même si aucun soin n'est réalisé lors de la première séance.

2. Les points à éviter :

L'attitude du praticien conditionne la mise en place de la relation de soin [12]. Si certaines attitudes ont un effet positif, d'autres peuvent entraver la démarche de communication et aboutir à une incompréhension. Ces attitudes sont donc à proscrire.

Pendant la phase d'accueil, le praticien ne doit **pas avoir une attitude fermée**. Il doit s'avancer pour accueillir le patient et ne pas l'attendre assis dans son fauteuil. De telles attitudes envoient implicitement au patient l'image d'un praticien ne souhaitant pas communiquer, ce qui ne l'encourage pas à s'ouvrir.

Lors du dialogue précédant l'examen clinique le praticien doit éviter d'avoir une attitude trop rigide, tendue, ou au contraire trop nonchalante donnant l'impression d'un manque d'intérêt. L'attitude du praticien doit rester **naturelle**. Il ne doit pas interrompre le patient, sauf pour recentrer le dialogue sur la problématique qui a amené le patient à consulter. Le praticien doit diriger l'entretien de manière **douce** et ne doit pas couper la

parole au patient en lui demandant d'aller à l'essentiel. Lors de l'interrogatoire, le praticien doit poser des **questions ouvertes**. Il doit éviter les formulations suggestives qui orientent la réponse du patient.

Enfin, dans la phase de synthèse, le discours du praticien doit être **accessible au patient**. Si quelques touches de vocabulaire professionnel peuvent rendre le discours plus « crédible » (pour les jeunes praticiens par exemple), en abuser rendra le discours incompréhensible au patient. Ce dernier n'osera peut être pas avouer qu'il n'a pas compris. Le décalage ainsi créé rendra difficile l'établissement de la confiance entre le patient et le praticien.

Lorsque l'attitude du patient est inadéquate, le praticien doit le lui expliquer et lui donner des conseils pour s'améliorer. **En aucun cas le praticien ne doit utiliser un ton accusateur**. Il ne doit pas culpabiliser son patient. Une telle attitude aboutirait à un **ressentiment** du patient vis à vis du praticien. Les conseils thérapeutiques donnés par le praticien ne seront alors pas suivis, et la thérapie sera vouée à l'échec.

La présentation du plan de traitement doit se faire de façon compréhensible pour le patient et doit prendre la forme d'une **proposition** faite au patient, lui laissant la possibilité de choisir. Rappelons que la loi interdit au praticien d'imposer un traitement à son patient. Si le discours du praticien prend la forme d'une obligation, voire d'une menace, un conflit peut apparaître.

Pour faciliter la communication, le praticien doit donc :

- être face au patient, sans masque ni lunette de protection
- garder une attitude naturelle, ouverte pour inviter le patient à s'exprimer
- respecter le patient et lui montrer son intérêt
- faire preuve d'empathie
- diriger l'entretien de manière douce
- écouter de manière active le patient
- évaluer sa personnalité
- adapter son discours pour faciliter la compréhension du patient
- utiliser le renforcement positif et ne pas le culpabiliser
- s'assurer que l'information a été comprise

Les différentes mutations de la relation de soin ont donc abouti à une relation de collaboration entre deux individus inégaux. Une telle coopération ne peut se concevoir sans une confiance solide et durable entre le patient et le praticien. Les techniques de communication interpersonnelle sont un outil indispensable pour construire une telle relation de confiance. Il est toutefois important de noter que les principes généraux de communication qui ont été évoqués doivent être adaptés en fonction des différents types de patients.

PARTIE 2 :

**LA GESTION DE LA RELATION DE SOIN EN
SITUATIONS SPECIFIQUES**

I- La relation de soin avec le jeune patient :

La relation de soin entre le praticien et l'enfant est une relation particulière, l'enfant étant un patient particulier. En effet, il ne doit pas être considéré comme un « adulte miniature » mais bien comme un **sujet à part entière**, un être en développement physique et psychologique qui ressent les émotions comme l'angoisse, l'anxiété, la peur, la satisfaction selon sa personnalité et son stade d'évolution [5, 12, 16, 36].

Les expériences vécues pendant l'enfance jouent un grand rôle dans le développement psychologique de l'enfant. Ainsi, une mauvaise expérience avec un praticien peut aboutir à l'apparition d'une **phobie** qui sera très difficile à surmonter. L'enfant pourrait donc devenir un adulte phobique ne consultant qu'en dernier recours et dont l'état de santé dentaire serait déplorable. Il est donc capital de construire une relation de soin saine avec l'enfant.

Pour comprendre l'anxiété que peut générer une première visite chez un dentiste il faut évoquer l'importance de la symbolique de la bouche dans le développement psychologique de l'enfant. La cavité buccale est le **premier organe d'interaction** entre le nouveau-né et le monde extérieur. C'est par la bouche que l'enfant assouvi ses besoins primaires : la faim, la soif, la respiration. La bouche représente également le **centre d'attachement entre la mère et l'enfant**. Pour l'enfant, la cavité buccale est un lieu de **plaisir** et de **satisfaction**. L'intrusion d'un étranger dans la cavité buccale représente un facteur de stress important pour l'enfant. La construction d'une relation de soin de qualité permet de minimiser l'impact de cette intrusion, amenant pas à pas l'enfant à accepter la démarche thérapeutique.

1. Le triangle relationnel parents-enfant-praticien :

Comme avec les adultes, le premier contact est le plus important. La qualité de la relation de soin va dépendre en grande partie du bon déroulement de la première consultation. La relation de soin avec l'enfant est particulière car elle ne correspond pas au schéma classique d'une relation entre un patient et un praticien. Ici, un troisième acteur

indissociable prend part à la relation : **les parents**. Le praticien doit composer avec les craintes et les attentes de l'enfant et des parents. Il est préférable de rencontrer les parents **sans l'enfant** avant la première consultation. Ainsi le praticien pourra recueillir des informations concernant l'enfant, son état de santé, ses antécédents, son niveau de développement, ses appréhensions.

Le praticien devra rassurer les parents, leur expliquer le déroulement de la consultation et déceler leurs éventuelles angoisses. En effet il est possible que l'enfant **reproduise une crainte présente chez l'un de ses parents**.

Au cours de la première consultation, il est préférable qu'au moins un des parents soit présent dans la salle de soin pour rassurer l'enfant. Pour les séances suivantes en revanche, l'enfant devrait être seul avec le praticien afin de le **responsabiliser** et de **l'impliquer pleinement dans la relation de soin**. Dans le cas d'enfants de moins de trois ans ou d'enfants très peu coopératifs, la présence des parents peut cependant être nécessaire tout au long des soins afin de diminuer l'anxiété.

2. La relation de soin en fonction de l'âge de l'enfant :

Le praticien doit toujours garder à l'esprit que l'enfant est en **constante évolution**. La construction de la relation de soin est donc différente suivant le stade de développement dans lequel se trouve l'enfant.

a. La petite enfance : de un à cinq ans :

C'est habituellement durant cette période que les enfants viennent consulter pour la première fois. L'enjeu pour le praticien est alors de créer une relation de soin efficace. Pour se faire il devra amener l'enfant à **découvrir progressivement l'environnement**. A l'exception des urgences, la première séance ne doit pas comporter de soin mais seulement un examen clinique afin d'amener progressivement l'enfant à coopérer aux soins.

Avant trois ans, l'enfant n'est pas en mesure de comprendre les buts du traitement. Son attention est difficile à capter et ne peut l'être que peu de temps, ses réactions sont inconstantes. A cet âge, le rapport à la mère est très important. Le praticien **ne doit pas séparer la mère et l'enfant** mais utiliser la présence de la mère comme un atout pour réduire l'anxiété de l'enfant. Le praticien doit veiller à retenir l'enfant au fauteuil **le moins de temps possible** une fois qu'un rapport positif s'est installé.

Entre trois et cinq ans, les enfants sont plus faciles à aborder. Ils sont alors capables de coopération et d'imitation mais leur attention reste éphémère. Il convient de limiter la première visite à un simple examen et de réaliser des soins rapides lors de séances ultérieures. Le praticien peut faire appel à **l'imaginaire** de l'enfant pour faciliter sa compréhension et sa coopération.

b. L'enfance : de six à neuf ans :

A cet âge, l'enfant est en pleine socialisation. Il a une grande curiosité et commence à acquérir une certaine indépendance. Cette période est propice à **l'éducation thérapeutique**. L'enfant est capable, dans une certaine mesure, de comprendre sa responsabilité face à l'hygiène dentaire. Il est également capable de comprendre que le déroulement des soins est soumis à des règles qu'il doit respecter. Le praticien peut utiliser sa capacité d'apprentissage par **observation et imitation** pour mettre en place de bonnes habitudes. Le **renforcement positif** doit être utilisé chaque fois que l'enfant coopère au soin afin de l'encourager.

c. La préadolescence et l'adolescence :

Durant cette période le jeune patient quitte progressivement le monde de l'enfance mais n'est pas pour autant adulte. Cette période de transition est souvent marquée par des difficultés comportementales. L'adolescent cherche souvent à **défier l'autorité**. Cette attitude peut nuire au déroulement des soins si le praticien est perçu comme une figure autoritaire. La séparation du patient et des parents permet de favoriser la responsabilisation, de montrer au patient qu'il est considéré en temps que personne et non à travers ses parents et d'éviter les provocations envers le praticien qui ne seraient qu'un

moyen de défier l'autorité parentale. Il convient alors de **favoriser la coopération du patient tout en restant ferme**. A cet âge, le patient est en mesure de comprendre l'intérêt des soins et du respect des règles pour qu'ils soient réalisés dans de bonnes conditions.

3. Les techniques de communication et d'influence du comportement :

Plusieurs techniques permettent au praticien de faciliter la relation avec l'enfant. L'application de ces techniques peut se faire à tous les stades de développement [5, 12, 16, 36].

a. Le langage imaginaire :

L'utilisation d'un vocabulaire imagé faisant appel à l'imaginaire de l'enfant est possible pendant la période de la **petite enfance**. Cette technique permet de s'adapter au niveau de compréhension de l'enfant mais aussi de **stimuler son imagination pour réduire l'anxiété et augmenter son attention**. Ainsi, le contre-angle peut devenir un hélicoptère, la seringue un stylo magique, la pompe à salive une machine à bisou, etc... Cette technique ne doit pas être utilisée sur des enfants de plus de six ans qui risquent de mal vivre une telle infantilisation.

b. La préexposition :

L'environnement du cabinet dentaire présente énormément d'éléments inconnus pour l'enfant. **De cette méconnaissance née l'angoisse**. La technique de préexposition consiste à faire découvrir progressivement à l'enfant le cabinet, le personnel, les principaux instruments afin de le familiariser avec l'environnement. L'enfant peut **manipuler** lui-même certains instruments et **poser des questions**. Ainsi, lors de prochaines visites, l'enfant se trouve dans un environnement familier et peut mieux accepter les soins.

c. La méthode du « Tell, Show, Do » :

La méthode du « Tell, show, do » (pour « dire, montrer, faire ») a été mise au point par un pédodontiste : Addelston. A l'instar de la préexposition, cette technique vise à diminuer l'anxiété de l'enfant en diminuant son incertitude. Comme son nom l'indique elle comprend trois étapes.

D'abord le praticien doit **dire** à l'enfant ce qu'il va faire. Il doit lui expliquer pourquoi et comment il va réaliser un geste en utilisant un **discours adapté** aux capacités de compréhension de l'enfant. Il ne faut cependant pas submerger l'enfant d'informations mais se concentrer sur l'explication des gestes **les plus importants et les plus anxiogènes**. Ensuite le praticien **montre** à l'enfant le geste en faisant une démonstration plus ou moins fidèle sur la main ou l'ongle de l'enfant. Cette étape permet de **démontrer** l'absence de douleur et de **familiariser** l'enfant à la sensation et au bruit de l'instrument. L'enfant peut également manipuler lui même certains instruments pour se familiariser. Enfin le praticien doit réaliser le geste **rapidement** après la deuxième étape.

d. Le renforcement positif :

La technique du renforcement positif consiste à **encourager** l'enfant lorsqu'il manifeste le comportement souhaité. Ce renforcement peut prendre la forme de **compliments**, de **félicitations** voire même de **cadeaux**. Le moyen de renforcement utilisé doit être adapté à l'âge de l'enfant. Le praticien doit toutefois se montrer prudent. Si le renforcement positif permet de récompenser un comportement correct, il ne doit pas devenir un marchandage qui favoriserait l'utilisation de la **manipulation** par l'enfant.

e. Les techniques de distraction :

La capacité d'attention de l'enfant augmente avec l'âge mais reste toujours **limitée**. Lors de soin long ou fastidieux, des techniques de distraction peuvent permettre de **fixer durablement l'attention** de l'enfant sur une situation agréable pour permettre au praticien de réaliser le soin. L'utilisation de vidéo ou de musique que l'enfant pourrait choisir est un bon moyen de distraction.

Cette technique est également à employer avec prudence car elle ne doit pas interférer avec l'acte thérapeutique.

La relation de soin entre l'enfant et le premier praticien qu'il consulte va conditionner son rapport aux soins dentaires. Il est primordial que cette relation soit efficace.

L'enfant doit être considéré comme un être à part possédant sa propre sensibilité et non comme un objet de soin. Pour autant, le praticien ne doit pas négliger l'implication des parents dans la relation de soin. Cette relation prend alors la forme d'un triangle entre parents, enfant et praticien où chaque élément peut influencer le système.

Le caractère symbolique de la bouche, lieu d'interaction, de plaisir et de satisfaction rend la première intrusion particulièrement anxiogène.

Le praticien peut utiliser plusieurs techniques en les combinant pour améliorer la communication avec l'enfant et ainsi réduire l'anxiété. Il doit garder à l'esprit que l'enfant est en constante évolution et qu'il devra toujours s'adapter au stade de développement de l'enfant qui se trouve face à lui pour que la communication soit efficace.

II- La relation de soin avec le patient âgé :

Les progrès médicaux et l'amélioration des conditions de vie associées à une baisse du taux de fécondité ont entraîné un vieillissement de la population dans tous les pays industrialisés. Les chirurgiens-dentistes sont de plus en plus confrontés à la prise en charge de patients âgés [4, 12, 31, 10, 47].

La particularité de la prise en charge des patients âgés est d'abord technique. En effet, ces patients présentent souvent une **polypathologie** et donc une polymédication qui rend l'intervention du praticien plus complexe. De plus, les modifications physiologiques des structures buccales liées au vieillissement entraînent une sensibilité accrue aux

pathologies bucco-dentaires. Enfin, la baisse des capacités motrices qui accompagne souvent la sénescence empêche les patients âgés de maintenir une hygiène buccale satisfaisante.

Cependant l'aspect technique ne doit pas être le seul pris en compte par le praticien. Le vieillissement s'accompagne également de **modifications psychologiques**, touchant particulièrement l'image de soi, qui ont un impact important sur le rapport qu'a le patient âgé à son corps et à sa santé. De plus, la **baisse des capacités cognitives**, fréquente chez le patient âgé, entrave la communication avec le praticien.

La prise en charge du patient âgé associe donc une adaptation technique à une adaptation psychologique qui permettra d'établir une relation de soin dont le but est d'encourager le patient âgé à être **acteur** de sa santé.

1. Difficultés de communication liées à l'âge :

Le premier obstacle à une communication efficace avec un patient âgé est la baisse des capacités cognitives liée au vieillissement. L. BHERER et al. étudient l'évolution des fonctions exécutives au cours du vieillissement sous l'angle de la neuropsychologie et de la psychologie cognitive expérimentale. Cette revue de la littérature fait apparaître que, au cours d'un processus de vieillissement dit « normal », les fonctions d'**alternance** et de **mémoire de travail** sont altérées.

L'alternance se définit comme la capacité du sujet à déplacer plus ou moins rapidement son attention entre deux tâches ou deux stimuli distincts. Cette aptitude décroît donc pendant le vieillissement. Il apparaît également que la diminution de la capacité d'alternance est encore plus importante quand le sujet est atteint de la maladie d'Alzheimer ou de démence frontotemporale.

La mémoire de travail correspond à la faculté de maintenir et de manipuler une information à court terme. De même que l'alternance, la mémoire de travail décline avec l'âge et ce déclin est plus marqué au cours du vieillissement pathologique.

L'impact de l'altération de ces deux processus cognitifs sur l'efficacité de la communication interpersonnelle semble donc évident. Le patient âgé atteint de troubles de l'alternance et la mémoire de travail, **perd la capacité d'intégrer correctement plusieurs informations**. Il devient difficile pour lui de **maintenir une attention efficace** et de **manipuler l'information** au cours d'un dialogue.

Cette difficulté peut être accentuée par la présence de **déficits sensoriels**, souvent observés au cours du vieillissement. La diminution de l'ouïe ou de la vue représente un frein évident à la communication. Indépendamment de tout processus cognitif, l'altération sensorielle parasite l'acquisition du message au cours de la communication interpersonnelle.

Le deuxième élément à prendre en compte dans la communication avec le patient âgé est représenté par les **modifications psychologiques** liées au vieillissement. En effet, ce dernier s'accompagne de changements importants touchants les capacités physiques, le mode de vie et le lien social qui ont un impact psychologique majeur.

L'altération des capacités physiques et cognitives amène progressivement la personne âgée vers un état de dépendance qui s'accompagne souvent d'un sentiment croissant de **fragilité**, voire parfois de **honte**, aboutissant à l'**émoussement de l'estime de soi**. L'arrêt d'une activité professionnelle et productive, l'éloignement familial et un certain degré de dépendance physique participent à un **isolement social** de la personne âgée. Cet isolement conduit à la diminution de l'estime de soi.

L'image dévalorisante que la personne âgée peut avoir d'elle-même entraîne de sa part une négligence de son hygiène et de sa santé. Le praticien doit, par une communication adaptée, contrer ce phénomène et conserver une **participation active** du patient.

2. Une communication adaptée :

L'ensemble des modifications évoquées précédemment imposent de la part du praticien certaines adaptations dans sa façon de communiquer.

Dans la forme, le praticien doit avoir un discours **clair**, exposé de façon **compréhensible**. Il convient de parler plus **lentement**, d'une voix plus **forte** et de maintenir autant que possible un **contact visuel** pour capter au mieux l'attention du patient. Le praticien doit laisser la possibilité au patient de poser des questions afin de s'assurer que l'information a été correctement intégrée.

Dans le fond, le praticien doit à travers son discours **promouvoir** l'importance de la santé bucco-dentaire à tout âge. Le discours du praticien vise également à **valoriser** l'estime de soi du patient afin d'éviter que le patient néglige son hygiène et sa santé.

Il n'est pas rare que les personnes âgées présentent une mémoire défaillante. Le recours à une tierce personne pour recueillir les renseignements médicaux indispensables au traitement est alors possible. Si tel est le cas, le praticien doit garder à l'esprit que cette tierce personne **n'est qu'une aide**. Il ne doit surtout pas s'adresser exclusivement à l'accompagnant et négliger le patient.

Enfin, il est important de rappeler qu'une personne âgée, quelque soit son état de dépendance, mérite le **respect**. L'infantilisation souvent observée dans le cadre familial, ou dans le cadre institutionnel **ne doit en aucun cas être reproduite** par le praticien. Il convient de s'adresser à la personne âgée avec les mêmes règles de **politesse** et de **respect** que celles s'appliquant à n'importe quel interlocuteur.

En conclusion, rappelons que le processus de vieillissement atteint de façon **inégal** la population. Certaines personnes, pourtant d'un âge avancé, ne présentent pas d'altérations physiques ou psychologiques rendant nécessaire une adaptation de la communication. Le praticien doit donc profiter du premier entretien avec le patient pour **évaluer** les différents paramètres physiques, cognitifs et psychologiques qui pourraient interférer dans le processus de communication et ainsi adapter son discours. L'approche du praticien sera **individualisée**, associant une adaptation technique à une adaptation

psychologique, afin de prodiguer au patient âgé des **soins de qualité** dans un **contexte thérapeutique valorisant**.

Notons enfin que le rôle du praticien est aussi de **sensibiliser** les personnes âgées ainsi que **le personnel soignant** qui les entoure sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire et de visites de contrôle régulières.

Le vieillissement s'accompagne de modifications cognitives rendant difficiles l'intégration et la manipulation d'une information par le patient. De plus, les déficits sensoriels souvent associés compliquent grandement l'acquisition du message par le patient.

Les changements successifs dans le mode de vie des personnes âgées ont un impact psychologique aboutissant à un isolement social, un repli sur soi et une diminution de l'estime de soi.

Le praticien doit, par un discours clair dans la forme et dans le fond, faciliter la compréhension de l'information par la personne âgée. Il doit également créer un contexte valorisant afin de promouvoir la santé bucco-dentaire chez ces patients et leurs accompagnants.

Si le recours à une tierce personne est nécessaire, le praticien doit veiller à accorder au patient une place centrale et à l'aidant une place secondaire et non l'inverse.

Enfin, le praticien ne doit pas infantiliser le patient âgé quelque soit son état de dépendance. Il doit s'adresser à lui avec la déférence que mérite tout interlocuteur.

III- La relation de soin avec le patient en situation de handicap :

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2001 définit le handicap comme une **limitation fonctionnelle d'ordre physique ou mentale pouvant restreindre la réalisation de certains actes de la vie quotidienne ou l'accomplissement de certains rôles sociaux**. En 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé estime à un milliard, soit environ **15% de la population mondiale**, le nombre de personnes atteintes d'une forme de handicap. Tout professionnel de santé est donc amené tôt ou tard à prendre en charge une personne en situation de handicap.

Ces personnes, au-delà des besoins spécifiques à leur handicap, ont **les mêmes besoins de santé que la population générale**. Or, si la loi française garantit un égal accès aux soins à l'ensemble de la population, l'expérience montre que les personnes en situation de handicap rencontrent des difficultés parfois importantes dans leurs démarches de soin [46].

Parmi les nombreux obstacles rencontrés par les personnes en situation de handicap, il est important de noter une certaine **réticence des praticiens** [12]. Ce phénomène s'explique par plusieurs facteurs.

Tout d'abord, la situation de handicap impose des contraintes pratiques. En effet, les soins dentaires sur un patient handicapé demandent souvent plus de temps que sur un patient valide. De plus, dans le cas de personnes à mobilité réduite, la structure de soin doit être aménagée pour faciliter l'accès des patients. Or ces aménagements représentent un coût important.

Enfin, un défaut de formation et une méconnaissance des situations de handicap expliquent que certains praticiens ne se sentent pas à l'aise face aux patients handicapés [46, 50]. Ce malaise porte sur l'aspect technique des soins (le praticien craint que le handicap rende son geste trop complexe) mais aussi sur la relation entre le praticien et le patient handicapé, particulièrement dans le cas de patients atteints de déficiences mentales. Une enquête réalisée en région PACA en 2008 portant sur l'interrogatoire de 600 médecins généralistes rapporte que **8%** d'entre eux se sentent mal à l'aise face à un patient handicapé

physique et **22%** face à un patient handicapé mental [50]. Cette enquête révèle également que le manque de formation, les difficultés de communication et d'évaluation de la dépendance sont les principales causes du malaise ressenti par les médecins.

Une sensibilisation des praticiens aux spécificités de communication dans le cadre de handicap mental et de handicap physique semble alors nécessaire afin de faciliter la prise en charge indispensable des personnes en situation de handicap.

1. Le cas du handicap mental :

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la déficience intellectuelle comme une **capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe, d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences entraînant une aptitude diminuée à faire face à une situation de manière indépendante** (trouble du fonctionnement social).

a. Une population aux besoins spécifiques :

Les personnes présentant une déficience intellectuelle ont souvent un état bucco-dentaire déplorable. Ils présentent un taux important de pathologies carieuses et parodontales non traitées ainsi qu'une hygiène bucco-dentaire défectueuse [20].

Parmi les facteurs expliquant ce constat, la déficience intellectuelle en elle-même est le plus important. En effet ces patients n'ont pas toujours la capacité de **comprendre l'intérêt du maintien d'une hygiène bucco-dentaire correcte**. Il est alors difficile pour les soignants qui les accompagnent au quotidien d'instaurer une hygiène satisfaisante car le manque de compréhension empêche souvent une coopération efficace du patient. De plus, même si le patient comprend les objectifs d'une bonne hygiène, la **limitation de la coordination psychomotrice** souvent associée à la déficience intellectuelle diminue fortement l'efficacité du brossage.

Certains syndromes s'accompagnent de **manifestations bucco-dentaires**. Ainsi les patients porteurs d'un syndrome de Down présentent une parodontopathie à progression

rapide se développant pendant l'adolescence.

Bien que d'étiologie multifactorielle, cette parodontopathie est en étroite relation avec l'immunodéficience causée par le syndrome de Down [23].

Les traitements médicamenteux prescrits aux patients atteints de déficiences intellectuelles sont souvent présentés sous forme de sirops à **forte concentration en sucre**, augmentant leur sensibilité aux pathologies carieuses. De plus, certains traitements **modifient la composition salivaire** et diminuent ainsi les capacités de défense des dents et des muqueuses buccales.

Les patients porteurs d'une déficience intellectuelle ont donc des besoins importants en matière de soins dentaires. Le praticien, de par son aptitude à communiquer efficacement avec ces patients, rendra leur prise en charge plus aisée.

b. Prise en charge des patients atteints de déficience intellectuelle :

La prise en charge de ce type de patient commence par **l'évaluation** du degré de handicap et des possibilités de compréhension et par la **définition d'objectifs** de traitement précis lors du premier entretien.

Dans tous les cas, le praticien devra chercher à atteindre les objectifs suivants [12] : amener progressivement le patient à **accepter les soins**, **sensibiliser l'entourage** du patient (familial ou soignant) à l'importance de la prévention et des soins bucco-dentaires, **prévenir** la détérioration de l'état bucco-dentaire du patient et **restaurer** au mieux la fonction en cas de pathologie.

b.1 Le patient présentant des capacités intellectuelles limitées :

D'un point de vue médical, ce cas ne relève pas d'une situation de handicap. Malgré tout, il est important d'adapter la communication afin de **faciliter la compréhension** du patient et d'instaurer une **relation de confiance**.

Le praticien doit adopter un discours **simple**. L'information est alors limitée au minimum nécessaire au bon déroulement des soins tout en respectant les principes déontologiques d'information du patient et de consentement éclairé. Il convient d'utiliser un vocabulaire simple s'appuyant sur des **comparaisons** et des **métaphores**, en évitant le jargon professionnel trop complexe. L'utilisation d'une **caméra intra-orale**, de **photographies cliniques**, de **schémas** ou de **radiographies** peut constituer une aide à la compréhension de l'information. L'attitude du praticien doit être **ouverte**, permettant au patient de **s'exprimer** et de poser des questions. Le praticien peut lui même poser des questions au patient pour s'assurer que l'information a bien été comprise. Enfin, le praticien doit faire preuve de **patience** et ne pas montrer d'exaspération si le patient demande de répéter plusieurs fois la même information.

b.2 Le patient présentant une déficience intellectuelle légère ou modérée :

Les patients présentant une déficience intellectuelle légère ou modérée ont peu de contrôle sur leurs émotions. Ils sont souvent **anxieux** face au praticien et à l'environnement du cabinet dentaire. De plus, ils ont une **attention très limitée** [12].

Le praticien doit tout d'abord établir une relation de confiance avec le patient. Pour cela, une **approche progressive** est nécessaire afin d'amener pas à pas le patient à faire confiance au praticien et à accepter l'intervention.

Lors de la première visite, le praticien profitera de l'entretien pour recueillir les informations médicales dont il a besoin. Le plus souvent, le patient est incapable de fournir lui-même ces informations, la présence d'un accompagnant est alors nécessaire. Le praticien ne doit s'adresser à l'accompagnant qu'en cas de nécessité et **privilégier autant que possible la parole du patient**. Ainsi, le praticien démontre au patient l'attention qu'il lui porte et ouvre la voie à une relation de confiance.

Le praticien doit inciter le patient à s'exprimer et établir un **contact visuel** afin de capter son attention. Ainsi il pourra **évaluer** ses capacités d'attention et de compréhension. Le praticien doit, par son discours, amener le patient à comprendre qu'il est là pour l'aider.

L'entretien permet également d'**identifier les facteurs de stress** du patient. Celui-ci peut être provoqué par l'environnement (bruits, odeurs...), par l'appréhension des soins ou de la douleur ou par le souvenir de mauvaises expériences antérieures. Le discours du praticien doit être le **plus rassurant possible, sans mentir** au patient (en lui promettant qu'il ne sentira absolument rien par exemple). Si l'anxiété du patient est importante et que sa capacité de coopération est moindre, une **prémédication sédatrice** peut être prescrite pour faciliter le déroulement des soins.

Lors de la première séance il est préférable de se limiter à un simple examen. L'objectif de ce premier contact est de **familiariser le patient** avec le contexte de soin et l'instrumentation. Un **discours imagé** peut réduire l'anxiété du patient et lui permettre de mieux accepter les instruments.

Face à un défaut de coopération, le praticien doit faire preuve de **patience** tout en restant **ferme**. Toutefois il est important de **ne pas contrarier** le patient. Ces patients ont un contrôle très limité, voire inexistant, sur leurs émotions. Les contrarier n'aurait pour effet qu'un refus pur et simple des soins.

A l'inverse, face à un comportement satisfaisant du patient, le praticien peut utiliser la technique du **renforcement positif** afin d'encourager le patient à reproduire ce comportement.

Le but final est donc de créer entre le patient et le praticien **une relation de confiance et de compréhension mutuelle** qui permettra la réalisation des soins dans de bonnes conditions. Les patients présentant une déficience intellectuelle sont souvent rassurés par la routine, les rendez-vous doivent donc être fixés à **heures régulières** avec le **même praticien**. Enfin, la faible capacité d'attention de ces patients oblige le praticien à **écourter les séances de soin**.

b3 Le patient présentant une déficience intellectuelle sévère ou profonde :

La prise en charge de ce type de patient est très complexe. Le plus souvent, leurs aptitudes de communication sont très limitées et se situent principalement au niveau **pré linguistique** (vocalisations, onomatopées, babillage...) [24]. Le stade pré linguistique se caractérise aussi par des **mouvements moteurs** plus ou moins bien contrôlés. Ces mouvements, bien qu'étant des tentatives de communication, sont souvent interprétés comme des troubles du comportement. Il est alors extrêmement complexe pour le praticien de faire la différence entre une tentative de communication et un trouble lié au handicap du patient. De plus, même si la distinction est possible, il est difficile d'interpréter le message et d'attribuer à une attitude une signification réelle.

Ces patients sont le plus souvent placés en institutions spécialisées. Le praticien doit travailler **en coopération avec l'équipe soignante** qui accompagne le patient au quotidien. En effet, à force d'observation quotidienne, les soignants qui entourent le patient peuvent décrypter certaines de ses attitudes, leur attribuer une signification et établir une « **grille de communication** » qui sera basée sur l'évaluation des capacités d'expression et de compréhension du patient et sur l'observation de ces réactions face à différents contextes.

Le praticien devra porter une attention particulière à la **communication non verbale** qui est le principal mode de communication avec ces patients. Le praticien doit être **souriant, calme, doux** et ne pas faire de gestes brusques qui risqueraient de surprendre et de stresser le patient.

Toutefois, quand la déficience est trop profonde empêchant toute forme de communication et quand la coopération du patient ne permet pas la réalisation des soins, le praticien ne doit pas hésiter à adresser le patient en milieu hospitalier où les soins seront réalisés sous **sédation consciente** ou sous **anesthésie générale**.

2. Le cas du handicap physique :

Un grand nombre de personnes souffrent d'une forme de handicap physique à la suite d'un traumatisme, d'une anomalie congénitale ou d'une pathologie acquise au cours de la vie. Si un aménagement physique est souvent nécessaire à leur prise en charge au niveau des locaux, il est rare qu'une situation de handicap physique nécessite une adaptation psychologique du praticien.

En effet, la plupart des handicaps physiques **n'ont aucunes conséquences** sur les capacités de compréhension, d'interprétation et d'émission d'un message. Le praticien doit écarter le préjugé selon lequel les patients en situation de handicap physique sont moins intelligents que les patients valides. Un dialogue tout à fait classique, mélange de communication verbale et non verbale est donc possible entre le patient et le praticien.

Il est extrêmement important que le praticien **ne modifie pas son comportement** face à une personne en situation de handicap physique [12] (si ses capacités de communication sont intactes). Le praticien ne doit pas feindre de négliger le handicap ou, au contraire, lui accorder une place trop importante. La pire des attitudes que pourrait adopter le praticien est la **pitié**. Les patients en situations de handicap sont des **personnes ayant les mêmes besoins que les patients valides et doivent être considérés comme tel**.

Toutefois, deux situations imposent une adaptation du comportement et de la communication du praticien (dans la forme et non dans le fond) : le patient atteint de surdité ou de cécité.

a. Le patient atteint de surdité :

Le nombre de personne atteintes de surdité en France est estimé à cinq millions. L'impact de la surdité sur la communication est évident. Il existe différents degrés de surdité. Ce type de handicap se rencontre fréquemment, notamment chez les personnes âgées où il touche un tiers des plus de 65 ans [29].

Il existe plusieurs types de surdité. La surdité de transmission qui touche toutes les fréquences sonores, la surdité de perception qui peut affecter différemment les fréquences sonores, la surdité mixte qui est la plus fréquente et la surdité centrale. La surdité totale est rare, le plus souvent les patients entendent mal ou différemment.

Ce handicap, de par les difficultés de communication qui en découle, entraîne une exclusion sociale. Le praticien doit savoir s'adapter à cette situation pour ne pas créer ce sentiment d'exclusion chez le patient.

Les patients malentendants ont la **même capacité de compréhension** que les patients valides. Il ne faut surtout pas les considérer comme diminués intellectuellement. De plus, le praticien doit rester **patient** face aux difficultés de communication afin de ne pas créer de tensions préjudiciables à l'établissement d'une relation de soin satisfaisante.

Quelques règles de communication peuvent rendre plus facile le dialogue entre le patient malentendant et le praticien [12, 29] :

- ** viter tous les bruits parasites qui peuvent nuire à l'échange**
- **si besoin, attirer par un geste l'attention du patient**
- **se placer face au patient, à la même hauteur que lui**
- **s'assurer d'avoir le visage bien éclairé et éviter de se placer à contre-jour ou de parler en portant un masque de protection**
- **parler lentement, distinctement, en articulant correctement**
- **faire des phrases courtes, simples, sans abréviations ou mots trop complexe**
- **inviter le patient à s'exprimer**
- **s'assurer de la bonne compréhension du patient**

Beaucoup de patients malentendants pratiquent la **lecture labiale** ou **labio-faciale**. Les règles de communication énumérées précédemment visent à favoriser ce mode de communication. Toutefois la pratique de la lecture labiale n'est pas aisée et demande une grande concentration. Si le patient se fatigue ou que le message est trop complexe, le recours à l'** criture** permet d'assurer une bonne transmission de l'information.

Enfin, il est possible dans certains cas de faire appel à un **interprète** si le patient connaît le langage des signes.

b. Le patient atteint de cécité :

Comme dans le cas de la surdité, la cécité n'impose pas de modifications profondes du comportement du praticien. Il s'agit plutôt d'adopter quelques règles de bon sens afin de faciliter le dialogue et d'établir une relation de confiance.

Lorsque le patient est dans la salle d'attente, le praticien doit aller l'accueillir. Si le patient n'est pas accompagné, le praticien doit **offrir son aide** au patient en lui tendant le bras. Le praticien **ne doit pas imposer son aide** en saisissant le patient et **ne doit pas insister** si le patient refuse son aide.

Le praticien doit **décrire** au patient la salle de soin et l'agencement des différents éléments représentant des obstacles aux déplacements du patient malvoyant. Le patient pourra ainsi mieux se repérer dans cet environnement inconnu et sera moins angoissé.

Pendant l'examen et les soins, le praticien doit **avertir verbalement** le patient de ce qu'il s'apprête à faire. Il doit le prévenir en cas de changement d'instrument ou de position du fauteuil.

Pendant toutes les étapes de l'entretien, de l'examen et des soins, le praticien doit se concentrer sur **l'aspect verbal** de la communication en évitant de s'exprimer avec des mimiques ou des gestes. Pour autant la communication non verbale n'est pas à négliger car le patient malvoyant sera plus réceptif à la composante **vocale** de la communication. Le praticien doit donc veiller à ce que son débit de parole, son timbre de voix et ses intonations soient cohérents avec le message qu'il souhaite transmettre. Il devra s'exprimer **clairement, calmement** de façon à rassurer le patient pendant les soins.

Tout praticien est confronté au cours de son exercice à la prise en charge de patients en situation de handicap.

Face à un patient atteint de handicap mental, la première étape consiste à évaluer le degré de compréhension de la personne. De cette évaluation découleront des objectifs de traitement précis et réalisables qui devront permettre au minimum de soulager le patient, de restaurer la fonction et de prévenir la survenue d'autres pathologies.

Le praticien doit sensibiliser l'entourage du patient à l'importance de l'hygiène bucco-dentaire et des mesures de prévention. Le recours à l'assistance d'une tierce personne est une aide importante dans la prise en charge de patients atteints de déficience mentale. Dans le cas d'une déficience mentale profonde, une véritable collaboration entre le praticien et l'équipe soignante du patient doit être mise en place afin de faciliter l'approche du patient. Pour autant, le discours du praticien doit toujours rester centré sur le patient afin de ne pas le négliger.

Face à un patient atteint d'une forme de handicap physique n'ayant aucune conséquence sur ses aptitudes de communication, il est primordial que le praticien ne modifie en rien son attitude par rapport à l'approche d'un patient valide.

Dans le cas de surdité ou de cécité, le praticien doit simplement adopter quelques « règles de bon sens » en modifiant la forme (et non le fond) de son discours pour le rendre plus accessible au patient.

IV- La relation de soin avec le patient véhément, la situation conflictuelle :

La relation de soin étant une relation entre deux personnalités distinctes, il arrive parfois qu'une incompréhension engendre une situation conflictuelle. La durée, la complexité et le coût des soins sont des facteurs parfois responsables de tensions entre le patient et le praticien.

Selon le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes [51], les quatre principales causes de conflit entre le patient et le praticien sont :

- La **mauvaise compréhension des informations** fournies par le praticien
- Les **complications** survenant au cours des soins et modifiant de façon importante le planning et le coût
- La **perte de confiance** vis-à-vis de son praticien
- Les **problèmes relationnels**

Il est important pour la sérénité et la qualité de son exercice que le praticien soit en mesure de prévenir la survenue d'une situation conflictuelle avec un patient. Pour autant, aucun praticien n'est à l'abri d'une erreur et l'immense diversité des personnalités auxquelles il est confronté implique un risque d'apparition d'une réaction vive ou agressive d'un patient. Lorsque cela se produit, le praticien doit être capable de gérer le conflit par lui-même avant de faire appel aux différentes institutions.

1. La prévention des situations conflictuelles :

95% des conflits entre un patient et un praticien trouvent leurs origines dans un **défaut d'information ou de compréhension** [7]. Une communication efficace est le principal outil de prévention du conflit.

Le praticien doit toujours **évaluer la personnalité et les capacités de compréhension du patient afin d'adapter son discours**. Il doit donner une information complète et claire, compréhensible par le patient auquel il s'adresse. Il convient d'**individualiser l'approche d'un patient** et non d'utiliser invariablement le même

discours avec tous les patients. Le praticien doit s'assurer à chaque étape que le patient a bien compris l'information et ses implications. Si ce n'est pas le cas le praticien ne doit pas hésiter à répéter l'information, en modifiant son discours.

Le praticien doit se montrer **poli, respectueux et à l'écoute en toute circonstance** afin d'entretenir de bons rapports avec ces patients et éviter l'apparition de tensions, génératrices de conflit. Ainsi le praticien établira une **relation de confiance** qui doit être entretenue tout au long du traitement.

Les conflits naissent souvent de l'imprévu ou de l'inattendu. Le praticien doit faire comprendre au patient que l'art dentaire, comme toute discipline médicale, n'est pas une science exacte et que **des complications peuvent survenir**. Les risques de complications les plus fréquents doivent être exposés au patient pour éviter des reproches ultérieurs en cas d'apparition de complication. Le praticien doit évidemment **rester vigilant** pendant le traitement afin d'éviter les erreurs.

Le praticien est un individu possédant sa propre personnalité, sa propre sensibilité et ses propres valeurs. Il est possible que la personnalité du praticien et celle du patient soit « incompatibles », rendant l'établissement d'une relation de soin efficace basée sur la confiance très complexe. Lorsque le praticien se trouve dans cette situation, **la stratégie d'évitement est préférable à l'entêtement**. Le praticien doit alors expliquer calmement au patient les raisons l'amenant à penser qu'une relation de soin efficace entre eux n'est pas possible et l'orienter vers un confrère plus à même de répondre à ces attentes.

2. La gestion d'une situation conflictuelle :

Malgré tous ses efforts, un praticien sera confronté plusieurs fois au cours de sa carrière à une situation de conflit avec un patient. La situation conflictuelle peut naître à partir de différentes circonstances (retard du praticien, douleur, complication inattendue...). Le conflit peut s'exprimer par un discours empreint de reproches, de colère voire par une attitude agressive de la part du patient.

Quelques soit l'origine du conflit, le praticien doit faire preuve **d'écoute et d'une extrême patience**. Selon le psychologue Bruno Bettelheim « **dans tout conflit, aucune solution n'est possible si chacun des adversaires est incapable de prendre sérieusement en considération le point de vue de l'autre** ». Il est capital que le praticien soit à l'écoute des remarques et des critiques du patient, qu'elles soient fondées ou non. Une attitude fermée ou agressive ne fera qu'amplifier le conflit, qui peut se transformer en conflit juridique. Le but d'une communication efficace est de **désamorcer la situation** et d'essayer de **rétablir la confiance**.

Dans le cadre d'une situation conflictuelle, le praticien doit donc en premier lieu **laisser le patient s'exprimer**, exposer tous ces griefs, **sans l'interrompre**. Pour autant, le praticien ne doit pas accepter toutes les attitudes. En effet, le praticien doit expliquer au patient qu'il est prêt à écouter ces remarques et à discuter, pourvu que la discussion se déroule dans **le calme et la courtoisie**.

Une fois que le patient a fait part au praticien de ces remarques, celui-ci peut répondre au patient. Le praticien devra s'expliquer de manière **honnête, calme, courtoise mais ferme et en faisant preuve d'assurance**.

Prenons l'exemple d'un patient en colère à cause d'un retard important du praticien. Le simple fait de **s'excuser spontanément** de son retard en accueillant le patient peut suffire à désamorcer la situation. Dans le cas contraire, le praticien doit laisser le patient exprimer ses reproches puis, dans un second temps, lui expliquer sur un ton calme mais ferme les raisons de son retard. Le praticien doit faire preuve **d'empathie** et montrer au patient qu'il comprend son point de vue tout en justifiant le retard.

Dans le cas d'un patient mécontent à cause d'une erreur commise par le praticien, ce dernier doit avant tout faire preuve **d'honnêteté**. Le praticien doit reconnaître les faits évidents et expliquer (quand cela est possible) la difficulté du traitement qui a amenée l'erreur et les conséquences possibles de cette erreur. Le praticien doit **assumer sa responsabilité, sans montrer de perte de confiance** en lui qui serait perçue volontiers comme un manque de compétence.

Enfin, le praticien peut parfois se trouver dans une situation conflictuelle où les critiques du patient sont absolument infondées. Il est important, même dans ce cas-là, que le praticien conserve calme et patience. Le praticien doit essayer, par son discours, de faire comprendre au patient la nature injustifiée de ces critiques. Si la discussion reste inefficace, le praticien doit alors **poliment** conseiller au patient de consulter un confrère qui sera peut-être plus à même de répondre à ses attentes.

La plupart des situations conflictuelles entre patient et praticien naissent d'un défaut d'information ou de compréhension.

Afin de prévenir les conflits, le praticien doit donner une information claire, complète transmise par un discours individualisé adapté aux capacités de compréhension du patient.

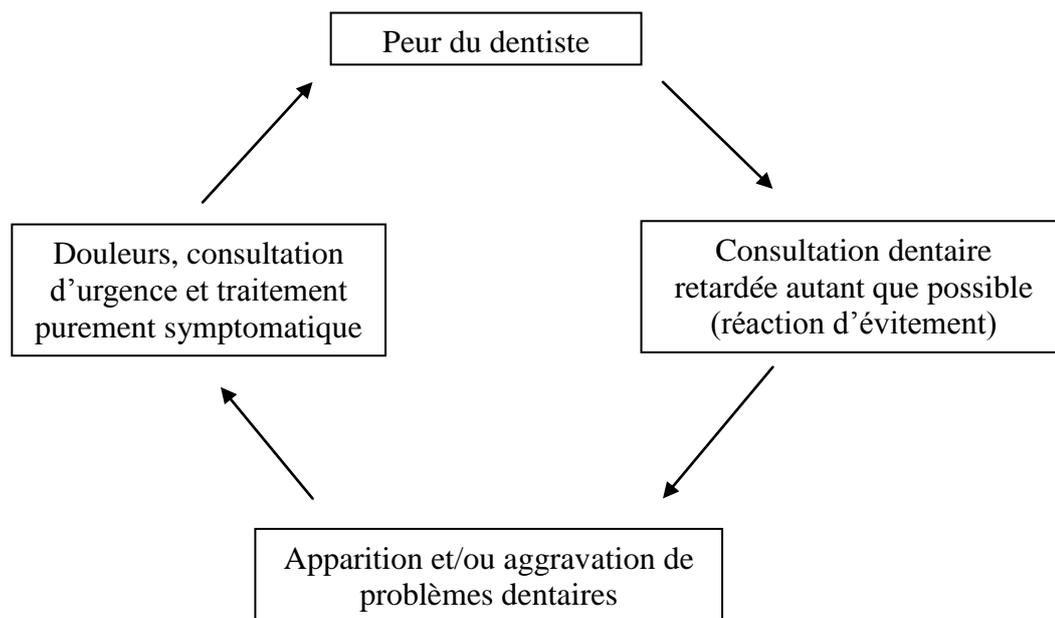
En cas de conflit, le praticien doit rester calme, courtois et patient en toute circonstance. Il doit être à l'écoute du patient et répondre à chacune de ces critiques. Ce dialogue doit se dérouler dans le calme afin d'éviter une escalade des tensions qui fermerait définitivement la communication entre le patient et le praticien.

V- La relation de soin avec le patient anxieux :

La réaction de peur face aux soins dentaires est un phénomène très répandu parmi les patients. Cette réaction peut prendre la forme d'une simple sensation d'anxiété ou constituer une véritable phobie, rendant presque impossible la prise en charge de ces patients.

D'après un sondage réalisé en France en 2012 sur un échantillon de 1004 personnes [48], **54% des interrogés déclarent ressentir un certains degré d'anxiété** avant une consultation dentaire. 35% ressentent une simple appréhension des soins et **2% déclarent être terrorisés** au point de refuser les soins ou de ne pas se présenter à la consultation.

Certains auteurs [6] décrivent le phénomène de la peur du dentiste comme un cercle vicieux, représenté de la manière suivante.



Cette représentation illustre le principal problème des patients anxieux : **la réaction d'évitement**. En effet, face à l'appréhension d'une consultation dentaire, ces patients préfèrent éviter la situation anxiogène et repousser l'échéance au maximum. Or il est rare qu'une pathologie bucco-dentaire évolue vers une guérison spontanée. Au mieux la pathologie n'évolue pas ou peu mais souvent l'évolution de la pathologie entraîne un épisode douloureux aigu contraignant le patient à consulter.

Afin de limiter la confrontation à la situation anxiogène, ces patients se contentent souvent de traitements symptomatiques. En effet, **25% des patients déclarent attendre qu'un problème devienne sérieux avant de consulter et 10% déclarent ne jamais consulter de praticien**, même en cas de problème [48]. **Leur état bucco-dentaire se dégrade peu à peu.**

Le praticien doit être capable **d'identifier les sources de stress** dans son environnement et dans son attitude afin de pouvoir rétablir avec ces patients particulièrement **méfiant** une **relation de confiance**.

1. Quelques définitions :

Le sentiment de malaise, voire de peur ressentie par le patient peut prendre trois formes : l'anxiété, l'angoisse ou la phobie [38].

L'anxiété est un état de **trouble psychique causé par le sentiment de l'imminence d'un évènement fâcheux ou dangereux**, s'accompagnant parfois de phénomènes physiques.

L'angoisse quant à elle est une forme de **malaise physique et psychique, née du sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisée par une crainte diffuse** pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des sensations physiques pénibles. Dans ce cas la peur **n'a pas d'objet précis**. L'angoisse constitue une forme majeure d'anxiété.

Enfin, la phobie est une **crainte excessive, maladive et irraisonnée face à un objet précis**. Le sujet à conscience du caractère injustifié de sa peur mais ne peut la maîtriser. Elle s'accompagne d'un important malaise physique et de réactions excessives allant jusqu'à l'hystérie.

Dans le cas de patient n'ayant jamais consulté de dentiste, la peur née souvent d'un **conditionnement négatif** de la part de l'entourage. En effet, le patient se présente au cabinet dentaire avec une image fantasmée des soins, des instruments et du praticien qui n'est que le reflet du récit (souvent peu flatteur) que lui en ont fait ses proches.

Dans le cas d'un patient ayant déjà consulté, la peur trouve souvent son origine dans une ou plusieurs **expériences antérieures désagréables, voire douloureuses**. Ces expériences malheureuses, souvent subies pendant l'enfance, marquent de façon profonde le patient et peuvent provoquer des réactions importantes. Ainsi s'installe une véritable phobie. 70% des personnes interrogées dans le sondage évoqué précédemment déclarent que leurs craintes remontent à l'enfance [48].

2. Les facteurs de stress au cabinet dentaire :

Force est de constater qu'un cabinet dentaire n'est pas un lieu des plus rassurant pour le patient. La quantité d'éléments inconnus qui s'y trouvent et l'appréhension ce qu'il s'y passe constitue autant de facteurs de stress.

Parmi les principaux facteurs de stress, il convient de distinguer ceux relatifs à l'environnement du cabinet et ceux relatifs aux soins.

Les sources d'anxiété les plus communes présentes dans l'environnement sont :

- Le **bruit**, particulièrement celui de la turbine (facteur de stress pour 29% des patients [48])
- Les **odeurs** inconnus des produits médicaux qui pour certaines sont très désagréables (facteur de stress pour 6% des patients [48])
- Un éclairage ou une décoration trop **agressive**
- Des locaux **sales** ou **mal ordonnés**

Les facteurs de stress relatifs aux soins sont :

- L'appréhension de la **douleur** (principal facteur de stress pour **67%** des patients [49])
- La **piqûre** anesthésiante (facteur de stress pour **29%** des patients [48])
- La **vue des instruments** (facteur de stress pour **6%** des patients [48])

3. La communication dans la prise en charge du patient anxieux :

Le but d'une communication efficace est ici d'établir ou de rétablir avec le patient anxieux **une relation de confiance**. Ces patients, que leur peur rend extrêmement méfiants, ont besoin d'avoir une totale confiance envers le praticien pour pouvoir envisager de surmonter leurs craintes.

Au cours du premier entretien avec le patient, le praticien doit **l'encourager à s'exprimer** pour pouvoir **identifier la ou les origines de sa peur**. Le praticien doit avoir une attitude ouverte encourageant le patient à parler. Le patient est amené, si possible, à exposer les éléments qui sont sources de stress pour lui afin que le praticien puisse réduire autant que possible leur présence. Le praticien doit adopter la technique de **l'écoute active** afin d'encourager le discours du patient et de lui faire comprendre que ces craintes sont **prises en compte**. Ainsi, le patient se sentira plus en confiance face au praticien.

D'un point de vue clinique, la première visite se limitera à un **simple examen** (sauf en cas d'urgence) afin de sensibiliser pas à pas le patient aux conditions de soin. Tout au long de l'examen, le praticien doit avoir une attitude **douce, calme** et rester attentif aux signes de **communication non verbale** du patient exprimant une tension (**crispation, mimiques, mouvements nerveux des doigts et des mains...**).

Pendant les phases de soin, le praticien peut utiliser les techniques de **distraction** afin de détendre le patient. Pour cela, le praticien peut proposer au patient la projection d'une vidéo afin d'éloigner la concentration du patient de sa peur. Quand le bruit des instruments est source d'angoisse pour le patient, le praticien peut lui proposer d'amener son baladeur (s'il en possède un) afin d'écouter une musique de son choix pendant les soins. Un code de communication non verbale sera alors mis en place entre le praticien et le patient pour permettre le déroulement des soins.

Enfin, le praticien peut utiliser, pour réduire l'angoisse de son patient, un mode de communication particulier : **l'hypnose**. L'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel le patient, grâce à l'intervention d'un praticien formé à cette technique, parvient à **faire abstraction de la réalité environnante tout en restant en**

relation avec le praticien [50]. Même si les mécanismes neurophysiologique et psychologique de l'hypnose sont encore mal connus, son efficacité dans la prise en charge des patients angoissés ou phobiques est aujourd'hui admise. L'hypnose peut également constituer un supplément à l'analgésie. Le patient reste conscient pendant toute la séance, on ne parle d'ailleurs plus d'état hypnotique mais **d'état de conscience modifiée**.

Les réactions de peur face aux soins dentaires sont très fréquentes.

Elles peuvent prendre la forme d'une simple anxiété, d'une angoisse ou d'une véritable phobie.

Le principal problème posé par cette sensation est la réaction d'évitement du patient. Afin d'éviter une situation anxiogène le patient ne consulte pas ou attend d'y être contraint (souvent par un épisode douloureux aigu). L'état bucco-dentaire de ces patients est donc souvent mauvais.

Le cabinet dentaire renferme de nombreux facteurs de stress tant environnementaux (bruits, odeurs, éclairage, locaux...) que contextuels (appréhension de la douleur pendant les soins, peur de la piqûre ou des instruments).

Le discours du praticien doit avoir plusieurs objectifs :

- Identifier les sources d'angoisse du patient afin de pouvoir les minimiser
- Etablir une relation de confiance avec le patient afin que celui-ci accepte de surmonter ces craintes
- Rassurer le patient avant et pendant les soins

Pendant les phases de soin, le praticien doit être calme, doux, rassurant, tant par son discours que par son attitude (importance de la communication non verbale).

Enfin, le praticien peut se former à la pratique de l'hypnothérapie qui est aujourd'hui reconnue comme un moyen efficace de lutter contre la phobie dentaire.

VI- La relation de soin avec le patient atteint de trouble mental :

Les troubles mentaux regroupent un ensemble important de pathologies différentes, il est donc difficile de les définir de manière précise. Bien que les symptômes de ces pathologies diffèrent, elles se caractérisent généralement par une combinaison de **pensées**, de **comportements** et de **rappports à autrui anormaux**.

Les perturbations des rapports sociaux engendrées par ces pathologies rendent complexe la construction d'une relation de confiance entre le patient et le praticien. Le praticien doit comprendre le mécanisme de la pathologie afin de pouvoir communiquer plus efficacement avec son patient.

Les modifications de la communication permettant de faciliter la gestion de la relation de soin sont illustrées au travers de l'exemple de deux troubles mentaux fréquents : **la schizophrénie** et **l'autisme**.

1. La relation de soin avec le patient schizophrène :

La schizophrénie est un trouble grave qui se caractérise par des **distorsions profondes de la pensée et de la perception** [52, 53]. Elle affecte à la fois la **pensée**, le **langage**, la **perception** et la **conscience** du patient. Les patients schizophrènes souffrent parfois d'épisodes psychotiques avec hallucinations visuelles et/ou auditives. Selon l'organisation mondiale de la santé, 24 millions de personnes dans le monde souffrent de schizophrénie à un moment de leur vie.

Le traitement de la schizophrénie couvre trois axes : **pharmacologique**, **psychologique** et **social** [54]. Le traitement pharmacologique a pour but de diminuer les symptômes de la pathologie. Le traitement psychologique vise à permettre au patient et à son entourage de faire face à la maladie et à ses complications. Enfin le volet social du traitement doit permettre au patient de se réinsérer dans la communauté.

La prise en charge d'un patient schizophrène au cabinet dentaire demande un certain nombre de précautions. La **présence d'un membre de l'entourage** du patient peut

faciliter grandement l'établissement d'une relation de confiance. Cette présence rassure le patient et permet au praticien de mieux interpréter les réactions parfois décalées du patient qui sont mieux connues de son entourage.

Le praticien doit avoir une attitude **calme et rassurante, sans gestes brusques ou intonation trop marquée**. Il doit s'adresser au patient et non à l'accompagnant.

Avant le premier entretien, le praticien peut se mettre en relation avec le psychiatre du patient afin de mieux connaître le stade d'évolution de sa pathologie et l'attitude à adopter face au patient. En effet chaque patient vit et ressent sa maladie différemment.

Les troubles de la pensée et de la perception causés par la schizophrénie entraînent des réactions imprévisibles, parfois violentes de la part du patient. Le praticien doit donc, **sans manifester d'inquiétude dans son attitude, rester vigilant** au cours des soins. Le recours à la prescription d'une sédation consciente ou à l'utilisation du MEOPA (mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote) pour faciliter les soins ne doit se faire qu'après consultation préalable du psychiatre et du médecin qui suivent le patient. Par mesure de précaution, le praticien doit veiller à **ne pas laisser d'objets tranchants ou pointus à portée du patient**. Enfin le praticien doit porter une attention particulière au risque **d'interaction médicamenteuse** causé par le traitement pharmacologique de la schizophrénie.

2. La relation de soin avec le patient autiste :

L'autisme est un terme regroupant un ensemble de pathologies de gravité variable associant, à des degrés divers, au moins trois manifestations cliniques : un **trouble de la communication verbale et non verbale**, des **comportements répétitifs et stéréotypés** et un **trouble de l'interaction sociale** [55]. Le nombre de personnes atteint d'une forme d'autisme est estimé à 650 000 en France [56].

La prise en charge de patients autistes au cabinet dentaire est rendu complexe par les mouvements imprévisibles, les comportements inadaptés et les routines obsessives qui caractérisent cette pathologie.

Une fois encore, **l'aide de l'entourage est précieuse** pour le praticien. Une rencontre préalable avec l'entourage, sans le patient, permet de recueillir des informations importantes : **l'histoire médicale, la tolérance aux soins, les éléments ou les comportements causant un stress ou qui au contraire rassurent et le mode de communication le plus efficace pour communiquer avec le patient.**

Lors de la première consultation, le praticien peut utiliser les techniques de **désensibilisation** et la technique du « **tell, show, do** » pour amener progressivement le patient à accepter l'examen. Beaucoup de patients autistes n'utilisent pas la communication verbale, l'utilisation de **pictogrammes** permet alors de mieux communiquer.

Les troubles de la perception causés par l'autisme amènent le patient à avoir des réactions parfois violentes face à certains stimuli comme le bruit, les odeurs, la lumière. L'environnement du cabinet doit donc être **le plus neutre et le plus calme possible**. Certains patients sont rassurés par la présence d'une personne ou d'un objet, le praticien peut s'en servir pour calmer le patient.

Les patients autistes sont souvent rassurés par la routine. Ainsi, les rendez-vous doivent être placés à **heure régulière** et l'équipe de soin doit être **la même entre chaque rendez-vous**.

Enfin, le praticien peut utiliser les techniques de **renforcement positif** afin d'encourager le patient, **sans réprimander** en cas de comportement inadapté.

De nombreuses personnes en France sont atteintes d'une forme de trouble mental. La principale difficulté est alors la perturbation des interactions sociales. Ainsi, la construction d'une relation de soin efficace devient complexe face à un patient dont la communication est fortement perturbée.

Les exemples de la schizophrénie et de l'autisme permettent toutefois de dégager quelques principes fondamentaux auquel le praticien peut avoir recours :

- **Se mettre en relation avec l'équipe soignante du patient afin de connaître sa pathologie, ses traitements et son état de santé.**
- **Ne pas négliger l'aide précieuse de l'entourage dans la construction de la relation de soin, tout en conservant la place centrale du patient**
- **Assurer par son attitude et l'environnement du cabinet un contexte de soin calme et rassurant.**
- **Amener pas à pas le patient à accorder sa confiance et à accepter les soins.**
- **Encourager les comportements positifs sans réprimer les comportements négatifs.**

Conclusion :

La relation de soin a connu de multiples métamorphoses au fil des âges. D'une relation mystique elle s'est d'abord lentement transformée en un paternalisme bienveillant pour aboutir, suite à une rapide évolution au cours du XX^{ème} siècle, à un partenariat entre le patient et le praticien.

Malgré ces différentes évolutions, la relation de soin reste une relation intersubjective asymétrique entre deux acteurs inégaux. Même si le législateur tente de compenser l'inégalité de cette relation par une protection de plus en plus importante des droits du patient, l'asymétrie demeure.

La communication est l'outil qui permet de gérer au mieux cette asymétrie et d'adapter le discours du praticien à la personnalité du patient et au contexte clinique. En maniant habilement cet instrument, le praticien établit avec chacun de ces patients une relation de confiance, un partenariat capable de développer son potentiel thérapeutique dans l'intérêt des patients.

Les situations spécifiques présentées dans ce travail sont rencontrées par tous praticien au cours de sa carrière. Il est donc primordial d'y être préparé. La plupart des patients ne demandent pas autant d'efforts de communication, mais ces situations mettent en valeur les qualités que le praticien doit avoir en toute circonstance : le **respect de l'autre**, la **politesse**, la **modestie**, l'**écoute**, la **patience** et la **retenue**.

L'humoriste Alex METAYER disait qu' «il n'y a que trois choses qu'on ne peut pas regarder en face : le soleil, la mort et le dentiste ». L'enjeu est là pour tout praticien : savoir être accessible à chacun de ces patients pour recueillir sa confiance.

Avis favorable le 5/02/13



Le président

Vu le directeur de l'enseignement
5/2/13



O. Hermet

Bibliographie :

1. ABRIC JEAN-CLAUDE, *Psychologie de la communication: théories et méthodes*, éditions Armand Colin, 2010
2. ADER Morgane, BLACHE Philippe, RAUZY Stéphane, *Prise en charge des troubles de la communication : la Plateforme de Communication Alternative*, Interactions n°1, p 1-19, 2008
3. AKRICH M., C. MEADEL, *Internet : intrus ou médiateur dans la relation patient/médecin ?*, Santé, société et solidarité : revue de l'observatoire franco-québécois, n°2-2009, p 87-92, 2010
4. ALAPHILIPPE D., BAILLY N., *Représentation du soi et auto-évaluation en fonction de l'âge*, L'année psychologique, n°100, p 265-284, 2000
5. AMEER NIZIA, RAJABABU PALAPARTHI, MADHUKAR NEERUDU, SUNIL KUMAR PALAKURU, HARINATH REDDY SINGAM, SATYANARAYANA DURVASULA, *Oral hygiene and periodontal status of teenagers with special needs in the district of Nalgonda, India*, J Indian Soc Periodontol, p 421-425, 2012
6. ARMFIELD JASON M., JUDY F.STEWART, JOHN SPENCER, *The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear*, BMC Oral Health 7:1, 15 pages, 2007
7. AZOUX-BACRIE LAURENCE, *Oser la conciliation. Une passerelle offerte aux acteurs de santé*, La revue hospitalière de France, n°520, p 54-58, 2008
8. BERGERON HENRI, *Les transformations du « colloque singulier » médecin/patient : quelques perspectives sociologiques*, extrait du colloque « Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législation plus tard », mars 2007

9. BERLO DAVID K., *Les processus de communication*, Rinehart & Winston, 1960
10. BHERER L., BELLEVILLE S., HUDRY C., *Le déclin des fonctions exécutives au cours du vieillissement normal, dans la maladie d'Alzheimer et dans la démence fronto-pariétale*, Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement, **volume 2**, n°3, p 181-189, 2004
11. BIOY ANTOINE, FRANCOISE BOURGEOIS, ISABELLE NEGRE, *Communication soignant-soigné: repères et pratiques*, éditions Bréal 2009
12. Dr. BOURASSA MAURICE, *Dentisterie comportementale : manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire*, Éditions du Méridien, 1998
13. BRUCHON-SCHWEITZER MARILOU, *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*, éditions Dunod, 2002
14. CANIARD ETIENNE, VERONIQUE FOURNIER, PHILIPPE BATAILLE, CAROLINE REY, MARC DUPONT, GUY NICOLAS, YANN LE CAM, *Droits des malades*, ADSP n°36, p20-31, septembre 2001
15. COSNIER J., *Les gestes du dialogue, la communication non verbale*, Psychologie de la communication, n°21, p 129-138, 1996
16. DAJEAN-TRUTAUD S, FRAYSSE C, GUIHARD J., *Approche psychologique de l'enfant au cabinet dentaire*, Encyclopédie Médico Chirurgicale, (Elsevier, Paris), Odontologie, 4 pages, 1998
17. Dr DEAU XAVIER, PATRICK BOUET, FRANCOIS-REGIS CERRUTI, GERARD LAGARDE, BERTRAND LERICHE, JEAN POUILLARD, *Pratique médicale et identité culturelle*, Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 18 juin 2005
18. DELCEY MICHEL, *Quelle information pour permettre un exercice effectif des droits du malade ?*, ADSP n°36, p56-57, septembre 2001

19. ESCRIBANO-HERNANDEZ ALFONSO, J. MIGUEL GARCIA-GARRAUS, IGNACIO HERNANDEZ-GARCIA, *Evaluation of satisfaction among relatives of mentally disabled patients who were users of a dental care protocol under general anaesthesia*, *Med oral patol Oral Chir Bucal*, p 83-88, 2012
20. FISHER KATHLEEN, *Is There Anything to Smile about? A Review of Oral Care for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities*, *Nursing Research and Practice*, **Volume 2012**, 6 pages, 2011
21. FOLLIGUET MARYSETTE, SCHVALLINGER FLORENCE, ELAMRANI NADIA, *Promouvoir la santé bucco-dentaire, la santé bucco-dentaire de la personne âgée*, *La santé de l'Homme*, n°412, p 34-35, 2012
22. GRIMALDI ANDRE, JULIE COSSERAT, *La relation médecin-malade*, éditions Elsevier, 2004
23. HENNEQUIN Martine, FAULKS Denise, VEYRUNE Jean-Luc, FAYE Malick *Le syndrome bucco-facial affectant les personnes porteuses d'une trisomie 21*, *Information dentaire* n°26, 28 juin 2000
24. JACQUES LINE, GAETAN TREMBLAY, *L'amélioration de la communication chez les personnes présentant une déficience intellectuelle sévère ou profonde : un défi à relever en équipe*, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, **volume 9**, n°1, p 15-29, 1998
25. JAILLON PATRICE, JEAN-PAUL DEMAREZ, *L'histoire de la genèse de la loi Huriet-Sérusclat de décembre 1988*, *Médecine Sciences*, **volume 24**, n°3, p 323-327, Mars 2008
26. JAKOBS W., M. LIPP, M. DAUBLANDER, E; JAKOBS-HANNEGREFS, *Dental treatment of handicapped patients with conscious sedation*, *Anesth Prog*, **Volume 36**, p 140-149, 1989
27. KREMER R., *Médecine : le pouvoir partagé*, Louvain MED, 2000

28. LEWIS CHARLOTTE W., *Dental care and children with special health care needs : a population-based perspective*, Acad Pediatr, p 420-426, 2009
29. LONGERICH BRIGITTE, *Madame B. n'a pas compris*, Soins infirmiers : Krankenpflege, n°11, p 58-61, 2000
30. Dr MOLEY-MASSOL ISABELLE, *Relation médecin-malade : enjeux, pièges et opportunités, situations pratiques*, éditions DateBe, 2007
31. MOLINIER P., IVAN-REY M., VIDAL J., *Trois approches psychosociales du vieillissement. Identité, catégorisations et représentations sociales*, Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement, **volume 6**, n°4, p 245-257, 2008
32. MOORE PAUL A., ROBERT M.PERKINS, CALVIN J.PIERCE *Pharmacologic desensitization for dental phobias : clinical observations*, Anesth Prog, **volume 37**, p 308-311, 1990
33. MOORE ROD, BRODSGAARD INGER, NICOLE ROSENBERG, *The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study*, BMC Psychiatry 4:10, 11 pages, 2004
34. NADER-GROSBOIS NATHALIE, *Relation entre capacités cognitives et communicatives d'enfants à retard mental*, Revue francophone de la déficience intellectuelle, **volume 12**, n°1, p45-66, 2001
35. NORGUET EMILIE, *L'enfant déficient mental au cabinet dentaire*, 75 pages, Thèse pour diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, Nantes, 2007, n°1
36. PERNON ERIC, CECILE RATTAZ, *Les modes d'expression de la douleur chez l'enfant autiste : étude comparée*, Médecine & Hygiène, **volume 15**, p 263-277, 2003
37. PIERRON JEAN PHILIPPE, *Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins*, Sciences sociales et santé, vol. 25, n°2, p 43-64, juin 2000

38. PRIEUR Jacques, *Pourquoi et comment introduire l'hypnose au cabinet dentaire ?*, 139 pages, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, Nancy, 2010, n°3439
39. RENAUD LISE, CARMEN RICO DE SOTELO, *Communication et santé : des paradigmes concurrents*, Santé Publique, **volume 19**, n°1, p 31-38, 2006
40. ROGERS WILLIAM, *L'histoire du dentiste chez les anciens*, extrait de *L'encyclopédie du dentiste*, Edition J.B BAILLIERE, Paris, 1845.
41. SHARMA A., *Prevalence of oral health status in visually impaired children*, Journal of indian society of periodontics and preventive dentistry, **volume 29**, p 25-27, 2011
42. TATE PETER, *Soigner aussi sa communication*, éditions De Boeck, 2005
43. WARY B., VILLARD J.F, *Spécificités de l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées*, Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement, **volume 4**, n°3, p 170-178, septembre 2006
44. WEAVER WARREN, SHANON, COSNIER J., *Théorie mathématique de la communication*, 1948
45. WILLEMSSEN RIA, *Techniques d'hypnose utilisées pour diminuer l'anxiété et la peur : revue de la littérature*, Revue belge de médecine dentaire, p 99-104, 2003
46. Rapport de la commission d'audition publique de la Haute Autorité de Santé sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, 23/01/2009
47. Rapport de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, *Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale*, novembre 2000
48. <http://www.plusjamaispeurdudentiste.com/la-peur-du-dentiste-une-realite> (consultée le 15/01/2013)

49. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
(consultée le 04/12/2012)
50. <http://www.sesstim-orspaca.org/depot/pdf/08-C10.pdf> (consulté le 14/12/2012)
51. www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr (consulté le 08/01/2013)
52. http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/ (consultée le 29/01/2013)
53. http://www.who.int/whr/2001/media_centre/en/whr01_fact_sheet1_fr.pdf
(consultée le 29/01/2013)
54. http://www.skizonet.ch/media/La_Schizophrenie_une_maladie_gerable.pdf
(consultée le 29/01/2013)
55. <http://www.handident-midi-pyrenees.com/pdf/Guidedebonnepratique.pdf> (consultée le 29/01/2013)
56. <http://www.vaincrel'autisme.org/content/1-autisme-en-chiffres-cles> (consultée le 29/01/2013)

La relation de soins en odontologie : Quelques situations particulières.

RESUME EN FRANÇAIS :

L'art dentaire est une profession extrêmement riche. Sa principale richesse, qui constitue aussi une difficulté est le contact avec le public. La relation de soin que le praticien doit construire avec chaque patient fait appel à ces capacités d'adaptation et de communication afin d'établir une relation thérapeutique basée sur la confiance. Après un rappel historique de l'évolution de la relation de soin, le cadre actuel de la relation de soin et la place de chacun des acteurs sont décrits. Les notions fondamentales de la communication interpersonnelle sont exposées, puis mises en application dans différentes situations cliniques spécifiques : Le patient jeune, le patient âgé, le patient en situation d'handicap, la situation conflictuelle et le patient anxieux.

The care relationship in odontology: Some special situations.**SUMMARY:**

The dental profession is an extremely rich. Its main asset, which is also a difficulty is contact with the public. The caring relationship that the practitioner must build with each patient uses these coping and communication skills to establish a therapeutic relationship based on trust. After a brief historical of the evolution of the care relationship, the current framework of the care relationship and the role of each actor are described. The fundamentals of interpersonal communication are discussed and applied in specific clinical situations: young patients, elderly patients, patients with Disabilities, the conflict situation and patient anxiety.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS-CLES : Relation de soin, communication,
Psychologie médicale, enfant, personne âgée, situation de handicap, conflit, anxiété, phobie.

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 Olivier HAMEL