

UNIVERSITÉ DE NANTES
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2022

N° 3778

**De l'intérêt de la relation thérapeutique dans la prise en charge de patients
atteints de douleurs orofaciales chroniques**

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée

et soutenue publiquement par

BELLETT Inès

le 07/01/2022 devant le jury ci-dessous

Président : Monsieur le Professeur LESCLOUS Philippe

Assesseur : Madame le Docteur CLOUET Roselyne

Assesseur : Monsieur le Professeur LE GUEHENNEC Laurent

Assesseur : Madame le Docteur RICHARD Catherine

Directrice de thèse : Madame le Docteur CASTELOT-ENKEL Bénédicte

UNIVERSITE DE NANTESPrésident**Pr BERNAULT Carine****FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**Doyen**Pr SOUEIDAN Assem**Assesseurs

Dr GAUDIN Alexis

Pr LE GUEHENNEC Laurent

Pr LESCLOUS Philippe


**PROFESSEURS DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.**

Mme ALLIOT-LICHT Brigitte
M. AMOURIQ Yves
Mme CHAUX Anne-Gaëlle
M. LABOUX Olivier

Mme LOPEZ Serena
Mme PEREZ Fabienne
M. WEISS Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. BOULER Jean-Michel

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VINATIER Claire

PROFESSEURS EMERITES

M. GIUMELLI Bernard

M. JEAN Alain

ENSEIGNANTS ASSOCIES

M. GUIHARD Pierre (Professeur Associé)

M. BANDIAKY Octave (Assistant Associé)

Mme LOLAH Aoula (Assistant Associé)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.**
**ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DES
C.S.E.R.D.**

M. AMADOR DEL VALLE Gilles
Mme ARMENGOL Valérie
Mme BLERY Pauline
M. BODIC François
Mme CLOITRE Alexandra
Mme DAJEAN-TRUTAUD Sylvie
M. DENIS Frédéric
Mme ENKEL Bénédicte
M. HOORNAERT Alain
Mme HOUCHMAND-CUNY Madline
Mme JORDANA Fabienne
M. LE BARS Pierre
M. NIVET Marc-Henri
M. PRUD'HOMME Tony
Mme RENARD Emmanuelle
M. RENAUDIN Stéphane
M. STRUILLLOU Xavier
M. VERNER Christian

M. ALLIOT Charles
Mme ARRONDEAU Mathilde
Mme CLOUET Roselyne
M. EVRARD Lucas
M. GUIAS Charles
M. GUILLEMIN Maxime
Mme HASCOET Emilie
Mme HEMMING Cécile
M. HIBON Charles
M. KERIBIN Pierre
Mme OYALLON Mathilde
Mme QUINSAT Victoire Eugenie
M. REMAUD Matthieu
M. RETHORE Gildas
M. SERISIER Samuel
Mme TISSERAND Lise

PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme DUPAS Cécile

Mme HYON Isabelle

**Par délibération en date du 6 décembre 1972, le conseil de la
Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur
donner aucune approbation, ni improbation**

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe LESCLOUS,

-Professeur des Universités

-Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

-Chef du Département de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique

-Docteur de l'université de Paris

-Habilité à diriger les recherches

-NANTES-

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter si promptement la présidence de ce jury.

Je tiens à vous remercier pour votre disponibilité, votre gentillesse, votre compagnonnage et votre aide si précieuse durant les vacations cliniques et durant la réalisation de cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude et de mon respect.

A Madame le Docteur Bénédicte CASTELOT-ENKEL,

- Maître de Conférence des Universités
- Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires
- Docteur de l'Université de Nantes
- Ancien interne des Hôpitaux de Nantes
- Département d'Odontologie Conservatrice et d'Endodontie
- Responsable de l'Unité Fonctionnelle Douleur Oro-faciale

-NANTES-

Docteur ENKEL, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger cette thèse si passionnante, de m'avoir soutenue et fait confiance durant mes études et pendant l'élaboration de ce travail.

Je tiens à vous remercier pour votre altruisme, votre empathie et votre générosité tout au long des années passées ensemble en cliniques et à l'université. Merci de m'avoir transmis vos connaissances et l'envie de devenir toujours une meilleure praticienne à l'écoute de ses patients. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance, de mon admiration et de ma profonde estime à votre égard.

A Monsieur le Professeur Laurent LE GUEHENNEC

- Professeur des Universités
- Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires
- Docteur de l'Université de Nantes
- Habilité à Diriger les Recherches
- Chef du Département de Prothèses

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être l'un des membres de mon jury.

Pour votre dévouement envers les étudiants, votre partage de connaissances, votre disponibilité et votre gentillesse.

Je tiens à vous remercier pour m'avoir soutenu durant mon travail d'étude et de recherche ainsi que tout au long de mes années d'étude.

Veillez trouver ici le témoignage de mon sincère respect et de ma gratitude.

A Madame le Docteur CLOUET Roselyne

-Assistante Hospitalier Universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

-Département de Prothèses

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur de prendre part à ce jury.

Pour votre sympathie, votre écoute et votre pédagogie durant les vacances cliniques.

Pour la qualité de vos conseils cliniques et votre dévouement auprès des étudiants.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur RICHARD Catherine

-Praticien Hospitalier Attaché

-Département d'Odontologie Conservatrice - Endodontie

- NANTES -

Je vous remercie d'avoir accepté d'être l'un des membres du jury.

Pour votre patience, votre bienveillance et pour vos conseils éclairés lors de vos vacations en clinique.

Pour votre dévouement auprès des étudiants et le partage de votre savoir-faire.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon sincère respect après avoir passé mes années d'étude à vos côtés.

SOMMAIRE

Table des matières

SOMMAIRE	11
INTRODUCTION	16
I. La spécificité des douleurs orofaciales chroniques	18
I.A. La douleur chronique, un problème au-delà du corps.....	18
I.A.1. De la douleur aiguë à la douleur chronique	19
I.A.1.1. La douleur aiguë	20
I.A.1.2. La douleur chronique.....	20
I.A.1.3. Les facteurs de chronicisation de la douleur	21
I.A.2. Le changement de modèle de prise en charge des patients avec des douleurs chroniques.....	24
I.A.2.1. L'universalité médicale du modèle biomédical	24
I.A.2.2. Les limites du modèle biomédical	24
I.A.2.3. Le modèle biopsychosocial	24
I.A.3. La fonction de la douleur dans l'économie psychique du patient.....	26
I.A.3.1. La fonction protectrice de la douleur	26
I.A.3.2. La douleur : alarme de détresse psychologique.....	27
I.B. Une prise en charge individuelle collaborative	27
I.B.1. Une prise en charge centrée sur le patient	28
I.B.1.1. La réappropriation de son histoire douloureuse	28
I.B.1.2. La mise en lumière du combat unique mené par le patient	28
I.B.1.2.1. Une perte d'identité.....	29
I.B.1.3. Une relation thérapeutique à la base d'une relation de confiance	30
I.B.1.3.1. Une atmosphère bienveillante	30
I.B.1.3.2. Un praticien soucieux de la plainte du patient.....	30

I.B.1.3.3.	Une écoute active.....	31
I.B.1.3.3.1.	Du savoir profane du patient sur son problème	32
I.B.1.3.3.2.	De la plainte qui est un récit du patient.....	32
I.B.2.	Nouveau concept de prise en charge pour les patients	34
I.B.2.1.	La création d'un espace de questionnement.....	34
I.B.2.2.	La redéfinition des objectifs de prise en charge	35
I.B.2.3.	Un projet de soin mutuel	36
I.B.2.4.	Une prise en charge étalée dans le temps	37
II.	La relation thérapeutique : la rencontre de partenaires de santé	38
II.A.	Une rencontre de volontés	38
II.A.1.	De la relation à l'alliance thérapeutique	38
II.A.1.1.	Définition de la relation thérapeutique	38
II.A.1.2.	La relation thérapeutique, le socle pour l'émergence d'une alliance indispensable	39
II.A.1.3.	L'empathie.....	40
II.A.1.4.	La communication.....	46
II.A.1.4.1.	La communication verbale	47
II.A.1.4.1.1.	Questions ouvertes / fermées	48
II.A.1.4.1.2.	L'art de l'explication.....	48
II.A.1.4.2.	La communication non verbale	49
II.A.1.4.2.1.	Lors du dialogue	50
II.A.1.4.2.1.1.	Les modalités de la voix.....	50
II.A.1.4.2.1.2.	Le silence	51
II.A.1.4.2.1.3.	L'écoute active	51
II.A.1.4.2.1.4.	L'importance du premier contact	52
II.A.2.	Les partenaires de l'alliance thérapeutique.....	55
II.A.2.1.	Le patient.....	55

II.A.2.1.1.	Un être en quête de réponses.....	55
II.A.2.1.2.	Les critères chez le patient pour maintenir l’alliance.....	56
II.A.2.2.	Le praticien.....	57
II.A.2.2.1.	Savoir scientifique sur les douleurs orofaciales chroniques.....	57
II.A.2.2.2.	Les conditions pour l’établissement de l’alliance thérapeutique	58
II.A.2.2.2.1.	L’empathie	59
II.A.2.2.2.2.	L’authenticité	60
II.A.2.2.2.3.	La chaleur humaine.....	61
II.A.2.2.2.4.	Le professionnalisme	61
II.A.2.2.3.	Façonnement d’objectifs communs.....	62
II.B.	La relation moteur d’autonomie.....	63
II.B.1.	Rappel historique	63
II.B.2.	L’autonomie relationnelle	64
II.B.2.1.	La relation sécurisée	66
II.B.2.1.1.	L’accueil et l’écoute.....	66
II.B.2.1.2.	L’approche centrée sur le patient.....	66
II.B.2.2.	La position du thérapeute	67
II.B.2.2.1.	La position décentrée et influente.....	67
II.B.3.	La relation transférentielle.....	69
III.	La place du chirurgien dentiste auprès des patients atteints de douleurs chroniques	72
III.A.	La prise en charge au sein d’un cabinet dentaire	72
III.A.1.	Les difficultés de prise en charge de patients avec des douleurs chroniques	72
III.A.1.1.	Le challenge de la subjectivité en douleurs chroniques	72
III.A.1.2.	Une distance involontaire entre praticien et patient	73
III.A.1.3.	Les répercussions d’une prise en charge inadaptée	75
III.A.2.	Les pré-requis de la prise en charge pour tout patient atteint de douleurs chroniques ...	77

III.A.2.1.	Principes d'une prise en charge de qualité des patients atteints de douleurs chroniques orofaciales	77
III.A.2.1.1.	Primum non nocere	77
III.A.2.1.2.	La création d'une relation thérapeutique indispensable	78
III.A.2.1.2.1.	Accueil de la plainte	79
III.A.2.1.2.1.1.	Ecoute du patient.....	79
III.A.2.1.2.1.2.	Croyance de l'authenticité de la douleur.....	79
III.A.2.1.3.	Prendre du temps avec le patient.....	80
III.A.2.1.4.	Remise en état non invasive de la cavité buccale	80
III.A.2.1.5.	Adresser vers des spécialistes de la douleur chronique	80
III.B.	La prise en charge au sein des CETD	81
III.B.1.	Le rôle des CETD	81
III.B.2.	Une prise en charge pluridisciplinaire facilitée	82
III.B.3.	Les thérapeutiques envisagées pour les patients atteints de douleurs chroniques	83
III.B.3.1.	La prise en charge médicamenteuse	83
III.B.3.2.	La prise en charge non médicamenteuse	83
III.B.3.2.1.	La relation thérapeutique.....	83
III.B.3.2.2.	Les thérapies psycho-corporelles	84
III.B.3.2.2.1.	Les thérapies utilisant l'hypnose	85
III.B.3.2.2.2.	Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC).....	86
III.C.	L'avenir de la prise en charge des patients avec des douleurs chroniques.....	88
III.C.1.	L'amélioration de la formation universitaire	88
III.C.1.1.	Sur les connaissances dans le domaine des douleurs chroniques	88
III.C.1.2.	Dans la formation relationnelle	88
III.C.2.	Une amélioration de la qualité de vie pour les patients atteints de douleurs chroniques	89
III.C.3.	Une autonomie retrouvée pour le patient.....	90

CONCLUSION	93
BIBLIOGRAPHIE	97
LISTE DES FIGURES.....	106

INTRODUCTION

La relation praticien-patient représente une fondation nécessaire, un préalable à tout acte thérapeutique. On s'intéresse de plus en plus à son rôle épicertrique au sein de la prise en charge des patients. La formation de chirurgien-dentiste apporte un bagage de connaissances et de compétences à l'étudiant qui est amené à devenir un technicien confirmé. Parmi ces compétences, la relation avec le patient est considérée comme un savoir être et un savoir faire qui vont se développer au fil de la pratique, au contact des patients.

Lors des séances de soins spécialisés, avec des patients atteints de douleurs chroniques, ceux-ci viennent consulter pour des douleurs physiques et peuvent être amenés à exprimer leurs souffrances psychologiques. Le praticien devient un psychothérapeute en aidant le patient par la parole. Ces interactions praticien-patient sont nécessaires pour le bon déroulement de la prise en charge. Ces consultations sont le lieu et le moment, avec l'aide du praticien, où le patient peut mettre des mots sur ses maux.

Ainsi, la prise en charge des patients atteints de douleurs chroniques relève de praticiens formés spécifiquement à la relation thérapeutique pour les aider face à leur plainte physique et/ou psychologique. Le praticien/thérapeute initie avec le patient un processus de guérison et va lui permettre de prendre le relais dans cette dynamique. La relation fait partie intégrante de la thérapeutique.

Cette thèse porte sur l'importance de la relation thérapeutique dans le cadre de patients atteints de douleurs chroniques. Ce travail rappelle la remise en question de notre façon de traiter les patients algiques chroniques. Il met en avant l'échec de l'approche objective et du dualisme cartésien face à ces pathologies. Il invite à comprendre le rôle et les limites en tant que

chirurgien-dentiste en cabinet libéral lors de la prise en charge de patients présentant une symptomatologie chronique.

i. La spécificité des douleurs orofaciales chroniques

Les experts de « l'Association Internationale d'Étude sur la Douleur » (IASP) définissent la douleur comme une expérience complexe qui associe diverses dimensions : sensorielle, affective et cognitive. De plus, cette définition revoit la conceptualisation cartésienne de la douleur comme le symptôme d'une pathologie somatique. Ainsi, l'absence de lésion organique ne remet pas en cause la parole du patient quant à la réalité de sa douleur. Cette définition représente donc un changement de paradigme du modèle biomédical ancré sur une prise en charge médico-technique des patients. Dorénavant, la douleur se conçoit par son caractère subjectif (1).

La complexité de la douleur orofaciale est due aux particularités anatomiques de la région oro-faciale et à l'enchevêtrement de connexions nerveuses à tous les étages du traitement du signal nociceptif. La bouche et le visage, en dehors de leurs fonctions (alimentation et communication) sont par ailleurs investis d'une dimension affective et symbolique (2). En effet, la douleur de la sphère orofaciale impacte nos capacités relationnelles et sociales, qui nous sont si précieuses. On comprend que les douleurs sont lourdes à porter pour les patients qui en souffrent (3).

I.A. La douleur chronique, un problème au-delà du corps

La douleur n'est pas objectivée par des manifestations physiques visibles ; elle ne peut s'appréhender que par ce qu'en dit la personne douloureuse, ou à travers un comportement de prostration, voir une sorte d'indifférence au monde extérieur. Le point commun à toute douleur,

est de couper celui qui souffre aux autres, au monde et à soi-même. L'individu qui a mal est concentré sur la douleur et elle seule (4).

La nouvelle définition de l'IASP représente un véritable changement de conceptualisation du phénomène douloureux : la douleur est une expérience subjective qu'il faut appréhender dans tous ses aspects ; ce qui n'existait pas dans le modèle biomédical. Ce dernier reste pourtant très ancré dans la pratique de nos jours, bien que les connaissances théoriques concernant la physiopathologie douloureuse aient été améliorées dans les formations initiales et continues. En effet, une majorité de praticiens vont moins prendre en considération une douleur lorsqu'elle est insuffisamment étayée par des signes objectifs d'une pathologie. En l'absence de substrat somatique, ils ont tendance à considérer la douleur comme moins authentique et moins digne d'attention (1).

1.A.1. De la douleur aiguë à la douleur chronique

La douleur est personnelle et se construit par l'intrication de différentes dimensions qui participent à donner à l'expérience douloureuse ses différents aspects. La composante sensorio-discriminative donne à la douleur ses caractéristiques : son intensité, sa localisation et son étendue. La composante affectivo-émotionnelle confère une tonalité émotionnelle à la douleur. La composante cognitive engendre une analyse et une réinterprétation de l'information douloureuse en fonction des expériences antérieures et du contexte actuel. Puis, la composante comportementale traduit les réactions de la personne exposée à une douleur. Chaque composante participe à la variabilité des vécus et manifestations douloureuses selon les individus (1).

Des études d'imageries fonctionnelles (tomographie, émission de positrons et IRM fonctionnelle) permettent de visualiser les aires supra-segmentaires et corticales impliquées directement lorsqu'une stimulation douloureuse est appliquée sur un patient. On observe des fluctuations de débit sanguin régional et d'oxygénation, qui sont la preuve d'une activité neuronale. Les activations neuronales concernent différentes aires cérébrales qui sont concernées dans l'analyse discriminative (cortex pariétal), dans les émotions (cortex insulaire et cingulaire) et dans les cognitions (cortex frontal) (1).

1.A.1.1. La douleur aiguë

La douleur aiguë a une fonction biologique de protection du corps humain. Elle indique les stimulations nociceptives susceptibles de nuire à l'intégrité de l'organisme. Elle devient le signal d'alarme utile au patient, de la présence d'un dysfonctionnement et aide le praticien à investiguer sur son origine. Il s'agit d'une douleur qui est le symptôme d'une pathologie. Suite à l'activation du système nociceptif, des réactions motrices, neuro-végétatives et comportementales vont éviter au corps une lésion potentielle ou réelle (5).

1.A.1.2. La douleur chronique

La douleur chronique a perdu sa fonction de signal d'alarme, elle n'est plus utile au corps humain mais est le résultat de perturbations d'origine plurifactorielle. Elle est définie comme une douleur présente depuis plus de trois mois, plus de 15 jours par mois et plus de 8 heures par jour, non guérie malgré un traitement bien conduit (5).

Antoine Bioy, en 2013, préfère la définition de Price pour décrire la douleur : « La douleur est une perception somatique qui comporte une sensation corporelle possédant les critères énoncés lorsqu'un tissu est lésé, un vécu de menace associé à cette sensation, un sentiment de déplaisir ou toute autre émotion négative s'appuyant sur ce vécu de menace ». Elle doit donc être autant prise en compte qu'une pathologie qui provoque une douleur physique décelable et traitée afin de ne pas créer ou faire persister des troubles psychologiques (stress, anxiété) (6).

1.A.1.3. Les facteurs de chronicisation de la douleur

La douleur chronique est un phénomène complexe qui n'a pas encore livré tous ses secrets sur le plan scientifique mais des études fournissent des résultats qui prouvent une implication dans la physiopathologie des douleurs chroniques orofaciales (7). Les causes sont multiples et enchevêtrées les unes aux autres, participant de concert à la chronicisation. On parle de mécanisme plurifactoriel. On retrouve un facteur somatique comme des lésions et/ou des dysfonctions du système nerveux périphérique ou central à l'origine d'une modification de transmission du message nociceptif qui persiste ensuite malgré la résolution initiale. Participent aussi les facteurs psychologiques et comportementaux comme l'anxiété, la dépression, les interprétations « catastrophistes » et les comportements d'évitements liés à la peur. Le facteur environnemental renforce également les croyances et les comportements douloureux par le contexte familial, professionnel ou médico-légal (1). C'est le cas des douleurs idiopathiques ou dysfonctionnelles (8). La figure n°1 (ci-dessous) représente les différents facteurs qui mènent à l'apparition d'une douleur idiopathique. La dépression, l'anxiété et l'humeur créent un haut niveau de détresse psychologique. Tandis qu'une blessure d'un tissu, une pression artérielle élevée ou un état pro-inflammatoire favorisent un haut état d'amplification de la douleur. Ces

facteurs combinés dans le temps mènent à l'apparition d'une douleur idiopathique (8).

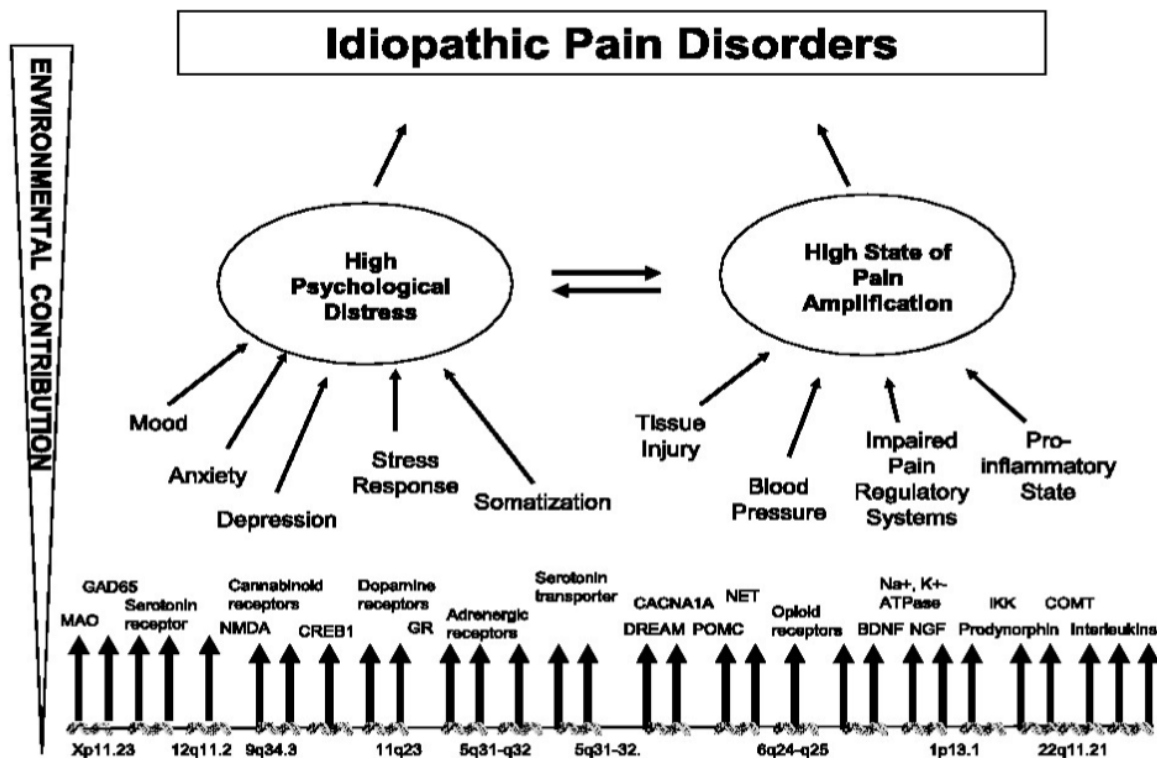


Figure 1: Les facteurs de vulnérabilité qui mènent à l'apparition d'une douleur idiopathique par Diachenko et al. En 2006 (8).

Des études telles que celles de Vlaeyen & Linton en 2000 et Peters en 2015 ont démontré l'importance des facteurs psychosociaux dans la pérennisation douloureuse. Les facteurs psychologiques et comportementaux peuvent agir comme facteurs de vulnérabilité, de maintien ou d'amplification du processus douloureux (9) (10). Cependant, la dichotomie soma-psyché doit être dépassée. Les douleurs à forte composante psychologique, comme on le retrouve dans les douleurs neuropathiques sont souvent intriquées avec des mécanismes physiopathologiques complexes de sensibilisation périphérique et centrale du système nociceptif, de plasticité neuronale et/ou de dysfonctionnement des mécanismes inhibiteurs (5). Dans ce type de douleurs,

pourraient intervenir des mécanismes tant génétiques qu'environnementaux (11). Dans les douleurs chroniques, les facteurs psychosociaux et émotionnels ont une place très importante dans la symptomatologie douloureuse. Avec le temps, la douleur chronique présentera plus d'impacts négatifs sur les plans psychosociaux, comportementaux et relationnels que sur le plan somatique comme l'a montré Saunders et al., s. d. (11)(1).

Il est montré que la modification du contexte émotionnel et attentionnel par des techniques cognitives de contrôle de la douleur entraîne des modifications de l'activité corticale associée à la douleur. Ces études mettent en exergue la pertinence du modèle pluridimensionnel de compréhension de la douleur et apportent un support neurobiologique aux approches psychologiques de contrôle de la douleur (1).

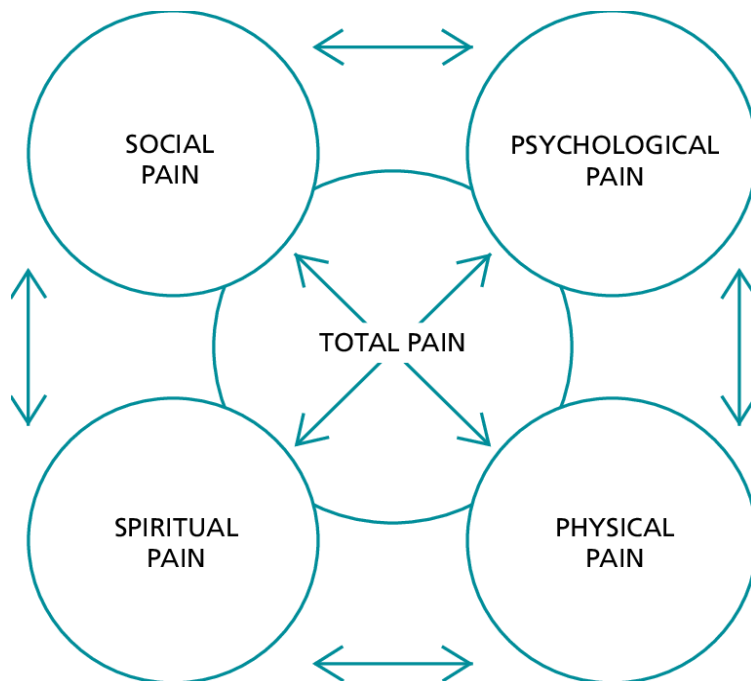


Figure 2 : Schéma du modèle de « total pain », complémentarité des facteurs qui façonnent la douleur par Saunders et al. en 2008.

1.A.2. Le changement de modèle de prise en charge des patients avec des douleurs chroniques

1.A.2.1. L'universalité médicale du modèle biomédical

Dans sa volonté de bien faire et de standardiser les thérapeutiques, le corps médical et paramédical prennent le risque d'en oublier qu'ils prennent en charge un individu unique et non une pathologie ou une partie d'un corps, un système. L'individualité du patient passe par la singularité de son histoire, de sa chronologie, sa manière de dire et de décrire ses symptômes, ainsi que sa mise en sens. Par l'intermédiaire de la standardisation médicale, tout ce qui fait du malade un être particulier et unique sera extrait du processus sémiologique et diagnostique (1).

1.A.2.2. Les limites du modèle biomédical

Face à des patients avec des douleurs chroniques, la méthode scientifique objective présente donc ses limites, puisqu'il ne s'agit pas de s'intéresser et de traiter une lésion organique. Les symptômes douloureux restent présents sans lésion organique de la zone incriminée. Ainsi, le dualisme cartésien douleur-lésion est mis en échec (1).

1.A.2.3. Le modèle biopsychosocial

La douleur chronique est caractérisée par un enchevêtrement de composantes : biologique, psychologique et sociale. Elles vont façonner le ressenti personnel du patient. La douleur chronique doit être prise en charge par une approche globale, plus holistique, qui comprend simultanément ces trois dimensions. Cette prise en charge est soutenue et validée par

les connaissances acquises dans l'étude de Dworkin en 1994 qui traite des facteurs de chronicisation neurophysiologiques ou psychosociaux(12) (1).

L'étude de Peters et al en 2015 montre que l'intensité douloureuse est influencée tout autant par la pathologie organique objective, que par des variables psychologiques : peur en relation avec la douleur ou catastrophisme. Ces derniers facteurs amènent à une préoccupation et à un intérêt plus important du signal douloureux, modifiant ainsi la perception douloureuse(13) (1).

Pour évaluer la douleur chronique, il faut prendre en compte l'ensemble des facteurs qui la façonnent : la partie somatique, les troubles psychologiques, la détresse émotionnelle, les représentations, les croyances, les attitudes et le mode de stratégies d'adaptation (coping) face à la douleur. On retrouve également les attentes du patient, le degré de limitations fonctionnelles et le contexte familial, socio-professionnel et médico-légal (1).

Par l'apport du modèle biopsychosocial, un nouveau champ de lecture du patient s'ouvre au praticien pour mieux répondre à sa plainte. La nouvelle grille d'évaluation n'est pas fixe car elle est individuelle et la prise en charge est patient-dépendante. Ce qui complique la pratique du praticien, habitué au cadre rigide de l'investigation clinique centrée sur le symptôme et aux protocoles thérapeutiques. Souvent formé pour conduire ses examens de manière objective, et traiter efficacement par des procédures médico-techniques, il est désarçonné par une douleur qui résiste aux traitements classiques et son entendement.

Du côté du patient, cette approche biopsychosociale pourtant nécessaire semblera également déroutante car, lui aussi, attend l'objectivisation de sa douleur et un traitement radical. Face à la douleur chronique, la relation thérapeutique est bouleversée car les règles du jeu sont

différentes : le médecin doit entendre (à défaut de comprendre) ce qui n'est pas dit par le somatique et le patient doit accepter que le médecin, expert du corps, n'est pas d'explication organique à ses symptômes. Seule une relation de confiance, sincère et mutuelle entre les deux protagonistes leur permettra de revoir et changer leurs croyances respectives sur la douleur chronique. Ils pourront entrer dans cet espace d'incertitude et de questionnements nécessaires pour avoir une représentation nouvelle de la douleur (1).

1.A.3. La fonction de la douleur dans l'économie psychique du patient

« Comment imaginer déloger la douleur d'un système qui a été choisi comme étant le meilleur possible ? » (1).

1.A.3.1. La fonction protectrice de la douleur

Selon Jacobson et Mariano dans le livre de Loeser & Bonica en 2001, la douleur peut avoir une fonction protectrice (14). Elle serait utile pour l'économie psychique du sujet ou nécessaire pour maintenir un équilibre familial selon Allaz en 2000 (15). Dans ce contexte-ci, le praticien appelé initialement en tant que thérapeute, est cette fois appelé en tant que témoin. Il faut avant tout s'interroger sur la fonction du symptôme, avant de vouloir à tout prix le faire taire. Le « pourquoi cette douleur ? » devient alors « pour quoi cette douleur ? » (16). Effectivement, pour certains patients, la douleur peut permettre d'éviter un conflit intrapsychique, de répondre à des besoins affectifs inavoués (dépendance, agressivité), ou d'expier une culpabilité inconsciente. Pour d'autres, qui se sentent incapables de gérer la pression et le stress subi, le rôle de malade peut être plus sécurisant que de vivre comme un

individu en bonne santé qui doit faire face à ses contraintes émotionnelles (17).

1.A.3.2. La douleur : alarme de détresse psychologique

La douleur peut être un appel à l'aide, une manière de signifier un mal être. « Il s'agit d'entendre qu'au delà de la demande, il s'agit d'un désir de se dire plutôt que le souhait d'obtenir une réponse » (18). En somme, la demande de reconnaissance et de légitimation de l'état de malade ou de victime peut dépasser largement la simple reconnaissance de la douleur ou du handicap : c'est la valeur même du sujet humain qui est mise en balance (19).

Les praticiens qui doutent du bien-fondé de la plainte douloureuse mettent en exergue des « bénéfices secondaires » qui sont en grande partie inconscients. La souffrance sous-jacente reste importante, mérite d'être prise en compte et les manipulateurs sont rares (1).

I.B. Une prise en charge individuelle collaborative

La relation thérapeutique n'est pas un flux à sens unique du praticien vers le patient, c'est un échange mutuel entre égaux. Il est de la responsabilité du praticien d'établir un environnement pour que cette relation thérapeutique grandisse et prospère (20). Le praticien oriente son interrogatoire et son examen vers le patient qui est un être unique. En effet, ce dernier est le seul à connaître les maux qu'il vit quotidiennement. Si le praticien possède le savoir médical, il ignore ce qu'est le vécu douloureux du patient. Ainsi, lorsqu'il se sent écouté de façon authentique, le patient peut se livrer, partager sa subjectivité et s'engager dans une collaboration active avec le praticien (60).

1.B.1. Une prise en charge centrée sur le patient

1.B.1.1. La réappropriation de son histoire douloureuse

Le patient consulte le praticien pour une demande de soulagement total de sa douleur suite à une errance médicale souvent longue. Il est en attente d'un remède. Le praticien, quant à lui, a besoin dans un premier temps de connaître l'historique du patient, a besoin d'appréhender son point de vue. Seul un récit subjectif du patient peut permettre d'entrevoir les attentes, les interprétations, l'ordre de priorité, la nature exacte de sa souffrance (souvent les conséquences qui motivent plus que la douleur elle-même) et le contexte dans lequel se déroule le rapport à la douleur. Une prise en compte globale de cette plainte douloureuse, son inscription dans un parcours médical et l'histoire de vie du patient peuvent être thérapeutiques. En effet, le récit peut révéler au patient la partie non somatique de sa douleur ; la mise en mots et en liens peuvent déjà faire percevoir au patient d'autres façons d'appréhender son vécu douloureux (1).

1.B.1.2. La mise en lumière du combat unique mené par le patient

Le patient qui cherche une solution est déjà dans l'action face à sa douleur ; il désire s'en affranchir et ne plus en être le sujet qui souffre. Tout patient est l'acteur principal de sa guérison, particulièrement les patients avec des douleurs chroniques. Le patient fait face à une douleur qui lui est propre, et lui seul peut évoquer les déterminants qui l'intensifient à travers le récit de son histoire. Le partage de ses connaissances sur son vécu douloureux éclaire le praticien vers des champs d'action possibles, essentiellement vers l'atténuation de l'inconfort, du désagrément et de la tonalité émotionnelle affective négative de l'expérience douloureuse.

La douleur chronique est vécue subjectivement. Son expression est donc très variable, selon la culture, les pays et surtout d'un individu à l'autre (21).

Le praticien doit recevoir et entendre le patient comme une personne unique qui a une maladie hautement forgée par des déterminants culturels, psychiques et spirituels qui lui sont spécifiques. Ainsi, et en mettant le doigt sur la fonction de la douleur dans l'économie psychique du patient, le praticien pourra apporter à son tour une aide pertinente car personnalisée.

I.B.1.2.1. Une perte d'identité

La douleur vécue quotidiennement par les patients impacte leur vie sociale et également la relation avec eux-même. En effet, la douleur est définie comme une perte de contact avec les autres et avec soi : le patient devient, à ses dépens, happé par sa douleur qui accapare toute son attention. Il en découle une perte d'identité, un désinvestissement narcissique (2). La douleur identitaire : « je suis un douloureux chronique » remplace peu à peu « j'ai mal ». Le patient n'accepte plus ce corps qui le fait souffrir. La douleur envahit et morcelle.

L'une des thérapeutiques, dans la prise en charge des patients avec des douleurs chroniques, sera d'aider le patient à se défocaliser de sa douleur pour « mieux vivre avec ses douleurs ». Ainsi, reprendre le pouvoir, se réinvestir en tant qu'individu et non plus comme douloureux lui permet de retrouver son autonomie pour améliorer sa qualité de vie (4).

1.B.1.3. Une relation thérapeutique à la base d'une relation de confiance

1.B.1.3.1. Une atmosphère bienveillante

Pour se livrer au praticien, le patient a besoin de se sentir à l'aise grâce à un cadre d'ouverture à sa parole, d'être accueilli sans jugements et sans interférences des réactions personnelles du médecin. Cet espace et ce temps accordés au patient lui permet de se sentir autorisé à s'exprimer librement (22) (10). Le praticien devra donc avoir la capacité d'écouter sans interrompre, sans donner des messages faussement rassurants (1).

1.B.1.3.2. Un praticien soucieux de la plainte du patient

Le récit que le patient va faire de son histoire se déroule lorsque le praticien est réellement intéressé par son problème singulier et qu'il fait confiance dans le savoir et les capacités du patient. Le praticien doit renoncer à sa position d'expert pour accueillir la subjectivité de la douleur du patient. D'après Ostermann en 2001, « le médecin doit accepter de n'y rien comprendre, ignorance nécessaire pour laisser à l'autre sujet, le temps et l'espace pour se dire » (16).

Le lien de confiance qui s'installe permettra au patient de sentir l'acceptation du praticien de la réalité singulière de son vécu personnel. Ainsi le praticien, en acceptant que la réalité douloureuse du patient (illness) ait le même poids que la réalité médicale objective (disease), va permettre d'éviter la recherche effrénée d'une causalité uni-modale, exclusivement organique. Alors, le patient sera en mesure de percevoir qu'il n'y a aucun besoin de répéter des examens paracliniques pour valider l'authenticité de sa douleur (14).

Le diagnostic peut aussi être un label qui justifie le symptôme (23). Par exemple, une patiente se disait soulagée par la communication du diagnostic de fibromyalgie : « Enfin, j'ai le droit d'avoir mal ». Finalement, le patient devra sentir que son praticien est concerné par sa douleur pour pouvoir se livrer totalement sur ses attentes et son histoire. L'empathie est un élément déterminant dans l'approche des personnes douloureuses (13).

L'empathie est la faculté de se rapprocher de l'expérience intime d'une autre personne, de saisir sa vision personnelle de la réalité, qui s'accompagne de réponses affectives et comportementales. La « juste proximité » doit s'accompagner d'une capacité de différenciation par rapport à la propre réponse affective de l'observateur (24).

Toujours selon Goubert et al. en 2005, cette différenciation est indispensable pour que les émotions puissent être orientées vers l'autre et déterminer chez l'observateur un sentiment de proximité, d'intimité (24). Dans le cas contraire, l'observateur risque d'être submergé par sa propre détresse, ce qui peut entraîner une détresse en cascade chez les deux protagonistes (1).

Grâce à ces différents points, il est possible d'entamer un ancrage émotionnel entre le patient et le praticien, d'où naîtra une relation de confiance. A partir de ce moment, l'élaboration et la dynamique d'une collaboration peut débuter (1).

I.B.1.3.3. Une écoute active

L'évaluation de la douleur par un praticien est difficilement objectivable surtout en douleur chronique. Les seules informations à sa disposition sont celles que le patient lui

communique par le langage verbal et non verbal (17). Le praticien devra être attentif à ce que dit ou communique le patient, à sa plainte qui révèle (de façon directe ou non) ses attentes et ses propres représentations de sa douleur. Le patient accueilli avec bienveillance va pouvoir livrer les objets de sa venue.

1.B.1.3.3.1. Du savoir profane du patient sur son problème

Les connaissances du patient sur ses douleurs sont mises en avant grâce à son discours. Le savoir du patient réduit la relation asymétrique entre le soignant et le soigné. La relation thérapeutique s'en trouve plus équilibrée ; le praticien quitte sa position d'expert, seul détenteur de la vérité, pour une position plus basse, une position d'ouverture favorisant l'installation d'une relation de qualité (25).

C'est grâce au dialogue que le praticien établira un diagnostic, mais surtout grâce à une relation de confiance. Elle commence dès le moment où le patient se sent écouté dans une relation de partenariat et non plus de paternalisme. Le praticien devient un conseiller autorisé, un éducateur face à son interlocuteur qui possède un savoir subjectif de son expérience douloureuse (1).

1.B.1.3.3.2. De la plainte qui est un récit du patient

La plainte d'un patient n'est compréhensible qu'au travers de son histoire et de la réalité qu'il s'en fait. Souvent certaines plaintes physiques seront le vecteur fourni en premier lieu par le patient pour évoquer une souffrance psychique. Le symptôme corporel peut donc cacher d'autre

problématique.

A titre d'exemple, des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (trouble physique) amèneront le patient à consulter et passeront au premier plan de la plainte. Le récit du patient mettra en évidence, par la suite, des problèmes professionnels (troubles psycho-sociaux) qui l'amènent à grincer des dents. Ce problème peut être vécu par le patient comme plus handicapant que le trouble initial (1).

Ainsi, le récit du patient dévoile au praticien des points clés : sur ses attentes, ses interprétations, son ordre de priorités et la nature exacte de sa souffrance. Le patient peut être plus motivé par les conséquences de sa douleur que par la douleur elle-même. Par exemple, un sportif blessé sera d'autant plus motivé à supprimer sa douleur pour pouvoir reprendre sa pratique sportive. La mise en mots peut être déjà thérapeutique car elle permet un travail d'élaboration cognitive qui peut révéler à la conscience du patient des facteurs déterminants dans ses troubles (1). Cosnier en 2003 y voit un double intérêt à encourager le patient à parler de son expérience douloureuse : pour son effet cathartique (conduisant l'individu à libérer ses pulsions et ses émotions pour remédier à l'évènement traumatique, qui est la douleur et dans lequel il reste figé) et pour son étayage social et l'empathie qui résulte de ce partage avec le soignant (2).

L'un des challenges de la prise en charge de patients atteints par des douleurs chroniques, va être de développer, en plus de l'aspect scientifique, le versant relationnel. Comme nous l'avons vu en premier lieu, il faudra s'employer à écouter le vécu subjectif du sujet et prendre en compte son contexte social, culturel et médico-légal dans lequel il s'inscrit. De plus, nous devons reconnaître nos limites dans la prise en charge des patients car la véritable connaissance des douleurs, ce sont les patients eux-mêmes qui la détienne. Mais n'oublions pas que nous devons

aussi favoriser la multidisciplinarité. En effet, il faut adresser le patient dès que nécessaire à d'autres praticiens, dans le projet commun d'oeuvrer ensemble pour l'intérêt du patient (1).

1.B.2. Nouveau concept de prise en charge pour les patients

1.B.2.1. La création d'un espace de questionnement

Nous avons vu que pour prendre en charge les patients atteints de douleurs chroniques, il faut prendre en compte leur plainte dans ses multiples aspects et leur histoire. Il convient d'instaurer un nouveau cadre thérapeutique pour répondre à leur demande. Ce bouleversement conceptuel nécessite un temps d'intégration pour le patient, il va se trouver face à des propositions qui ne correspondent pas à celles qu'il espérait. Il a l'habitude de solliciter le médecin, le praticien, dans une position d'attente passive de traitement susceptible de supprimer la douleur immédiatement et définitivement. L'errance médicale reflète un sentiment d'échec et d'incompréhension du patient qui fonde tous ses espoirs dans le savoir du spécialiste, pour trouver la cause de sa douleur et obtenir un soulagement total. Il faudra aider le patient pour qu'il cesse de s'en remettre au « médecin-sauveur », qu'il abandonne ses attentes irréalistes et reformule des attentes plus conformes à sa réalité ; et enfin, comprendre qu'il peut jouer un rôle actif pour atténuer ses maux (1). François Roustang suggère que le praticien est lui-même à la source de ce questionnement par la mobilité qu'il crée chez le patient figé (26).

Chaque personne a une vision personnelle du monde, une perception basée sur un certain nombre de croyances et d'expériences. La vie se charge souvent d'ébranler cette construction qui, à tort, est perçue comme une réalité objective : « le monde conçu va s'écrouler ! Pendant le travail thérapeutique, le patient prendra conscience que sa propre construction du monde, utile

pendant un temps, devient insuffisante, mais aussi que le remaniement de ses repères ne provoque pas l'écroulement de son monde ». « L'expérience n'est pas ce qui arrive à l'homme, c'est ce que l'homme fait avec ce qui lui arrive » (21).

Ce mouvement recherché dans le travail thérapeutique, cette expérience du changement et d'adaptation chez le patient appelle la notion de résilience. « C'est la capacité à réussir à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité ; celle-ci comporte normalement le risque grave d'une issue négative » et prend appui sur différentes stratégies d'adaptation (ou coping) pouvant être réparties en 3 groupes selon Célestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet en 2006 (21).

Celles impliquant une action ou un comportement extérieurement visible, celles impliquant avant tout la cognition et celles appartenant au registre des émotions. Cependant, toutes les stratégies de coping n'ont pas la même efficacité. Devant un problème, l'être humain aura tendance à répéter les mêmes façons de réagir. Il suffit souvent de faire un pas de côté pour observer la situation sous un autre angle de vue. Le praticien peut inciter le patient à faire ce pas de côté et à lâcher prise. Il pourra alors dans ce moment particulier accéder à d'autres stratégies de coping (21).

1.B.2.2. La redéfinition des objectifs de prise en charge

Pour prendre en charge le syndrome douloureux chronique, il faudra se mettre d'accord sur d'autres objectifs. Il n'est plus question de supprimer totalement les symptômes, mais que le patient retrouve une meilleure qualité de vie et réinvestisse une existence plus enrichissante, par

l'appropriation d'un meilleur équilibre intérieur et d'une meilleure estime de soi. Le but est que le patient reprenne sa vie en main, ce qui passe par une augmentation de son activité physique et une meilleure intégration sociale. Il s'agit d'un processus de réadaptation qui prend en compte la plainte douloureuse et la gestion au quotidien de la chronicité (1).

Le patient va devoir accepter que sa douleur n'est pas uniquement responsable de ses problèmes. Sa qualité de vie est tout autant altérée par les conséquences de la douleur (dépression, isolement social, conflits interpersonnels, déconditionnement physique) que par la douleur elle-même. Ceci implique des modifications de croyances et de comportements, ce qui n'est pas aisé. Effectivement, les modalités réactionnelles du patient se sont ancrées depuis de nombreuses années et se sont renforcées par des facteurs psychologiques et environnementaux. Cependant, la récompense vaut les efforts à fournir. Une action sur les conséquences de la douleur est susceptible d'améliorer la qualité de vie mais peut également avoir un impact sur la douleur elle-même. Elle sera moins investie et moins centrale dans l'existence du patient (1).

Par le biais d'objectifs acceptables pour les deux parties, les interlocuteurs pourront continuer d'avancer vers une amélioration de la qualité de vie du patient. Il est montré dans l'étude de Coutu et al. en 2013 que le patient doit trouver un sens dans la stratégie proposée ; ainsi ; il pourra y adhérer aisément (27).

1.B.2.3. Un projet de soin mutuel

Du côté du patient, son adhésion active au processus thérapeutique est une étape essentielle. Nous convenons que chacun des deux protagonistes détient une partie de la vérité quant à la douleur du patient et nous pouvons donc convenir que la recherche de solutions se

trouve dans les deux camps. Seul le patient peut décider de commencer un traitement et de s'engager dans la voie proposée par le praticien. Le projet de soin est individualisé. Il résulte d'un accord commun, suite à une négociation entre les perspectives du patient et celles du médecin. N'importe quelle démarche imposée, non intégrée par le patient voue les propositions thérapeutiques à l'échec (1).

Pour cimenter la relation, ce sont plutôt les principes éthiques de bienfaisance et de non-malfaisance qui structurent la relation praticien-patient (28). Une fois ancré dans la relation établie sur la confiance, le patient est porté par le désir d'atteindre les objectifs fixés avec son praticien et de s'engager dans un projet thérapeutique mutuel à long terme.

1.B.2.4. Une prise en charge étalée dans le temps

Le patient désireux de se voir attribuer un traitement immédiat et magique va se trouver dans une situation conflictuelle, opposant ses désirs à ce nouveau processus thérapeutique. Il devra accepter que l'accompagnement dure plusieurs mois, voire plusieurs années (10). Il est inutile de vouloir aller trop vite, puisqu'il faut tenir compte du rythme imposé par le patient et de ses défenses psychologiques qui imposent souvent des aller-retours (1). En acceptant cette prise en charge qui perdure dans le temps, le patient apprend à renoncer à ses positions défensives pour parler, non plus uniquement de sa douleur, mais de ses difficultés de fonctionner au quotidien. Il osera ainsi modifier son style de vie afin d'aller plus loin dans la recherche d'une existence qui vaille la peine d'être vécue (1).

II. La relation thérapeutique : la rencontre de partenaires de santé

II.A. Une rencontre de volontés

II.A.1. De la relation à l'alliance thérapeutique

II.A.1.1. Définition de la relation thérapeutique

La relation thérapeutique est l'ensemble des interactions et des attitudes qu'auront le patient et le praticien ensemble lors de consultations dédiées à ce patient. Cette relation est dite thérapeutique car le patient vient chercher une solution à son problème. Quant à lui, le praticien va apporter une ou des solutions. Il ne s'agit pas d'une relation amicale ni d'une simple relation professionnelle. En effet, cette relation est douée d'une importante dimension affective : il y a cet attachement mutuel vers un objectif commun (29). C'est la relation thérapeutique qui accompagne la prise en charge du patient et permet d'instaurer une relation de coopération favorisant une prise en charge réussie (30).

Cette relation thérapeutique est commune à toutes les spécialités médicales dans la pratique thérapeutique. Elle est définie par George Kallergis dans une revue du journal de la psychologie, comme une relation professionnelle divisée en 2 parties, l'une étant la composante travail et l'autre la composante interpersonnelle. Dans cette revue, il souhaite prouver la contribution de la dynamique de cette relation interpersonnelle thérapeute-patient en tant que facteur thérapeutique pour atteindre le résultat escompté. Il conclut à travers les différents travaux que l'effet thérapeutique est effectivement dépendant de la qualité de la relation thérapeutique (31). Cosnier en 2003 souligne également que la gestion de la douleur dépend donc en partie de l'attitude du praticien, à sa capacité ou sa volonté d'entrer en empathie avec l'autre pour favoriser une interaction de qualité patient-praticien (2).

Ainsi, le praticien ne pourra résoudre le problème et soulager le patient que par le biais d'une relation sans laquelle aucun résultat ne pourrait être obtenu. En effet, selon Carl Rogers l'établissement d'une bonne relation thérapeutique permettra une alliance patient-praticien indispensable à la réussite de toute consultation (32) (33).

Jean Marc Benhaïem s'est demandé ce qu'était le lien entre le soigné et le soignant ; il affirme que l'alliance thérapeutique est l'un des piliers obligatoirement présent dans les cas de succès thérapeutiques. Il ajoute que d'autres facteurs entrent en jeu tels que l'attitude, la personnalité et le talent des deux parties. Ces critères vont permettre de créer un changement bénéfique pour le patient. De manière évidente, le bon déroulement de la prise en charge s'appuie sur une relation de confiance, de sécurité et de non jugement. Ainsi, de nombreux facteurs variables peuvent jouer sur l'efficacité de la thérapie (32).

Le praticien devra donc s'adapter tout au long de sa prise en charge, ajuster ses différentes compétences en fonction des besoins du patient pour maintenir l'alliance thérapeutique.

II.A.1.2. La relation thérapeutique, le socle pour l'émergence d'une alliance indispensable

Dès la mise en relation du patient et du praticien, s'ensuit l'installation d'une alliance thérapeutique, définie par Antoine Bioy comme une collaboration mutuelle entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés (33).

Selon Julien Nizard dans la revue supervisée par Julien Betbeze (34), à défaut d'objectifs communs entre patient et praticien, l'errance diagnostique et thérapeutique risquent de se

poursuivre et de devenir un cercle vicieux. En effet, l'alliance thérapeutique n'est pas établie et risque de favoriser la répétition incessante d'échecs thérapeutiques. Cette répétition fait percevoir au patient que personne ne le comprend.

Freud insiste sur le besoin d'une alliance entre le thérapeute et son patient pour que la thérapie soit efficace. Depuis Freud, l'alliance thérapeutique a été élargie à toute relation soignant-soigné (33).

Dans la revue supervisée par Julien Betbeze, toutes les études concluent au fait que l'alliance thérapeutique est indispensable au succès du soin et de la thérapie. Elle commence dès la première entrevue avec le patient, mais elle n'est pas établie une fois pour toute ; elle fluctue en fonction des sentiments humains (33). Le praticien doit à chaque séance entretenir l'alliance thérapeutique avec son patient pour arriver au succès de sa prise en charge.

Cungi Charles nous explique qu'une thérapie est par essence collaborative, mais qu'elle n'est pas une fin en soi. L'alliance est le commencement d'une recherche de solutions par le patient avant tout, cela avec l'aide du praticien. Ainsi, l'installation de cette alliance va mener à la résolution du problème du patient (35).

Nous allons comprendre par la suite comment l'alliance thérapeutique peut s'établir, tout d'abord à travers l'empathie qui est à l'origine de toute communication verbale ou non verbale auprès d'un patient. Puis nous allons voir les qualités nécessaires que doivent posséder les interlocuteurs dans cette relation interpersonnelle.

II.A.1.3. L'empathie

L'« empathie » est un concept dont la signification diverge selon les points de vue. Selon Lipps en 1903, c'est notre capacité à reconnaître des émotions chez les autres à travers leurs réactions (36).

Pour Rogers, l'empathie est corrélée positivement à la relation d'aide aux autres. C'est le père de l'empathie médicale(25). Il l'a définie comme la perception interne des réactions personnelles et des sentiments essentiels du patient, tout en restant dans notre état subjectif. Il ajoute que l'empathie est le fait de communiquer au patient cette compréhension (36). La relation thérapeutique est donc une relation co-construite. C'est par l'empathie que le praticien comprend la perspective émotionnelle du patient et peut y répondre

Pour Decety, c'est une notion complexe qui fait converger les auteurs vers un point de vue, celui d'un concept multidimensionnel avec une composante affective, motivationnelle et cognitive. La composante affective de l'empathie (le partage émotionnel) correspond à notre capacité à partager l'état émotionnel d'autrui à travers la compréhension de sa communication non verbale (détresse, souffrance, tristesse). La composante motivationnelle de l'empathie (souci de l'autre) est notre motivation à nous préoccuper du bien-être d'autrui. La composante cognitive de l'empathie est la capacité à se mettre consciemment dans l'esprit de l'autre, pour comprendre ses pensées et ses ressentis. Cette capacité de perspective affective d'autrui permet de susciter le partage affectif et le soutien à l'autre (37).

La relation d'aide thérapeutique est permise à partir de ce niveau d'empathie primaire (partage émotionnel) présent chez tous les humains. L'expérience des émotions et la perception des émotions seraient dues aux neurones miroirs (38), mais cette hypothèse n'est pas supportée par tous les auteurs. Des personnes paralysées congénitalement de la face ne peuvent exprimer

des émotions à travers leurs expressions, mais pourtant ils peuvent percevoir celles d'autrui. A contrario, les personnes atteintes d'insensibilité congénitale à la douleur sont capables de reconnaître par des processus empathiques émotionnels l'expérience de la douleur chez autrui (39).

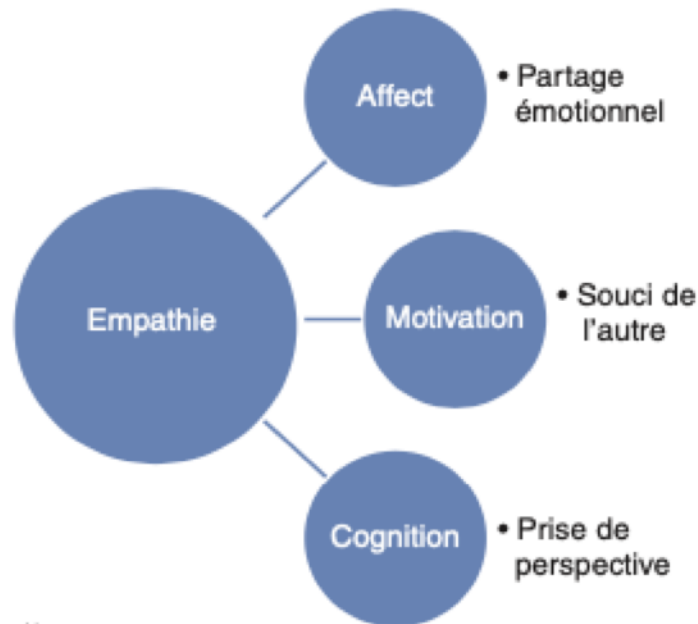


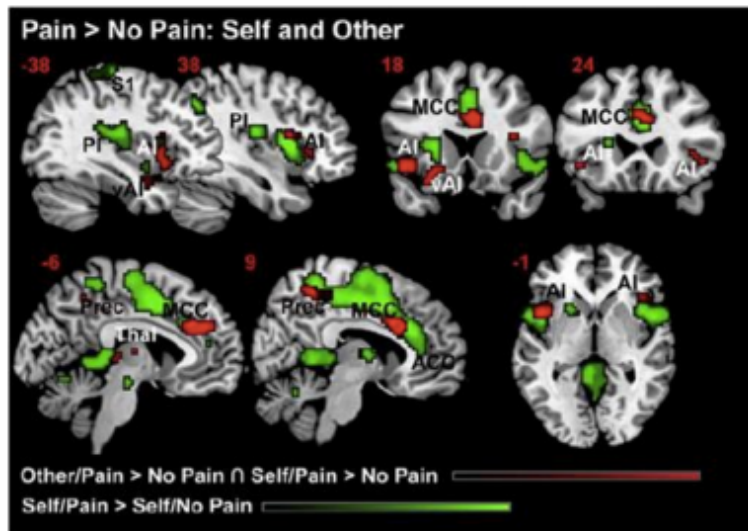
Figure 3: Les composantes de l'empathie : affective, motivationnelle et cognitive selon Decety J. en 2015. (37)

L'empathie est un outil de connaissance de l'autre et une attitude qui favorise l'interaction sociale et le partage social des émotions et de la douleur. Ceci explique son rôle dans l'établissement de l'alliance thérapeutique. Le praticien grâce à son empathie cognitive est capable d'avoir une perspective d'autrui et de comprendre le monde subjectif du patient. Grâce à ses processus empathiques, il met en œuvre une communication verbale et non verbale et va entrer ainsi en interaction avec le patient. L'empathie joue donc un rôle central dans la relation thérapeutique.

Cette capacité permet d'exprimer une préoccupation sincère du bien-être du patient. Un médecin empathique aura tendance à majorer l'efficacité thérapeutique des traitements prescrits. Les effets bénéfiques de l'empathie sur l'état de santé du patient ont été mis en évidence chez les patients diabétiques dont la glycémie était plus équilibrée, lorsqu'ils étaient pris en charge par un praticien empathique (37).

Selon Arreto et al en 2006, l'empathie désigne la faculté de s'identifier à quelqu'un et de ressentir ce qu'il ressent. Cela revient à sortir de soi-même pour comprendre le point de vue de l'autre, à travers les émotions que l'on reconnaît chez lui. Trois facteurs semblent indispensables à la pratique d'un comportement empathique : la volonté d'écoute, compétence acquise nécessaire pour informer, vérifier, questionner, sonder et observer ; et la curiosité, attitude d'ouverture envers le patient, son environnement culturel, familial et social pour en saisir le fonctionnement et les représentations du patient ; et enfin, la patience qui suppose que le praticien consacre du temps et développe sa capacité à maîtriser ses émotions (25).

Une étude de Lamm et al., en 2011, montre les systèmes neuronaux impliqués dans l'empathie grâce à une IRMf. Les personnes recevant un stimulus douloureux présentent les mêmes aires d'activation cérébrales que lorsqu'elles assistent à des images de personnes avec des expressions de douleurs. Les aires cérébrales de la douleur et de l'empathie se chevauchent. Ainsi, l'empathie est corrélée à notre compréhension de la douleur ressentie par notre interlocuteur (39)



Lamm et al., 2011

Figure 4 : Zones de chevauchement entre les aires cérébrales impliquées lors de la douleur (en vert) et lors de l'empathie pour la douleur (en rouge) selon Decety en 2015.

Au cours de la relation praticien-patient, l'empathie doit permettre au praticien d'aboutir à une compréhension des processus cognitifs, des pensées et représentations du patient. L'empathie va aussi permettre au praticien de saisir, sur le plan affectif, l'expression des sentiments et des émotions du patient. Cette contagion émotionnelle est possible en se mettant à la place du patient, mais sans se laisser atteindre par ces sentiments et ces émotions qui lui appartiennent (25). Pour cerner la perspective du patient, il faut à la fois être suffisamment en connexion pour percevoir ce qu'il ressent, et suffisamment à distance pour ne pas se laisser envahir. « L'empathie » ce n'est pas s'identifier à l'autre, il n'y a pas de confusion entre soi-même et l'autre. Ce n'est pas non plus de la « sympathie » car, l'empathie peut être positive,

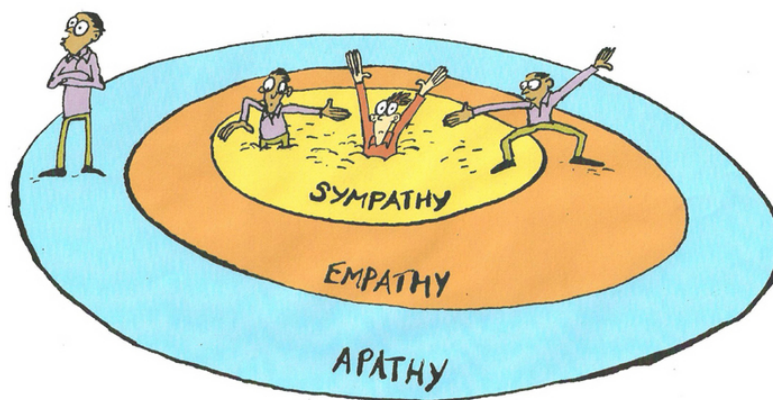


Figure 5 : Schéma de la différence entre les termes sympathie, empathie et apathie selon Aimetti Fabrice en 2016.

neutre, et peut même amener à des sentiments négatifs (40).

Chaque composante de l'empathie (émotionnelle et cognitive) joue un rôle dans la relation thérapeutique qui influence positivement la santé du patient et favorise le développement d'un processus de résilience.

Dans l'étude de Cánovas L, Carrascosa A-J, García M, et al., elle montre l'impact de l'empathie dans la relation patient-praticien sur la qualité de vie des patients atteints de douleurs chroniques. Ils montrent que la douleur est plus soulagée auprès de praticiens empathiques. Ainsi, l'empathie est une qualité primordiale chez tous soignants pour aider au soulagement des patients (41).

La pratique du comportement empathique est à la base de toute relation thérapeutique d'aide. La fonction de partage et de verbalisation est d'atteindre la résilience face à ses émotions. Elle est atteinte en 2 étapes, il y a d'abord la décharge émotionnelle par la verbalisation du problème du patient (demande de soutien) puis il y a l'élaboration par un travail cognitif. Ces 2 étapes mènent à un changement de perception, un changement de grille de lecture. Il y a chez le patient l'apprentissage d'une stratégie d'adaptation face à une situation pensée comme non solvable au préalable. La mise en paroles du patient apporte un support social libérateur et protecteur, ceci grâce à cette communication affective avec autrui et le partage empathique créé (42).

La relation empathique guide le médecin dans ses réponses pour aider le patient à réaliser son travail d'élaboration cognitif. Pour y parvenir Vannotti, en 2002 décrit 6 étapes fondamentales pour établir une relation empathique : reconnaître les moments d'émotions du patient, lui demander ce qu'il se passe (passage de l'émotionnel au cognitif), nommer l'émotion,

légitimer l'émotion, respecter les efforts que fait le patient pour y faire face et offrir son aide et son soutien (43) .

Chandu en 2011 traite de l'importance de la communication en dentaire, il décrit la place prépondérante de l'empathie dans la communication de son plan de traitement. Il nous rappelle que nous pouvons suggérer un plan de traitement mais que la décision va revenir au patient entouré de praticiens conseillers. Cette prise de décision renforce le pouvoir du patient dans sa prise en charge, il devient responsable de sa santé. On comprend que lorsque nous communiquons mieux, nous traitons mieux nos patients. Le patient se sentira en confiance car bien encadré et plus responsable. Le praticien sera meilleur dans sa prise en charge par l'amélioration de la relation avec le patient et ce, à travers une meilleure communication (28).

II.A.1.4. La communication

" Que signifie communiquer " ? Demanda le Petit Prince.

" C'est une chose trop oubliée, ça signifie créer des liens..." Répondit le Renard.

Saint-Exupéry (44)

La communication est le pilier de la relation entre le soignant et le soigné, elle est au coeur du soin. Elle est définie par Célestin-Lhopiteau comme l'action de communiquer ayant pour objectif de transmettre quelque chose à quelqu'un ou de le mettre à sa disposition, résultat de cette action. C'est un don d'informations, de renseignements sur un sujet déterminé (21)

Dans l'article de d'Andrea Waylen en 2017, il est montré qu'une bonne communication entre le patient et son dentiste va être corrélée avec une efficacité accrue, à un diagnostic plus

précis, à une amélioration des résultats, à la satisfaction des patients et à une moindre probabilité de plaintes ou de litiges (45).

La communication passe par l'écoute du verbal mais également du non-verbal tel que la posture, l'expression du visage, les gestes, le rythme qui accompagnent le discours. Ce non verbal et paraverbal va confirmer ou infirmer le verbal.

Dans toute communication, on distingue deux aspects : le contenu, ce qui est réellement dit, aussi appelé sens manifesté ou signifié (communication verbale) ; et la façon dont s'établit la relation et la communication entre individus aussi appelée sens latent ou signifiant (communication non verbale) (25).

Ce qui n'est pas dit comme ce qui est dit, signifiant et signifié, traduisent l'état intérieur souvent inconscient chez le patient ; ceci permet au praticien de s'adapter au mode de communication du patient et de l'aider au changement (21).

II.A.1.4.1.La communication verbale

Les mots sont des éléments de base du message que l'on veut transmettre. Tout mot possède une partie stable, une signification, permettant de le comprendre. Mais il possède également une partie variable, la connotation, moins bien définie et plus complexe, un sens particulier qui peut varier selon la situation et le contexte. Il s'agit de ce qui entoure le mot. Ainsi, au cours d'une communication avec un dialogue verbal, d'éventuels écueils de compréhension, des malentendus peuvent survenir entre les protagonistes (25).

Le praticien va être amené à utiliser des moyens de gestion de la communication verbale

pour établir un diagnostic, proposer un plan de traitement et expliquer les modalités de prise en charge à son patient. Mais comment s'y prendre pour une bonne compréhension mutuelle ? L'exercice n'est pas si simple.

II.A.1.4.1.1. Questions ouvertes / fermées

Le Japanese Group for Research on the Medical Interview a montré que la quantité d'informations obtenues de la part des patients est positivement corrélée à l'utilisation de questions ouvertes (46). Les questions ouvertes permettent aux patients de discuter de leurs préoccupations librement et peuvent être considérées comme une méthode efficace pour collecter des informations médicales. Les praticiens peuvent obtenir une valeur proche de 80% des informations médicales pertinentes du patient et parvenir à un diagnostic au cours d'un entretien médical (47).

II.A.1.4.1.2. L'art de l'explication

Le praticien va pouvoir répondre à la demande du patient en lui transmettant des informations sur sa maladie et en répondant à ses interrogations. Pour cela, le soignant pourra remplir son rôle grâce à la communication verbale, à travers un discours lent, articulé, simplifié en termes techniques et en choisissant des images, des métaphores compréhensibles par le patient (25).

Il est d'autant plus nécessaire de simplifier, d'imager, faire répéter le patient pour être certain de sa compréhension du diagnostic, de la prise en charge à suivre et des prescriptions. Ce partage d'informations, une fois intégré chez le patient va déterminer l'adhérence de ce dernier au traitement. En effet, l'étude de Misra, Daly et al. en 2013 insiste sur le fait que le patient

retient moins d'informations par rapport à ce que les dentistes pensent qu'il a assimilé. Ainsi, il faut expliquer davantage que ce que l'on pense suffisant pour permettre une meilleure adhérence du patient à la prise en charge (48).

II.A.1.4.2.La communication non verbale

La communication non verbale est définie comme l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus n'usant pas de langage humain ou de ses dérivés sonores (49).

La diversité des échanges non verbaux permet de les considérer comme un moyen de communication à part entière. Les humains communiquent avec des mots, mais aussi avec leur corps, des objets, leurs organisations dans l'espace et dans le temps. L'entourage, nos interlocuteurs y sont sensibles, de manière inconsciente ; ils auront intuitivement tendance à comprendre nos actes plus que nos paroles, et à croire plus fortement les paroles si les actes sont en harmonie avec elles. Comme le disait Démosthène, ce qui est la première qualité de l'art du discours public est « l'action » (50).

Notre éducation médicale nous fait préférer la communication verbale pour communiquer, d'où notre tendance à penser que nous pouvons négliger les signaux non verbaux (50). L'apprentissage de la communication dans notre domaine peut pousser l'élève à modifier sa conception de lui-même, la confiance en ses propres possibilités, sa manière d'apprendre et ses aptitudes. Le praticien grâce à la communication, peut induire chez le patient une modification de ses croyances quant à ses capacités de changement (21).

Ce type de communication s'utilise et s'appréhende de manière inconsciente ; le soignant peut ainsi détecter les intentions ou pensées du patient, et inversement. Le patient pourra ainsi ressentir le niveau d'empathie du praticien. Cette communication, à la fois verbale et non verbale, peut être utilisée durant différents moments de l'entretien médical et de différentes manières (décrites ci-dessous).

II.A.1.4.2.1.Lors du dialogue

Le dialogue verbal est entremêlé de périodes de communications non verbales qui s'appuient sur le mode relationnel ; c'est la manière d'être avec le patient. On la retrouve lors du paralangage.

II.A.1.4.2.1.1.Les modalités de la voix

Dès l'accueil fait par le praticien, puis lors de l'entretien, le patient va distinguer les modalités de sa voix. Elles regroupent l'attitude, le ton, l'intensité, le tempo de la parole, le bâillement, le rire, les cris qui sont autant d'éléments qui expriment nos intentions, nos émotions et notre état biologique (51).

Tous ces éléments permettent l'état expressif : un degré d'émotion peut déclencher une décharge d'adrénaline capable de modifier de façon précise le tonus musculaire. Ainsi, chaque émotion va moduler les caractères de la voix de l'émetteur de manière précise ; cette information sonore est perceptible par le cerveau du récepteur. Que ce soit du côté du praticien qui peut détecter dans la voix du patient son état émotionnel (douleur, crainte, malaise, stress...) ou du

côté du patient qui peut détecter les réactions du praticien à son discours (25).

II.A.1.4.2.1.2.Le silence

Le silence est tout autant considéré comme un moyen de communication, dans la mesure où comme la parole, il est actif et signifiant (52). Ce qui veut dire qu'il porte un sens et une action. C'est aussi une façon d'inviter le patient à réagir, à parler librement... Etant un modulateur de la communication, il peut servir quotidiennement pour manifester différentes intentions :

- contrôler l'interaction par un habile maniement de la parole
- susciter l'inquiétude
- établir le contrôle de soi pour ne pas se dévoiler
- refréner une émotion qui déborde
- prendre le temps de réflexion

Lors de la relation praticien-patient au cabinet dentaire, le silence obéit à des règles consensuelles : il doit être alterné avec la parole, il ne doit pas durer trop longtemps et ne doit pas être accompagné d'une autre activité. Il doit encourager à poursuivre l'entretien (25).

II.A.1.4.2.1.3.L'écoute active

L'écoute active est un comportement de réceptivité physique et psychologique à l'égard d'une autre personne. Même si elle est indispensable à l'établissement d'une relation

thérapeutique, cette technique de communication doit rester une attitude naturelle, en s'intégrant au comportement professionnel du praticien pour ne pas devenir une contrainte de plus. Elle permet lors de la relation praticien-patient de recueillir des données et met le patient dans une place centrale au cours de cet entretien. C'est un savoir-faire qui exige deux notions à maîtriser qui sont le questionnement et le silence (25).

II.A.1.4.2.1.4.L'importance du premier contact

La première impression donnée par le praticien et les premiers ressentis du patient se font lors de l'arrivée au cabinet et de la rencontre des deux interlocuteurs. Cette impression va se faire sur un nombre limité d'informations conscientes. Elles sont collectées rituellement par un balayage visuel du visage, dont le regard, puis le corps et la tenue vestimentaire. Le serrage de main est apprécié par le patient, tout comme la voix est écoutée pour percevoir la façon de parler. Ainsi, l'aspect général et la poignée de main parlent déjà au patient (25).

Par ailleurs notre fonctionnement psychologique est capable d'influencer nos comportements, nos postures et le fonctionnement de notre corps de telle façon qu'il peut transparaître dans notre langage corporel dans la relation à l'autre. Celui-ci peut révéler l'état mental d'un individu, sa personnalité et sa capacité d'établir des contacts avec les autres ; il devient important de comprendre le message qu'il tente de transmettre et ce qu'il dit vraiment avec les différentes parties de son corps (25). La posture permet l'établissement des relations entre deux acteurs d'une relation.

Nos mouvements corporels traduisent donc consciemment ou inconsciemment notre état d'esprit et nos sentiments. Selon Arreto et al., il existe deux types de gestes : ceux de l'argumentation, qui sont en rapport avec le discours, et les gestes parasites. Ceux-ci sont sans

rapport avec le discours, ils expriment la personnalité de la personne au travers du mouvement. En effet, la vitesse révèle une personnalité calme si les mouvements sont lents, tandis que des mouvements rapides révèlent une personne plus réactive voire extravertie. Le rythme et l'ampleur de gestes nombreux peuvent traduire un caractère expansif ou un enthousiasme ; si ces gestes sont mesurés ils peuvent être signes de pondération. Cependant, ces mouvements sont des caractéristiques de communication qui sont variables en fonction de l'âge et de la culture du patient. Les modes d'utilisation des gestes reflètent l'état d'esprit de la personne qui les emploient ; ainsi des gestes ordonnés sont en lien avec une personne aux idées claires, contrairement à des gestes désordonnés qui peuvent laisser apparaître la confusion des idées. Le caractère peut aussi apparaître à travers des gestes ronds, harmonieux qui renvoient l'image d'une personne affective et douce. Au contraire, des gestes cassants et saccadés qui eux laissent apparaître une personne autoritaire, austère et rigide (25).

L'anxiété et le stress peuvent donc s'inscrire dans les mouvements et les dévoiler. Le praticien peut déchiffrer ces signaux quand il les voit. Mais il doit avant tout contrôler les siens pour ne pas transmettre son stress au patient (25).

Une expression faciale est comme son nom l'indique l'expression, l'extériorisation d'un sentiment, d'une humeur ou d'un ressenti, qui est visible sur le visage d'une personne par contraction des muscles du visage. C'est d'ailleurs par la reconnaissance inconsciente (grâce aux neurones miroirs) de cette expression faciale et l'émotion qu'elle témoigne que le processus empathique peut s'initier (38). C'est également ainsi que le praticien peut détecter la collaboration du patient (53).

Le dentiste peut intercepter des expressions liées au stress ou à l'anxiété, telle qu'une crispation des lèvres ou un froncement de sourcils chez le patient. La décontraction des muscles

signale une détente chez le patient. L'analyse de ces expressions va permettre au praticien de s'inquiéter de l'objet de cette angoisse et, apporter des explications supplémentaires si nécessaire. Comme le disait Hojat et al. en 2002, la relation thérapeutique s'établit dans un processus empathique qui permet au praticien de comprendre la perspective émotionnelle du patient et à y répondre de manière adéquate (54).

On peut ajouter le sourire parmi l'une des expressions faciales les plus importantes. Il est garant d'un praticien confiant dans sa pratique et dans la relation thérapeutique avec son patient. (55).

Une conversation est un moment où le regard est important : un intérêt, une implication, l'attention à cet échange sont exprimés par le regard. Il va permettre son bon déroulement et la continuité de la conversation. Il est démontré que lorsqu'une personne parle, elle regarde moins son interlocuteur. Contrairement, au récepteur de la conversation qui lui regarde de manière plus continue l'émetteur de la conversation. Ainsi, pour entretenir la conversation et l'adapter à son interlocuteur, des regards doivent être fait par l'émetteur occasionnellement, et ainsi capter ses réactions (56).

Il est important de souligner que le regard permet au patient de se sentir écouté et qu'il attire notre intérêt. Un regard fuyant ou détourné vers du mobilier ferait paraître un désintérêt de notre part en plus d'un irrespect envers le patient. Ainsi, le regard est l'une des voies qui permet la communication avec le patient, c'est un des piliers dans la relation patient-praticien.

La relation patient-praticien regroupe un panel de moyens de communication large qui permet au praticien de comprendre les ressentis et la personnalité du patient. De son côté, le praticien va pouvoir irradier un climat de confiance et de sécurité à travers les signaux

comportementaux et verbaux montrés au cours de l'entretien médical.

La communication est le moyen par lequel le praticien et le patient vont pouvoir se comprendre et s'entendre pour arriver à collaborer vers des objectifs communs. Elle est possible, si et seulement si le patient est volontaire dans sa prise en charge. Le praticien doit présenter les qualités adéquates pour lier une relation et une alliance thérapeutique avec le patient. Nous allons voir quels sont les impératifs d'un praticien pour le bon établissement d'une prise en charge et nous verrons les caractéristiques d'un patient qui collabore à entretenir cette alliance thérapeutique proposée par le praticien.

II.A.2. Les partenaires de l'alliance thérapeutique

Le praticien et le patient, ce sont 2 éléments indissociables et indispensables de la relation thérapeutique : l'un sans l'autre ne peut résoudre le problème du patient. Ils deviennent partenaires de cette alliance thérapeutique car ils la créent ensemble : le praticien l'initie et le patient s'y lie. Ils sont maintenant tout deux liés pour remédier à la plainte du patient. Des caractéristiques chez le patient comme chez le praticien sont indispensables pour y parvenir.

II.A.2.1. *Le patient*

II.A.2.1.1. Un être en quête de réponses

Nous distinguons plusieurs types de patients, celui soucieux de son état de santé ira consulter dès le moindre signe d'alerte. D'autres patients, plus occasionnellement dès qu'une douleur devient trop persistante. Dans tous les cas, dès l'avènement d'une douleur le patient

devient le premier investigateur de sa santé. Il va commencer sa propre prise en charge en prenant rendez-vous avec un professionnel de santé.

La compréhension et le soulagement seront approchés lors d'une consultation. Le verbe consulter, signifie demander un avis, un conseil à quelqu'un. Le patient a la volonté de se faire soigner et a le besoin d'être rassuré ou guidé. Il souhaite résoudre son problème, c'est sa motivation pour consulter. Ces objectifs vont permettre au patient de rester déterminé à atteindre son but, soutenu par la volonté du soignant à l'accompagner vers un objectif commun.

II.A.2.1.2. Les critères chez le patient pour maintenir l'alliance

La création de l'alliance se fait d'une part par le praticien qui installe le patient dans un cadre bienveillant. D'autre part, elle se fait grâce à la motivation du patient et à son désir de collaborer au processus thérapeutique. Ces derniers critères, sont cruciaux pour le maintien de l'alliance thérapeutique (33). C'est un engagement mutuel pour un même objectif. Cela souligne la nécessité d'une mise en action réciproque dans cette collaboration patient-praticien.

A l'inverse, beaucoup de patients, notamment ceux atteints de douleurs chroniques, semblent immobiles, dans l'attente passive d'une prise en charge par le praticien. Les patients qui ne présentent pas ces critères de désir et de motivation dans ce processus collaboratif sont appelés « résistants », « plaignants » et « touristes ». Ils risquent de vouer à l'échec l'alliance thérapeutique. Certains patients peuvent également ne pas s'engager dans cette dynamique relationnelle et cette co-construction car ils ne se sentent pas concernés par la problématique qui les amène : c'est par exemple un patient amené par son conjoint car c'est ce dernier qui est en

souffrance face au problème ; « *faites-quelque chose pour lui car ça devient invivable à la maison* ». L'alliance thérapeutique est difficile à installer, voire impossible dans ces cas où le patient n'est pas le demandeur de soin. Que ce soit dans un travail psychothérapeutique, un travail d'aide ou une demande de soins quelle qu'elle soit, l'absence de motivation et de désir à changer ou à s'engager dans le processus thérapeutique empêche l'instauration d'une alliance et d'un pacte thérapeutique. Le praticien devra expliquer cette impossibilité de travail thérapeutique : une personne qui n'est pas en demande de soin, ce n'est pas un patient (33).

II.A.2.2. Le praticien

II.A.2.2.1. Savoir scientifique sur les douleurs orofaciales chroniques

La formation initiale, dans tout domaine d'aide à la personne (médecin, dentistes, kiné, infirmières...), transmet l'ensemble des connaissances de chaque pratique. Notre diplôme nous confère le droit d'exercer notre Art, pour lequel nous sommes qualifiés, et dont l'expérience clinique va nous apporter toujours plus de confiance dans ce domaine. Par ailleurs, la formation continue permet à chaque praticien de remettre à jour leur pratique clinique en fonction des données actuelles de la science et des instances professionnelles.

Auprès des patients atteints de douleurs chroniques, une formation supplémentaire est nécessaire pour la prise en charge thérapeutique. La diversité des patients nécessite de comprendre chaque personnalité ainsi que les motivations et les fonctions de la plainte douloureuse pour adapter leur prise en charge (57). Les thérapeutiques sont diversifiées, ce qui permet aux praticiens d'avoir des approches différentes vers un objectif de réadaptation du patient sur le plan physique et psychosocial. Il peut prendre celle qui sera la plus adaptée au patient, voir combiner des techniques pour favoriser le succès thérapeutique.

Les thérapeutiques peuvent être médicamenteuses comme non médicamenteuses ; les praticiens peuvent se former à différentes méthodes de prise en charge que nous allons voir dans la dernière partie de cette thèse.

Le praticien est considéré comme le « savoir scientifique » face au patient en demande de résolution de son problème. Il est vu comme le sachant et le sauveur, puisque les patients avec des douleurs chroniques sont souvent en errance médicale durant une longue période. Nous participons d'ailleurs à ce processus de nomadisme puisque, mués par l'envie de corriger le problème avec des solutions médicales ou chirurgicales auxquelles nous avons été formés, nous multiplions des traitements qui ne sont pas adaptés et favorisons cette recherche effrénée chez le patient de solutions souvent physiques(58) (59). Par l'exploration du corps, nous empêchons le patient de changer de registre et de dire sa douleur différemment que par le symptôme corporel.

II.A.2.2.2. Les conditions pour l'établissement de l'alliance thérapeutique

On attend avant tout d'un praticien son expertise et son savoir-faire dans son domaine pour répondre à la demande du patient. Le praticien doit être à l'écoute de son patient pour se centrer sur ses objectifs et/ou l'aider à les construire. Il est primordial de ne pas avoir de préjugés face aux actions de notre patient, même si elles ne sont pas concordantes avec ses objectifs. De plus, le respect de ses positionnements et de ses représentations est important : si le patient présente des croyances, des valeurs, nous les prenons en compte sans jugement. Le praticien doit savoir saisir et accepter le cadre de référence du patient pour mieux l'accompagner ; c'est à cette condition qu'il percevra que sa plainte est légitime et qu'il acceptera de s'engager dans la co-construction thérapeutique (60).

Il est important que le patient se sente écouté, que son point de vue et que son ressenti ne soient pas disqualifiés. Le patient doit percevoir que le praticien reconnaît sa douleur comme authentique, mais ce n'est pas pour autant valider les comportements contraires aux objectifs de prise en charge de cette douleur. Ainsi, par le fait d'accueillir sa plainte douloureuse et par la non validation de facteurs entretenant le problème, nous cherchons que le patient soit assuré d'avoir de l'aide (34). Notre reconnaissance auprès du patient de son vécu personnel et de sa douleur envoie un signal positif vers sa demande d'aide (60).

Selon Cungi C. s'inspirant des travaux de Rogers Carl, la prise en charge peut se dérouler et aboutir à un succès thérapeutique (35). Pour cela, il faudra néanmoins des qualités indispensables présentes chez tout praticien. Elles permettront de créer une alliance thérapeutique avec le patient (33).

II.A.2.2.2.1.L'empathie

En premier, une caractéristique indispensable chez tout praticien est l'empathie. Elle confère la capacité de comprendre le patient et son mode de fonctionnement sans jugement et sans se laisser submerger par ses propres affects. L'alliance thérapeutique se nouera grâce à cette capacité humaine de venir en aide à un sujet en recherche de réponses par cette aptitude à percevoir l'affect de l'autre, de comprendre sa perspective (58).

L'empathie au sens étymologique « souffrir avec » n'est pas le sens évoqué par Cungi Charles (61). Nous rappelons encore que le praticien ne doit pas s'identifier au patient, ni

projeter ses problèmes sur lui, au risque de nuire à l'alliance. Ainsi, un thérapeute pour différencier ses propres affects de ceux de son patient devra avoir effectué au préalable, une thérapie personnelle. Le praticien n'imposera pas son schéma de pensées et pourra être pleinement à l'écoute du patient(33) (62).

II.A.2.2.2.L'authenticité

Selon Carl Rogers, un praticien se doit d'être authentique, c'est-à-dire d'accepter de manière inconditionnelle la réalité du patient. Il doit aussi être en accord avec ses ressentis même quand c'est un sentiment négatif. Dans la dynamique relationnelle thérapeutique, le patient fait ressentir au praticien un ensemble d'émotions, elles provoquent chez lui des réactions appelées contre-transfert. Le praticien doit être capable de discerner ces mouvements, ces affects, ces attitudes projetés par le patient. Dès lors qu'il éprouve une émotion qui le submerge, un sentiment d'impuissance ou encore la volonté de convaincre l'autre, c'est le signe qu'il a quitté sa neutralité et qu'il vit ce contre-transfert. Cela va permettre au praticien d'ajuster son entretien ou d'arrêter sa prise en charge, si jamais le patient réactive des émotions de manière embarrassante ou empêchant la continuité d'une prise en charge objective. Cela concourrait à un échec de la relation thérapeutique (33).

Dans cette intersubjectivité, l'authenticité d'un praticien se retrouve dès lors qu'il considère que le patient à lui-même une démarche réelle, authentique envers lui et qu'il fait de son mieux. Mais il faut également que le praticien soit authentique envers lui-même également, c'est à dire connaître et reconnaître ses ressentis durant la prise en charge, pour intercepter tout sentiment qui irait à contre-sens d'un succès thérapeutique (33).

II.A.2.2.2.3.La chaleur humaine

Selon Cungi Charles en 2016, une relation chaleureuse est indispensable dans une alliance thérapeutique. Il faut revoir l'image du thérapeute froid qui garde sa neutralité en maintenant une distance envers le patient. Pour comprendre et aider le patient, il faut en accepter de percevoir ses affects, son cadre de référence. Garder ses distances ne permettra pas le lien nécessaire pour y parvenir et amener le patient vers son objectif. Le praticien se doit d'être chaleureux, sans être dans la séduction, il est dans une neutralité bienveillante. Il n'y a pas d'affects plus développés mais de la bienveillance avant tout (33).

Par ailleurs, il nous explique que le praticien peut installer un climat relationnel chaleureux à condition qu'il trouve son patient sympathique. Il peut arriver que l'on se sente irrité par un patient mais malgré notre agacement, nous devons trouver des stratégies pour nous sentir en lien avec lui. Cependant, si aucun sentiment de sympathie ne parvient à apparaître envers le patient, il devient nécessaire d'adresser le patient à un confrère. Ce dernier instaurera d'autres stratégies et évitera l'échec thérapeutique due à cette absence de sympathie éprouvée pour le patient malgré tout effort (33) .

Ainsi, ces conditions chez le praticien vont permettre de nouer une alliance thérapeutique et d'installer un rapport collaboratif avec le patient. Néanmoins, ils ne sont pas les seuls critères pour la réussite d'une thérapeutique (33).

II.A.2.2.2.4.Le professionnalisme

Un praticien sera professionnel par son habilité à créer une relation thérapeutique. Pour se

faire, il doit bien sûr respecter le positionnement du patient que ce soit à propos de ses croyances ou de ses valeurs. Le professionnalisme ne correspond pas au degré d'expertise, aux connaissances et aux compétences médico-techniques. C'est plutôt un positionnement éthique vis-à-vis du patient, le fait de n'avoir ni préjugés, ni présupposés sur le patient et son histoire, pour pouvoir entamer une relation au long terme. Un professionnel confirmé pourra être d'autant plus empathique, authentique et avoir de la chaleur humaine (33).

Martineau Wilfrid, quant à lui, nous expose les principes d'éthique et de foi du thérapeute dans la revue supervisée par Julien Betbeze. En premier lieu, il y a la foi en la démarche authentique du patient et la croyance qu'il fait de son mieux dans sa prise en charge. Il précise que même un patient « résistant » fait de son mieux et que sa présence démontre qu'il souhaite que sa résistance soit vaincue. Deuxièmement, le principe qui selon lui fonde la position thérapeutique, est celui de croire en la présence de ressources et de compétences chez les patients ; même si ces derniers n'ont pas encore la perception de leur existence. L'un des rôles du praticien sera de les valoriser et que le patient retrouve leur usage, et ce, par l'intermédiaire de questionnements des actions positives entreprises et déjà mises en place (60).

II.A.2.2.3.Façonnement d'objectifs communs

Les deux protagonistes ont pu entrer en relation à travers les diverses méthodes de communication, puis ils ont tout deux présenté les caractéristiques nécessaires à leur collaboration. De cette manière, ils ont lié une collaboration mutuelle qui est l'alliance thérapeutique et à travers elle, ils vont se hisser l'un l'autre vers des objectifs fixés ensemble (33).

Cungi Charles rappelle que l'alliance est au service de la thérapie ; maintenant qu'ils sont

liés, ils vont pouvoir travailler de concert pour trouver une solution aux problèmes évoqués durant la prise en charge. L'objectif de cette alliance, c'est d'amener le patient à se prendre en charge, à trouver ses propres solutions pour améliorer sa vie (33).

Le travail du praticien est d'aider le patient à trouver ses solutions. Pour y parvenir il y a eu la mise en relation à travers la communication qui s'est effectuée. Grâce à cette dernière et à la volonté des deux protagonistes, l'alliance thérapeutique s'est créée dans le but d'atteindre les objectifs fixés ensemble. Dans un travail psychothérapeutique, lors de la prise en charge de patients avec des douleurs chroniques, le patient peut renouer avec son histoire puisqu'il est accepté par le praticien.

II.B. La relation moteur d'autonomie

II.B.1. Rappel historique

Pour mieux comprendre ce temps de rencontre entre le patient et le praticien, il faut repartir aux prémices des analyses de Freud. Il a observé l'expérience de la lévitation de la main. Dans cette dernière, le thérapeute induit une transe hypnotique où il demande au sujet de laisser progressivement sa main se lever. Face à cette demande, certains sujets lèvent leur main tandis que d'autres la gardent sur leur cuisse. Par ces observations, il en a déduit que certaines personnes vont répondre positivement à la demande et d'autres non.

Dans cette expérience, il différencie les personnes qui sont dans la relation mais qui perdent leur autonomie, en levant leur main. De l'autre côté, il y a ceux qui n'entrent pas dans la relation mais restent autonome en ne répondant pas à la suggestion. Ici naît le concept de résistance et de suggestion face au praticien, repris par la suite par Bernheim (60). Freud a ainsi

séparé le fait d'être autonome et celui d'être en relation.

Face à cette conception Freudienne, Erickson développe une nouvelle conception ; c'est celle de la psychothérapie. Il s'oppose aux hypothèses de Bernheim. Pour Erickson, le patient n'est pas un objet à formater par des suggestions, malgré la croyance populaire que l'hypnose manipule et façonne le patient. Au contraire, le patient est un sujet totalement unique. Chaque patient répond différemment aux propositions du praticien. Erickson a déconstruit le concept de résistance.

En effet, le patient apporte une coopération totale et volontaire selon lui. Lors de cette expérience, un patient qui lève ou garde la main sur sa cuisse montre sa manière la plus adaptée pour rester en relation. Le patient fait ici l'expérience de l'autonomie relationnelle. Il est perçu dans son intention collaborative par le praticien. Dans une relation partagée avec un praticien qui accepte ses réactions sans jugement, le patient peut faire émerger sa singularité en toute liberté. Finalement, la relation est compatible avec l'autonomie (60). Par ailleurs, selon Erickson, cette singularité ne peut s'inscrire que dans une relation vivante, une relation de « coopération interpersonnelle ». En d'autres termes, la singularité du patient peut être assimilée à une ressource dans un contexte relationnel permettant au patient de trouver sa propre voie vers le changement et le bien-être.

II.B.2. L'autonomie relationnelle

Dans le contexte de douleurs chroniques, les patients sont happés par cette douleur qui brise, change et isole. Elle peut devenir identitaire : « *je suis fibromyalgique* ».

Les praticiens spécialisés dans l'aide des patients présentant des douleurs chroniques possèdent un éventail de compétences, comprenant la prise en charge psychologique. En effet, les douleurs chroniques sont reliées à des troubles psycho-sociaux. Le praticien spécialisé est ainsi un thérapeute qui va aider le patient à réparer la relation qu'il entretient avec son corps, qui le fait souffrir. Il va s'atteler à restaurer chez le patient une relation à soi (15).

Les douleurs chroniques étant reliées avec des troubles anxieux et dépressifs (15), il est d'autant plus nécessaire d'aider les patients sur le plan psychologique. Le lien praticien-patient va permettre au patient de devenir à nouveau autonome et de s'épanouir dans leurs sphères personnelles et socio-professionnelle. Une relation de confiance avec le praticien va ancrer chez le patient la possibilité de faire confiance à autrui et il va (re)trouver une identité relationnelle. Pour reconnecter le patient avec son corps, le praticien doit instaurer un lieu et un lien sécurisés. Le patient se sentant en sécurité pourra s'entretenir pleinement avec le praticien (60). Bien qu'apparemment paradoxal, pour se reconnecter à soi-même, le patient doit au préalable pouvoir retrouver une relation de confiance avec les autres.

En conséquence, l'un des objectifs de la prise en charge de ces patients est de palier leur perte d'identité relationnelle. En établissant une relation où le patient exprime sa singularité, celui-ci va pouvoir lâcher-prise et se reconnecter avec ses éprouvés corporels. C'est donc grâce à la réappropriation de son autonomie dans une relation vivante que le patient va trouver un nouveau rapport à son corps, à soi et aux autres. On comprend l'apport essentiel de cette thérapie relationnelle.

Une prise en charge permettant au patient d'être en autonomie relationnelle se base tout d'abord, sur l'écoute et une approche centrée sur le patient dans un contexte de confiance. Le

praticien doit adopter une certaine position pour permettre au patient d'atteindre cette autonomie et créer un climat de sûreté.

II.B.2.1. La relation sécurisée

II.B.2.1.1.L'accueil et l'écoute

Le patient va à la rencontre d'un praticien car il est en demande d'aide, de réponses. Il cherche un interlocuteur qui va pouvoir le comprendre et résoudre son problème. Lors de la présentation du praticien et de l'accueil du patient, le patient reçoit déjà une réponse positive à sa demande d'aide qui améliore son état d'esprit et installe une sensation de soulagement. La présence du praticien induit un effet placebo dès l'accueil, car il conforte le patient dans l'idée qu'il va être aidé (1).

II.B.2.1.2.L'approche centrée sur le patient

La coopération résulte d'un accueil du patient dans sa singularité. Le praticien, pour aider son patient, a besoin qu'il entre dans une autonomie relationnelle et qu'il en fasse l'expérience. En étant dans cet état d'esprit, le patient pourra se reconnecter aux autres et par conséquent à lui-même. Pour se faire, le praticien devra accueillir le patient en sachant qu'il a une intention relationnelle. Ainsi, il accueillera les pensées, les actes et les ressentis du patient permettant d'installer une relation coopérative (60).

Le patient douloureux, avant une prise en charge, est focalisé sur sa douleur. Il est en lutte avec son corps. Il va s'éloigner, se déconnecter des autres et de ses ressentis pour se protéger

d'éventuels menaces qui pourraient lui nuire. Le praticien va aider le patient à se réassocier dans une relation de confiance avec les autres et avec lui-même. Il peut le faire grâce à l'accueil de la singularité du patient et en incitant le patient à explorer de nouveaux territoires pour faire confiance aux autres. Le praticien qui ressent cette intention collaborative, à travers les paroles du patient, va permettre d'instaurer un contexte de sécurité. Dans cet environnement bienveillant et attentif, le patient pourra lâcher prise et s'abandonner à l'autre en toute sécurité (60).

Cette relation avec le praticien lui fait prendre conscience de sa singularité qu'il expérimente dans cette relation à l'autre. L'accordage corporel des deux protagonistes par le biais de la relation thérapeutique instaurée et le fait d'être reconnue dans son existence, permettent au patient de se sentir dans une relation sécurisée. Cette dernière est la clé pour que le patient puisse se reconnecter à ses affects et à ses cognitions ; ce processus est obtenu par la collaboration avec le praticien désireux de voir son patient devenir autonome.

II.B.2.2. La position du thérapeute

II.B.2.2.1. La position décentrée et influente

Le praticien doit avoir une position décentrée et affluente comme le développe Michael White ; c'est à dire laisser le patient suivre le mouvement de ses pensées. Le praticien ne pense pas à sa place. Il est dans une position d'attente, on ne se précipite pas dans l'interaction. Il faut privilégier une écoute attentive. On doit laisser le temps à la fin de l'intervention du patient, lors d'un moment de silence, le choix d'en dire plus et de redéfinir ou préciser ses paroles, ses pensées. Il faut accepter qu'il ne se passe rien, ce rien est une forme de collaboration (63). Selon Benhaeim Jean Marc en 2017, la qualité d'un praticien réside surtout dans son absence de

prétention à résoudre tous les problèmes qui lui sont proposés (32).

Précédemment, nous avons vu l'importance de créer et d'entretenir l'alliance thérapeutique pour le succès thérapeutique. Il est du devoir du praticien de créer cette alliance pour aider son patient. C'est aussi par son désir de le voir aller mieux qu'il va influencer le rapport collaboratif. Il va être un réel moteur de l'impulsion vers le changement positif pour son patient (33).

Julien Betbeze évoque une manière pour qu'un patient se sente responsable de sa vie et soit reconnu dans sa singularité. Pour cela, il demande au patient de prendre position sur ce qu'il vit et ce qu'il fait. C'est en s'engageant dans une narration, une réflexion autour des actions qu'il a entrepris et de son histoire que le patient ouvre un espace de collaboration avec le praticien (60).

Cette méthode permet au patient de s'affirmer, cela va le rendre plus autonome. En effet, chaque thérapeutique qu'elle soit physique, psychologique ou socioprofessionnelle va aider le patient à devenir autonome, en s'appropriant le traitement (34).

Lorsque le praticien veut aborder un sujet, il est recommandé de demander l'accord du patient. Cela permet de préciser ou de récapituler des points exprimés par le patient. Ainsi, le patient se sent être un sujet éthique et non pas un sujet passif. Le patient possède sa propre liberté en devenir. Cette position permet de mener une relation de collaboration, où le sujet se sentira d'autant plus libre dans la relation (60).

Ainsi, nous avons vu que l'autonomie relationnelle est accessible lorsque le patient est

accueilli dans une relation sécurisée, auprès d'un praticien bienveillant qui perçoit l'intention collaborative du patient. Cette autonomie est nécessaire pour se reconnecter à son corps. Les changements qui s'opèrent vont être possibles grâce à cette relation sécurisée. Elle est instaurée par le praticien qui possède une position décentrée mais influente dans le déroulement de la séance (60).

La relation thérapeutique prend une place centrale dans la prise en charge des patients atteints de douleurs chroniques. En effet, la thérapie qui leur est proposée est un examen des relations qu'entretient le patient. La proposition de relations plus adéquates avec leur corps et leur environnement va permettre l'amélioration de leur qualité de vie (32).

Le praticien se dégageant de sa place de personne savante laisse la place au savoir du patient de son expérience douloureuse (62). Il met de côté toute possible relation transférentielle, ce qui est nécessaire chez tout praticien.

II.B.3. La relation transférentielle

Le transfert est lié à la relation soignant-soigné. Il s'agit de sentiments perçus par le patient envers le praticien. Cette relation renvoie le patient à la soumission voire l'ignorance, tel un enfant face au soignant, qui lui possède le savoir. Pourtant, c'est le patient qui possède la connaissance concernant son vécu. Il va le découvrir tout au long du travail thérapeutique. Comme nous l'avons vu précédemment, il y parvient grâce à l'aide du praticien, par l'adoption d'une position décentrée mais influente (62).

A l'inverse, il existe aussi un contre-transfert chez le soignant. Il s'agit des réactions inconscientes voir des sentiments que fait naître le patient lors de la séance chez le soignant. Pour contrecarrer cet affect, il faut au préalable avoir soit même effectué un travail psychothérapeutique pour éviter les interférences émotionnelles personnelles au cours des entretiens avec ses patients (62).

La relation thérapeutique est permise grâce au travail des deux protagonistes, le praticien évitant les contre-transfert peut se focaliser sur le patient. D'autre part, le travail du patient est favorisé par le praticien pour atteindre le lâcher prise et se confier pleinement au praticien.

Ainsi nous avons vu l'intérêt d'entretenir une relation thérapeutique de qualité pour améliorer significativement le succès thérapeutique. De plus, la communication verbale et non verbale reposant sur des processus empathiques sont des piliers du bon déroulement de la relation thérapeutique. Il est important que les deux parties soient actives dans le maintien de l'alliance thérapeutique, par la motivation et le désir de collaboration chez le patient, par l'empathie, l'authenticité, la chaleur humaine et le professionnalisme chez le soignant. Ces dispositions respectives patient-praticien vont permettre l'établissement d'une collaboration et le façonnement d'objectifs communs pour la thérapeutique. Finalement, l'accordage du soignant et du soigné va finir par se réaliser dès que le patient aura expérimenté l'autonomie relationnelle. Cette dernière est la clé de voûte pour le réaccordage du patient avec des douleurs chroniques dans la relation à son corps et aux autres dans ses sphères familiale, sociale et professionnelle. Ce processus se réalise grâce à la position décentrée et influente du soignant. Cette dernière crée un lieu et un lien sécurisés pour le patient. Une relation de confiance ouvre la possibilité de créer à nouveau des relations avec soi et les autres. Ainsi, la relation thérapeutique est un tremplin pour les patients atteints de douleurs chroniques vers leur propre autonomie et l'amélioration de leur

qualité de vie.

A présent nous allons voir de manière concrète le déroulement de la prise en charge des patients atteints de douleurs chroniques. Dans un cabinet libéral ou dans un centre spécialisé dans le traitement de la douleur chronique, la relation thérapeutique doit être appliquée.

III. La place du chirurgien dentiste auprès des patients atteints de douleurs chroniques

III.A. La prise en charge au sein d'un cabinet dentaire

III.A.1. Les difficultés de prise en charge de patients avec des douleurs chroniques

Environ 25 % de la population fait l'expérience de douleurs orofaciales dans une période de 6 mois. On identifie entre 10,1 % à 55,2 % de patients souffrant de douleurs chroniques selon des études françaises et internationales (64).

Il ne s'agit pas que d'un problème français car en Europe 19 % des personnes souffrent de douleurs chroniques. On voit à travers l'étude d'Haral Breivik en 2006 que seulement 2 % des personnes sondées ont pu recevoir l'aide d'un spécialiste de la douleur, alors que presque la moitié de ces personnes ont reçu une prise en charge inadaptée concernant leur douleur (65). Les douleurs ont affecté négativement leur qualité de vie et leur travail. La douleur chronique est un problème de santé majeur en Europe qui doit être pris beaucoup plus au sérieux. Nous allons voir les principales causes de ce manque de prise en charge.

III.A.1.1. Le challenge de la subjectivité en douleurs chroniques

Comme nous l'avons vu précédemment, l'une des difficultés est de diagnostiquer une douleur chronique orofaciale. En effet, trop de praticiens restent dans un cadre biomédical avec pour schéma : une douleur, un symptôme. Cela exclue la complexité du modèle bio-psycho-social que l'on retrouve dans les douleurs chroniques orofaciales. Elles nécessitent une prise en

charge pluriprofessionnelle. Cette prise en charge est réadaptative et répondra plus efficacement à la demande de résolution de la douleur (66).

Nous avons vu que la douleur est subjective et qu'elle doit être entendue sous le prisme du patient, pour la comprendre et la traiter au mieux. Une autoévaluation de la douleur est donc un pré-requis. Elle permettra de mieux appréhender le ressenti du patient et la complexité de ses maux. Cependant, le monde médical aurait tendance à utiliser plus l'hétéroévaluation, considérée plus rapide que l'autoévaluation du patient. Cette hétéroévaluation induirait en erreur les praticiens dans leur diagnostic, étant dépourvus de l'aspect psychologique de la douleur. L'autoévaluation permet d'appréhender le caractère désagréable de l'expérience douloureuse du patient ; ce vécu subjectif doit être retranscrit par les mots du sujet qui souffre (par ce que celui-ci en dit) et non par ce qu'il semble être (au travers des comportements du patient) (66).

III.A.1.2. Une distance involontaire entre praticien et patient

Dans les cursus de la santé, l'abord et l'enseignement de la douleur sont très récents. Il n'existait pas avant le début du XXIème siècle, de formation dédiée uniquement à la douleur au sein des formations médicales en France. Ce déficit a été mis en lumière, et cela grâce aux plans gouvernementaux sur la douleur. Ils ont permis d'ouvrir différentes formations durant le second et troisième cycle des études médicales pour lesquels une formation obligatoire concernant la douleur a été instaurée.

Il y a désormais un accès à des diplômes universitaires et le troisième cycle de médecine propose une Formation Spécialisée Transversale (FST) en douleur. Il a été prévu à travers les

plans d'actions, 20 heures de cours théoriques pour le second cycle des études médicales. Elles sont divisées entre douleurs et soins palliatifs en médecine. Cependant, ce nombre d'heures est variable en fonction des facultés, pour atteindre seulement 4 à 6 heures pour certaines. Elles sont transformées pour la plupart en enseignements dirigés et non plus en enseignement théorique (66). Des améliorations ont été faites mais il reste encore du chemin à faire pour former qualitativement les futurs professionnels de santé dans ce domaine.

Ainsi, le manque de formation de certains professionnels de santé dans le domaine de la relation et de la communication instaure une distance avec le patient. L'abord paternaliste et la position « haute » d'expert persistent encore chez certains praticiens. Alors que l'attitude du praticien, bienveillante et ouverte à la subjectivité du patient, joue un rôle central dans la réussite thérapeutique auprès d'un patient atteint de douleurs chroniques. Ceci peut s'expliquer selon Célestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet en 2006, par le fait que ces compétences relationnelles et d'empathie sont considérées comme innées et s'apprenant avec l'expérience. Elles sont mises de côté au cours des formations universitaires au profit de connaissances théoriques. Le développement de la prise en charge des patients par des psychologues a aidé à modifier l'idée que le patient pouvait se faire d'un soin. Etant le « spécialiste de la relation », ils permettent d'amener de nouvelles approches de communication, d'autres techniques pour améliorer les relations avec le patient. Nous allons voir ces techniques dans la partie suivante (21).

Par ailleurs, la difficulté relationnelle se crée inconsciemment chez les patients qui viennent auprès d'un praticien-sachant, possédant le savoir médical. Le docteur, dans son sens étymologique est celui qui enseigne. Il est celui qui sait. Les praticiens ont pour coutume d'aborder la relation thérapeutique avec cette position haute, de savoir et de pouvoir. Elle est utile dans la plupart des prises en charge de patients mais pas entièrement auprès des patients

atteints de douleurs chroniques. Ainsi, une distance s'instaure en termes de savoir intellectuel (67). Or, comme le souligne Bouckenaere en 2007, c'est lorsque le praticien accepte qu'il ne peut être l'expert de l'expérience subjective du patient que cette distance se réduit (1).

Pour pallier cette distance implicite, le praticien devra adopter une position basse, de non savoir et de non pouvoir, c'est à dire une position décentrée et influente. En effet, une écoute active associée à une position humble du praticien prouvera l'intérêt qu'il porte à l'égard du patient, de son quotidien, de la réalité de ce qu'il ressent et de l'authenticité de sa douleur. Les questionnements du praticien feront percevoir au patient que son savoir profane est utile dans l'établissement du diagnostic. Cette démarche renforce également chez le patient son auto-efficacité, le sentiment qu'il est partie-prenante de son mieux-être, mettant en avant ses ressources personnelles et des compétences face à la douleur (34).

III.A.1.3. Les répercussions d'une prise en charge inadaptée

Le médecin doit avoir la capacité d'écouter sans interrompre le patient. Le patient pourra élargir sa vision du problème qui l'amène, en aborder chaque aspect : biologique, psychologique et social. Il va révéler les représentations qu'il se fait de sa douleur. La plainte douloureuse a toujours une fonction et un intérêt : elle révèle le contexte et les enjeux de l'installation de la douleur (57). Et plutôt que la faire taire à tout prix, il faut prendre le temps de l'écouter. Libérer la parole du patient permettra au praticien d'orienter le diagnostic et d'entrevoir un traitement adapté qui correspond aux problématiques du patient. Légitimer la douleur du patient permet à celui-ci de se sentir reconnu et respecté. Être entendu l'amène à mieux entendre les suggestions du praticien et co-construire des stratégies thérapeutiques. Il sera également plus à même de prendre conscience des ressources qu'il possède face à la douleur (60).

Il faut proscrire les réassurances face à la douleur ainsi que l'attitude « maternelle » inhérente à de nombreux professionnels de santé. En revanche, elles peuvent être utilisées de manière stratégique afin de faire cesser la plainte quand le praticien se trouve démuni. Le risque est de laisser le patient en errance médicale (1).

Une douleur chronique non diagnostiquée renvoie inévitablement le patient dans le circuit de l'errance médicale. La phrase « vous avez mal mais vos examens sont normaux, ne vous inquiétez donc pas ! », peut lui donner l'impression que son problème n'est pas pris en compte ou que « c'est dans sa tête ». La non reconnaissance ou la minimisation de son état douloureux entraîne chez le patient l'aggravation de comportements et de cognitions inadaptes face à ses douleurs.

En effet, la chronicisation de la douleur va continuer par amplification de la focalisation attentionnelle, de la rumination des patients anxieux et une atteinte de leur confiance en eux, en lien avec un sentiment d'incompréhension du corps médical (68). L'étude de Linton et al en 2008 montre au contraire que lorsque les patients perçoivent que la réalité de leur expérience douloureuse n'est pas remise en question, ces émotions s'apaisent et les biais cognitifs ainsi que les comportements négatifs diminuent (68) (69).

La prise en charge et le parcours de soins des patients atteints de douleurs chroniques ne sont pas toujours faciles, le modèle biomédical restant encore ancré dans les modes de raisonnement du corps médical, et ce, malgré l'extension des connaissances sur les douleurs chroniques dans toutes les formations universitaires. Malheureusement, chez les professionnels

de santé, une formation insuffisante sur la relation dans le soin, l'incapacité à reconnaître le caractère chronique de la douleur, la recherche incessante d'une causalité unilatérale somatique et d'une thérapeutique « curative » et non ré-adaptative de la douleur, conduisent inéluctablement à une errance médicale et une chronicisation des douleurs chez les patients. Nous allons voir comment procéder auprès des patients avec des douleurs chroniques pour leur permettre d'entrer dans un parcours de soins adapté à leur pathologie.

III.A.2. Les pré-requis de la prise en charge pour tout patient atteint de douleurs chroniques

Les douleurs orofaciales chroniques sont nombreuses, complexes et peuvent donner un tableau clinique protéiforme avec de nombreuses comorbidités. Face à des douleurs persistantes touchant toutes les structures de la sphère céphalique, sans cause apparente, il faut être vigilant et adopter une démarche diagnostique et thérapeutique adaptée.

III.A.2.1.Principes d'une prise en charge de qualité des patients atteints de douleurs chroniques orofaciales

III.A.2.1.1.Primum non nocere

Il est urgent de prendre son temps face à une douleur pénible décrite par son patient. « Primum non nocere » traduit par « Avant tout ne pas nuire » établit par Hippocrate est un principe qui tombe sous le sens : il est préférable de ne rien faire plutôt que d'aggraver un problème. La balance bénéfice/risque doit toujours être pesée avant d'effectuer une quelconque

intervention irréversible (5).

A travers mon expérience, au cours d'observations, dans les vacations de douleurs chroniques au CHU de Nantes auprès du Dr ENKEL, j'ai pu observer des cas qui expliquent concrètement ce point. Dans des cas d'Odontalgies Atypiques (OA), il est souvent requis par les patients de faire un traitement endodontique ou d'extraire une dent qui leur semble être à l'origine de leur peine. Des praticiens ne trouvant pas l'origine de cette douleur idiopathique ont entamé ces soins, avec l'espoir d'apporter une solution médico-technique. La douleur est restée persistante à la suite de ces actes.

En voulant aider son patient, le praticien a chronicisé cette douleur, voire l'a exacerbé en intervenant (par des processus de désafférentation, de sensibilisation périphérique ou centrale) (70). C'est pour cela, qu'il ne faut exclure aucune hypothèse lorsque le tableau clinique est incertain. L'aspect clinique atypique d'une douleur, avec une caractérisation et une temporalité n'évoquant pas une douleur aiguë d'origine nociceptive, l'absence de pathologie inflammatoire ou infectieuse objective ou malgré des traitements médicamenteux bien conduits doivent alerter le praticien. Il doit résister à l'envie de réaliser tout traitement invasif. Comme le signale Boucher et Azérad en 2012, le chirurgien-dentiste est le plus grand pourvoyeur de procédures de désafférentation et une grande partie de ces douleurs orofaciales peuvent avoir une participation neuropathique (70). Ainsi, le diagnostic d'une pathologie chronique orofaciale sera souvent établi à partir d'un diagnostic d'élimination.

III.A.2.1.2.La création d'une relation thérapeutique indispensable

La relation thérapeutique est au coeur de toute relation médicale. Elle est un tremplin vers le succès thérapeutique des patients atteints de douleurs chroniques. Nous avons un devoir d'instaurer une relation thérapeutique avec un patient atteint de douleurs chroniques, même si nous n'allons pas forcément traiter cette pathologie au sein du cabinet dentaire. En effet, le patient étant intercepté au cabinet dentaire, il va pouvoir sortir de l'errance médicale. Cette relation thérapeutique va être la clé pour amener le patient à créer une alliance thérapeutique. L'avènement de cette alliance aide le patient à se défocaliser de sa douleur. Le patient, étant reconnu et respecté par l'écoute, arrive à se connecter à l'autre. Ce lieu sûr permet au patient de se reconnecter à ses ressentis et élargit sa vision de ses douleurs aux aspects psychologique et social. Nous allons voir les modalités de création d'une relation thérapeutique de qualité des patients atteints de douleurs chroniques, elle commence par l'accueil de la plainte du patient.

III.A.2.1.2.1.Accueil de la plainte

III.A.2.1.2.1.1.Ecoute du patient

Depuis longtemps en errance médicale ou dans l'incompréhension de ses douleurs, une écoute active de la plainte du patient est primordiale. Elle va permettre de tendre la main au patient pour l'emmener dans une relation de confiance.

III.A.2.1.2.1.2.Croyance de l'authenticité de la douleur

Assurer l'authenticité de la plainte du patient amenuise ses inquiétudes et permettent de commencer le chemin thérapeutique avec lui. En légitimant sa plainte, il va être plus convaincu que l'on veut lui apporter de l'aide. Il a été démontré que le fait de reconnaître une expérience

vécue par un patient comme douloureuse va apaiser ses ressentis négatifs (69).

III.A.2.1.3. Prendre du temps avec le patient

Notre rôle est double : poser un diagnostic auprès de nos patients, même si nous allons l'adresser ensuite à un/une autre spécialiste. Un patient avec un diagnostic sur ses maux sera rassuré et ne sera pas entraîné dans un parcours d'errance médicale. L'autre intérêt, et non le moindre, par le fait de prendre le temps d'écouter la plainte est de reconnecter le patient à une relation sécurisée et d'autonomie. C'est la première étape vers le changement.

III.A.2.1.4. Remise en état non invasive de la cavité buccale

Une réhabilitation bucco-dentaire peut amener à soulager le patient. Chez les patients avec des douleurs chroniques, il ne faut pas nuire, mais il ne faut pas a contrario s'abstenir de traiter : une pathologie buccodentaire inflammatoire ou infectieuse objectivée doit être endiguée, car le maintien d'inflammation périphérique peut amplifier la douleur chronique par sensibilisation centrale. Ainsi, la prise en charge va aider à améliorer le tableau clinique (71).

III.A.2.1.5. Adresser vers des spécialistes de la douleur chronique

Nous devons entrer en contact avec le médecin traitant du patient et l'adresser auprès d'un centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD). Ceci pour mettre en place une prise en charge multidisciplinaire avec différents acteurs de la santé (médecin traitant, chirurgien

dentiste, neurologue, psychologue, algologue, ...) (71).

III.B. La prise en charge au sein des CETD

Une fois adressée dans une structure de douleurs chroniques, l'enjeu est de mettre en lien les patients avec les différents intervenants médicaux dont ils ont véritablement besoin (66). Les structures d'accueil et de prise en charge des patients atteints de douleurs chroniques vont être les référents auprès de chaque spécialiste. De plus, ils auront des séances en termes de temps qui sont plus longues comparées aux chirurgiens-dentistes ; et des praticiens formés spécifiquement afin de leur apporter une prise en charge de qualité.

III.B.1. Le rôle des CETD

Les CETD ont été créés avec pour but de remplir leurs missions de soins d'algologie, d'enseignement, de formation continue et de recherche clinique. Ils prennent en charge les douleurs chroniques, cancéreuses, du rachis, orofaciales, neuropathiques, pelviennes et périnéales, la fibromyalgie ou syndromes fibromyalgiques, le syndrome douloureux régional complexe (SDRC), l'algodystrophie, les céphalées, la névralgie faciale et la lombalgie (72).

Les patients avec des douleurs chroniques depuis longtemps, racontent un parcours de soins non linéaire voire chaotique. Ils ont vu un nombre conséquent de spécialistes avec une logique de « Médecine d'organe ». Le but des CETD va être de reconnecter les différents acteurs de soins avec les patients, leur permettant d'être pris en charge de façon encadrée, pour leur offrir des soins cohérents. Les structures douleur proposent une consultation d'orientation, une

évaluation bio-psycho-sociale et une prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle (66).

III.B.2. Une prise en charge pluridisciplinaire facilitée

Les structures d'accueil des patients atteints de douleurs chroniques sont en lien avec un réseau de spécialistes (neurologue, algologue, médecin, dentistes, kiné, etc) à qui ils peuvent adresser les patients. Ceci facilite le transfert des informations médicales concernant le patient, ainsi que son parcours, aux différents intervenants. Le patient sera ainsi orienté de manière à obtenir une réponse à sa problématique au plus proche de ses besoins. Les patients de l'étude de Nilsson et al. en 2013 affirment pouvoir mieux accepter leurs symptômes et qu'ils avaient désormais de meilleures stratégies d'adaptation. Les deux tiers des patients ont ressenti un soulagement de leurs symptômes suite à la rencontre avec une équipe pluridisciplinaire. Du côté des soignants, le patient est perçu comme un être humain dans sa globalité, et ceci, grâce au travail en collaboration avec des soignants d'une autre spécialité (73).

Les parcours de soins des patients avec des douleurs chroniques sont malheureusement souvent des modèles d'échec en termes de partages d'informations et de concertations entre les différents acteurs du soin. Ces manques de communication peuvent participer à la chronicisation de la douleur (1). La prise en charge du patient avec des douleurs chroniques nécessite de posséder des compétences afin d'appréhender l'expérience de la maladie chronique et de comprendre le patient dans son fonctionnement. Ces problématiques mènent au déploiement d'une prise en charge en équipe pluriprofessionnelle. Elle sera déterminante dans la compréhension du patient, de son problème, qui ne se limite pas à son symptôme mais à l'expression limitée d'un phénomène bio-psycho-socio-professionnel. La pluriprofessionnalité permet de repérer les situations difficiles et complexes. La combinaison des expériences et des

compétences de chacun permet d'améliorer le soulagement du patient (74).

III.B.3. Les thérapeutiques envisagées pour les patients atteints de douleurs chroniques

La prise en charge des patients avec des douleurs chroniques orofaciales doit s'effectuer individuellement en fonction des besoins du patient. En effet, chaque patient a une problématique biopsychosociale différente, qui nécessitera une approche individualisée.

Ainsi, différentes thérapeutiques peuvent être envisagées et peuvent même être utilisées successivement pour répondre au plus près de la demande du patient et en fonction de ses réponses aux thérapeutiques.

III.B.3.1. La prise en charge médicamenteuse

Des traitements médicamenteux existent pour la prise en charge des douleurs orofaciales neuropathiques, neurovasculaires et idiopathiques persistantes ; ils sont adaptés en fonction de la symptomatologie du patient et de sa réponse au traitement. Dans ce travail, cet aspect de la prise en charge ne sera pas développé.

III.B.3.2. La prise en charge non médicamenteuse

III.B.3.2.1. La relation thérapeutique

C'est effectivement l'établissement d'une relation thérapeutique qui doit rester prépondérante avant les médicaments ou tout autre prise en charge. Elle est possible grâce à nos compétences et notre attitude empathique. La qualité d'une relation thérapeutique va encourager le patient à améliorer activement sa vie. Elle lui permet de se défocaliser de ses douleurs. Ainsi, un changement de comportements est permis avec, en prime, la possibilité de reprise d'activités dans leur vie personnelle voir du travail pour certains patients (34).

III.B.3.2.2.Les thérapies psycho-corporelles

Les diverses méthodes psycho-corporelles ont pour but d'encourager le patient à aviver ses ressources, à l'aider à développer des stratégies face à l'adversité, à des expériences de vie difficile comme la maladie, l'angoisse ou un problème relationnel. Grâce au panel de méthodes disponibles, elles permettent au soignant d'en associer plusieurs en fonction du besoin du patient (21).

Les méthodes psycho-corporelles peuvent initier la changement du patient, l'encourager à faire un pas de côté ou à envisager un nouveau point de vue sur sa situation. Il va pouvoir lâcher prise et accéder à d'autres stratégies d'adaptation (coping). Chaque pratique active une stratégie d'adaptation différente ; ainsi la combinaison de plusieurs méthodes est utile pour proposer une prise en charge « sur mesure » à chaque patient (21). Elles sont en lien avec la psychologie et sont utilisées dans un cadre psychothérapeutique. Leur pratique requière une formation des professionnels et une pratique éthique dans un cadre de travail défini (75). L'hypnose fait partie de ces méthodes psycho-corporelles et peut être envisagé dans un travail psychothérapeutique.

III.B.3.2.2.1. Les thérapies utilisant l'hypnose

L'AFEHM (Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale) définit l'hypnose comme : « Un processus relationnel accompagné d'une succession de phénomènes physiologiques tels qu'une modification du tonus musculaire, une réduction des perceptions sensorielles (dissociation), une focalisation de l'attention dans le but de mettre en relation un individu avec la totalité de son existence et d'en obtenir des changements physiologiques, des changements de comportements et de pensées».

Selon Célestin-Lhopiteau et Thibault-Wanquet en 2006, l'hypnose est « un état modifié de la conscience qui donnerait au patient un accès plus libre à ses processus inconscients ». Elle naît à travers une relation entre un thérapeute et un patient. Au travers de cette relation inter-individuelle, la dynamique de l'hypnose va mener le patient à voir son monde et son symptôme autrement. L'hypnose va donc permettre au patient de vivre différemment ses relations aux autres. Ceci est permis car elle s'exécute à travers une nouvelle forme de relation aux autres (21). Selon Antoine Bioy, l'hypnose à travers la relation patient-praticien donne accès à un champ de conscience plus élargi (6).

La Haute Autorité de Santé soutient l'utilisation de l'hypnose et des autres thérapies complémentaires dans la prise en charge multidisciplinaire des patients atteints de douleurs chroniques (34).

Dans l'étude d'Abrahamsen et al. en 2008, l'hypnose à raison d'une séance d'une heure par semaine pendant 5 semaines, apporte de manière significative une amélioration de la douleur

oro-faciale chez les patients recrutés (76).

Bosch-Aranda et al. en 2011 suggèrent que l'hypnose a pour objectif de diminuer la prise de médicaments voir de la supprimer et ainsi d'enrayer les effets indésirables inhérents à ces traitements. Elle préconise l'emploi de l'hypnose qui donne des résultats optimistes quand à l'avenir des patients atteints de douleurs chroniques (77). L'étude de Myers en 2007 confirme que des thérapeutiques complémentaires telle que l'hypnose peuvent apporter une amélioration concernant les douleurs orofaciales chroniques (78).

III.B.3.2.2.2. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Les thérapies cognitivo-comportementales traitent la douleur comme un comportement acquis et maintenu par des processus identiques à ceux de l'apprentissage (79). Elles ont pour but d'identifier les facteurs psychologiques et relationnels qui modulent la douleur. Il va s'en suivre une prise en charge de cette douleur et de ses problématiques associées (dépression, anxiété, état de stress post-traumatique...). Par ailleurs, ces problématiques peuvent être des facteurs favorisant la douleur, des facteurs de vulnérabilité, comme le retentissement de la persistance au long cours de symptômes douloureux (66).

La revue de Noma et al. en 2020 présente des résultats positifs sur le soulagement des douleurs orofaciales chroniques avec la pratique des TCC en complément d'une approche globale. Cette thérapie peut se faire en combinaison avec des techniques de gestion du stress et de la relaxation(80).

Ainsi, nous avons vu que les spécialistes au sein des centres de la douleur ont un lien étroit avec les autres professionnels de santé pour répondre au mieux aux problèmes d'origine biopsychosocial. Ils possèdent un panel diversifié de méthodes, de pratiques pour répondre aux besoins spécifiques des patients atteints de douleurs. Les thérapies complémentaires ont démontré leur intérêt auprès des patients atteints de douleurs chroniques, ceci à travers la promotion d'une relation thérapeutique de qualité auprès des patients. Par le fait qu'elles parlent autant au soma qu'au psyché, par la médiation de la relation et du corps, elles sont orientées vers l'amélioration globale de la qualité de vie des patients, plutôt que centrées uniquement sur leurs douleurs. Elles peuvent avoir un effet bénéfique sur l'anxiété et les troubles du sommeil. Ces thérapies mettent en lumière le rôle primordial de la relation thérapeutique, la relation du patient avec soi-même et avec son entourage (34). Les chirurgiens dentistes, même s'ils ne sont pas formés à ces méthodes, doivent permettre aux patients de sortir de l'errance médicale en les adressant auprès des CETD. Ils initient avec eux un travail pour créer une relation thérapeutique et en effectuant une remise en état bucco-dentaire pour diminuer les autres sources de douleurs qui peuvent potentiellement augmenter l'hypersensibilisation périphérique.

Il reste des points sur lesquels la prise en charge des patients peut encore évoluer, pour amener toujours plus de qualité dans l'initiation et le suivi des soins. Grâce aux centres spécialisés auprès des patients atteints de douleurs chroniques, nous voyons des résultats prometteurs quant à l'avenir de la qualité de vie des patients qui vont apprendre à mieux accepter le caractère chronique de la douleur (32). Ils apprennent à vivre avec la douleur plutôt que de rechercher de manière incessante sa dissolution.

III.C. L'avenir de la prise en charge des patients avec des douleurs chroniques

III.C.1. L'amélioration de la formation universitaire

III.C.1.1. Sur les connaissances dans le domaine des douleurs chroniques

Le livre blanc douleur de 2017 présente l'ensemble des changements opérés ou qui vont être mis en place dans la formation sur la douleur pour les étudiants en médecine. En 2015, des items ont été rajoutés à l'Examen Classant National concernant la douleur et les soins palliatifs. Un enseignement transversal obligatoire de 4 heures est prévu pour l'ensemble des DES de médecine et chirurgie. Depuis 2017, une Formation Spécialisée Transversale de médecine de la douleur a été créée. Une amélioration est à mener afin de respecter les temps consacrés à la formation sur la douleur, actuellement inégalement répartie en fonction des régions (66).

III.C.1.2. Dans la formation relationnelle

Les domaines de la communication et de la relation ne sont pas au centre des formations médicales et paramédicales. L'enseignement théorique prend une part importante du temps de formation. La communication et le relationnel sont considérés comme des domaines innés, qui s'acquièrent avec la pratique et l'expérience. Ainsi, l'enseignement médical et paramédical ne fournissent pas un enseignement adapté pour la gestion des aspects relationnels du soin (21).

La formation initiale dans le domaine de la relation thérapeutique et les thérapies complémentaires reste restreinte, même si elle commence à se démocratiser à travers des diplômes universitaires. Elle s'apprend autant d'un point de vue théorique que pratique, au

contact des praticiens seniors (34).

III.C.2. Une amélioration de la qualité de vie pour les patients atteints de douleurs chroniques

Les formations dans le domaine de la douleur délivrées aux étudiants du second cycle des études médicales visent à déployer de nouvelles générations de médecins. Ils sont dorénavant formés pour prendre en charge les patients avec des douleurs chroniques. Leur connaissance de ces pathologies permet de mieux les traiter et les orienter (66). Malheureusement, il n'est fait aucune mention des chirurgiens-dentistes, même si ceux-ci appartiennent à une profession médicale et qu'ils peuvent, eux-aussi, être confrontés à ces problématiques avec des patients.

Au coeur des structures de douleur chroniques, les thérapies complémentaires se sont intégrées dans l'offre de soins globale (des variations d'offres sont présentes dans chaque centre en fonction de leurs moyens et des compétences des praticiens). Leur rôle de modulation de la douleur apporte une véritable valeur clinique. Elles ont une réelle complémentarité avec les approches conventionnelles. Elles vont mettre en pratique une prise en charge personnalisée (81), et sont utiles dans les soins des douleurs chroniques, particulièrement les douleurs post-opératoires de soins dentaires. Mais, les connaissances dans le domaine sont à approfondir, nécessitant plus d'études. De nombreuses techniques commencent à avoir un bagage scientifique sérieux : l'hypnose et l'acupuncture (82)(83)(84). D'autres techniques émergent mais nécessitent une meilleure connaissance de leurs mécanismes : pleine conscience, méditation, apprentissages et la musicothérapie (85)(86)(87). Dans l'étude de Nilsson et al. en 2013, la majorité des patients pris en charge dans un centre douleur ressentent un soulagement par rapport à leurs symptômes (73). Ils peuvent mieux faire face lors de leur apparition, grâce à l'apprentissage de meilleures

stratégies d'adaptation cognitives et comportementales. Ils acceptent mieux les symptômes grâce à la prise en charge multidisciplinaire dans un centre douleur. Ces résultats sont optimistes pour les patients et les soignants, à travers une amélioration de la qualité de leur relation et de la prise en charge.

III.C.3. Une autonomie retrouvée pour le patient

Chaque thérapeutique a pour but d'autonomiser les patients ; ils vont s'approprier chaque traitement, en mettant en place une auto-pratique régulière. Autant que les traitements, il est important d'appliquer des méthodes à médiation corporelle ainsi qu'une activité physique régulière ; ces pratiques doivent être pérennisées dans le rythme de vie du patient. La responsabilisation du patient qui reprend le contrôle de son devenir, le fait qu'il en ait conscience et qu'il s'épanouisse, lui permet dans le meilleur des cas, de définitivement changer de stratégies face à ses douleurs qui l'handicapaient auparavant. Il sait désormais les apprivoiser et mieux vivre avec et malgré elles (34).

L'autogestion des patients est plus efficace pour réduire l'intensité de la douleur et améliorer le bien-être psychosocial, par rapport aux soins habituels et la médecine conventionnelle. L'autonomie du patient dans sa prise en charge physique (sport, automassage, thérapie thermique, l'application de conseils diététiques et nutritionnels) et psychosociale (relaxation, autohypnose, etc.) apparaît comme un facteur bénéfique pour la régulation de la douleur chronique (88).

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour mission d'aider les patients dans leur

gestion quotidienne de leur pathologie chronique. Elle a comme objectif de rendre le patient plus autonome. Pour cela l'ETP permet au patient d'adhérer plus facilement à ses traitements, à ses thérapeutiques et va entraîner l'amélioration de sa qualité de vie. Un programme d'ETP spécifique est proposé en fonction de la pathologie du patient. Chaque programme comporte un diagnostic éducatif réalisé individuellement avec un médecin ou du personnel paramédical. Ce bilan va cibler les connaissances et les besoins éducatifs spécifiques du patient. Chaque atelier est animé par un professionnel formé spécifiquement en fonction de la pathologie à traiter. Ainsi, l'éducation thérapeutique du patient rend accessible les connaissances sur leurs pathologies, ce qui favorise l'adhésion à leur traitement. L'autonomisation du patient est facilitée par cette compréhension de leur douleur et va leur permettre de mieux vivre quotidiennement (66).

Le chirurgien-dentiste joue un rôle important auprès des patients atteints de douleurs chroniques. Devant un diagnostic de douleur sans cause organique, il va permettre de poser un diagnostic et de réinsérer le patient dans un parcours médical encadré. Il se doit de ne pas nuire au patient devant sa demande incessante de sédation de la douleur. Il doit à tout prix se retenir de faire un geste médico-technique. Pour aider le patient dans sa quête de réponses et de soulagement, il faut pouvoir créer une relation thérapeutique à travers l'écoute de son histoire douloureuse et accepter l'authenticité de la douleur exprimée. C'est un temps important à prendre pour éviter une errance médicale plus longue et une iatrogénie. Les chirurgiens-dentistes ont de meilleures connaissances des douleurs chroniques et de leurs traitements, mais ne sont pas formés dans leur prise en charge. Leur rôle est d'expliquer la pathologie diagnostiquée et de remettre en état la sphère bucco-dentaire pour enrayer tout autre processus pouvant exacerber la douleur. Ensuite, si la douleur persiste malgré la remise en état bucco-dentaire, il faut adresser le patient vers un centre spécialisé pour une prise en charge adaptée. Les thérapeutiques peuvent être médicamenteuses ou non médicamenteuses. En fonction des patients, des combinaisons de thérapeutiques peuvent être utilisées pour répondre aux besoins de chaque patient. Cependant,

des efforts restent à faire quant à la formation des chirurgiens-dentistes sur les douleurs chroniques et dans l'approche relationnelle avec ces patients qui demeure particulière (1). Néanmoins, des résultats significatifs prometteurs prouvent l'amélioration de l'intensité des douleurs chroniques et parfois leur rémission (88) à travers ces thérapeutiques. En effet, la composante biopsychosociale de cette pathologie est surmontée par l'autonomisation des patients par l'ETP et la responsabilisation de leur prise en charge, à travers une relation de qualité et de confiance avec le praticien. L'autonomisation n'est d'ailleurs possible que si le patient se sent bien dans la relation. C'est d'ailleurs la condition pour qu'il accepte ce que le praticien peut lui apporter, en terme de connaissances et de compétences.

CONCLUSION

Les douleurs orofaciales chroniques ont un tableau clinique qui peut désorienter certains praticiens habitués à traiter des lésions objectives et qui se trouvent à faire face à des plaintes subjectives. Dès qu'il aura exclu la douleur d'origine bucco-dentaire, le chirurgien-dentiste va devoir élargir son examen à la sphère orofaciale. L'exclusion clinique et radiologique d'une cause organique va éviter une iatrogénie médicale (traitement endodontique ou une extraction d'une dent saine).

Pour parvenir à un diagnostic précis, le praticien va devoir prendre le temps avec le patient pour comprendre son histoire douloureuse. La manière d'obtenir une relation de confiance avec le patient sera d'instaurer une relation thérapeutique. L'écoute de la plainte est alors primordiale pour évaluer le contexte psychosocial qui entoure cette douleur. S'ajoute à l'écoute, la croyance de l'authenticité de cette douleur qui permettra au patient de se sentir reconnu et s'exprimera librement sur ses maux. Une attitude empathique et la maîtrise de la communication avec le patient, la reconnaissance de sa plainte et de ses ressources face à la douleur vont permettre l'établissement de la relation thérapeutique, condition à laquelle le patient se sentira à nouveau exister. Le praticien permet au patient de faire l'expérience de l'autonomie relationnelle. Il devient acteur de sa prise en charge grâce à la perception de ses propres ressources et le changement de regard face à son vécu douloureux.

Ce temps pris avec le patient va le remettre dans un circuit de soin encadré autour de sa pathologie. La place du chirurgien-dentiste est centrale dans ce processus. Dans un premier temps, il participe à l'établissement du diagnostic. Dans ce même temps, le praticien va remettre en bon état la cavité buccale du patient pour supprimer tout phénomène douloureux

supplémentaire. La pierre angulaire de la prise en charge des patients souffrants de douleurs chroniques reste l'établissement d'une relation thérapeutique par l'accueil de la plainte douloureuse. Cette première étape cruciale peut-être réalisée par le chirurgien-dentiste, même s'il n'est pas en capacité de pouvoir prendre en charge le patient par la suite. Son empathie permettra au patient d'entendre les informations concernant cette pathologie complexe et d'en accepter l'absence d'étiologie organique. Dans un deuxième temps, le chirurgien-dentiste doit l'adresser auprès d'un centre spécifique de prise en charge de la douleur chronique. Ces centres « anti-douleur » sont dédiés à ce type de prise en charge. Ils ont un panel de spécialistes présents pour s'occuper de chaque composante de cette douleur et ont développé des réseaux de soins multiprofessionnels. Ainsi, un travail pluridisciplinaire est facilité dans ces structures. S'en suit une optimisation de la communication à propos des dossiers médicaux et une cohérence de décisions thérapeutiques à travers la collaboration entre les différents intervenants (psychologue, algologue, neurologue, médecin, infirmier, etc.) Ceux-ci peuvent délivrer des traitements médicamenteux et proposer des thérapies complémentaires ; des thérapies à l'aide de l'hypnose sont possibles ainsi que des thérapies psycho-corporelles ou des thérapies cognitivo-comportementales.

L'avenir de la prise en charge des patients atteints de douleurs chroniques est optimiste par la démocratisation des connaissances sur les douleurs chroniques dès la formation des étudiants dans le secteur médical et paramédical. Les thérapies entreprises auprès des patients offrent de bons résultats concernant l'amélioration de l'intensité douloureuse et de leur qualité de vie. En effet, les thérapies incitent les patients à changer de stratégies d'adaptation face à la douleur. Ils vont retrouver une autonomie dans la prise en charge de leur pathologie et de leur vie. Dans le meilleur des cas, ce changement est définitif par le simple fait que le patient fasse l'expérience d'une amélioration de sa relation à soi et aux autres, et de sa qualité de vie. La douleur chronique est un éprouvé affectif ; elle est avant-tout relationnelle (2) et doit être

approchée comme telle, plutôt que comme une anomalie organique. Il est donc primordial d'améliorer la formation des chirurgiens-dentistes concernant la Relation ; ceci leur permettrait d'être moins démunis face à la plainte douloureuse envahissante et d'initier un nouveau processus de prise en charge des patients atteints de douleurs orofaciales chroniques.

L'instauration d'une relation thérapeutique n'en serait que meilleure, la douleur restant monnaie courante dans la spécialité de la chirurgie-dentaire. Une relation thérapeutique de qualité et le travail multidisciplinaire permettra d'enrayer l'errance médicale et la iatrogénie. Dans la mesure où ils sont souvent en première ligne dans ce type de pathologie touchant la sphère oro-faciale, les chirurgiens-dentistes sont amenés à faire la transition auprès des CETD par la création d'une relation de confiance. Le patient sera alors en capacité d'éprouver l'envie de dépasser les obstacles au changement, et de se rendre acteur d'une vie meilleure en reprenant contact avec lui-même ainsi qu'avec son entourage (34).

La représentation de Stern en 2012 de la relation thérapeutique est très représentative et très pertinente pour conclure de l'enjeu de sa qualité dans la prise en charge des patients atteints de douleurs chroniques (89).

« Un moment présent qui est thérapeutiquement saisi et mutuellement reconnu peut devenir un moment de rencontre. Cela requiert de chaque partenaire qu'il apporte quelque chose d'unique et d'authentique lui appartenant en propre en réponse au moment présent. La réponse ne saurait être une application de la technique ni une réponse thérapeutique habituelle. Elle doit être créée sur le champ pour s'ajuster à la singularité de la situation inattendue, et elle doit porter la signature du thérapeute en tant qu'elle provient de sa propre sensibilité et de sa propre expérience, au-delà de la technique et de la théorie. »

(Stern, 2012)(89)

BIBLIOGRAPHIE

1. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cah Psychol Clin.* mars 2007; 28(1):167-183.
2. Cosnier J. Douleur, émotion et communication. *Douleur Analgésie.* janv 2003;16:238.
3. Renton T. Chronic orofacial pain. *Oral Dis.* juill 2017;23(5):566-571.
4. Célestin-Lhopiteau I. Chapitre 10. Douleur et souffrance [Internet]. Dunod; 2019 [cité 16 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-d-hypnotherapie--9782100800186-page-271.htm>
5. Boucher Y. Douleurs orofaciales: diagnostic et traitement. Rueil-Malmaison: Éditions CdP; 2006.
6. Bioy A. Chapitre 13. Regard clinique autour de l'incertitude en douleur chronique: In: *Du soin à la personne* [Internet]. Dunod; 2013 [cité 28 oct 2021]. p. 189-97. Disponible sur: <https://cairn.info/du-soin-a-la-personne-2013--9782100587322-page-189.htm?ref=doi>
7. Forssell H, Jääskeläinen S, List T, Svensson P, Baad-Hansen L. An update on pathophysiological mechanisms related to idiopathic oro-facial pain conditions with implications for management. *J Oral Rehabil.* avr 2015;42(4):300-322.
8. Diatchenko L, Nackley AG, Slade GD, Fillingim RB, Maixner W. Idiopathic pain disorders--pathways of vulnerability. *Pain.* août 2006;123(3):226-230.
9. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain.* avr 2000;85(3):317-332.
10. Allaz A-F. *Le messenger boiteux: approche pratique des douleurs chroniques rebelles.* Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène; 2003.
11. Saunders C, Mehta, Chan. Figure n°2. Total pain experience: an interactive model [Internet]. ResearchGate. 2008 [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/figure/Total-pain-experience-An-interactive-model-Mehta-Chan-2008-Mehta-A-Chan-L_fig2_334647308
12. Dworkin SF. Perspectives on the interaction of biological, psychological and social factors in TMD. *J Am Dent Assoc* 1939. juill 1994;125(7):856-863.
13. Peters S, Goldthorpe J, McElroy C, King E, Javidi H, Tickle M, et al. Managing chronic

- orofacial pain: a qualitative study of patients', doctors', and dentists' experiences. *Br J Health Psychol.* nov 2015;20(4):777-791.
14. Loeser JD, Bonica JJ, éditeurs. *Bonica's management of pain*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001.
 15. Allez A. Dimensions psychologiques de la douleur chronique [Internet]. 2000 [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr/document/view/33304511/dimensions-psychologiques-de-la-douleur-chronique>
 16. Ostermann, G. La plainte fonctionnelle. *Douleur et Analgésie* 14, 119–126 (2001)
 17. Paul-Savoie E, Bourgault P, Gosselin E, Potvin S, Lafrenaye S. Assessing patient-centred care for chronic pain: Validation of a new research paradigm. *Pain Res Manag J Can Pain Soc.* 2015;20(4):183-188.
 18. Lemler D. Le moment de conclure : répondre de sa parole. *Hypotheses.* 2011;1(1):225-266.
 19. BERQUIN A. Contexte médico-légal et douleur chronique. Le point de vue d'un clinicien. Abstracts du symposium de la BPS du 25 mars 2006.
 20. Crepeau EB, Garren KR. I looked to her as a guide: the therapeutic relationship in hand therapy. *Disabil Rehabil.* 2011;33(10):872-881.
 21. Célestin-Lhopiteau I, Thibault-Wanquet P. *Guide des pratiques psycho-corporelles: relaxation, hypnose, art-thérapie, massages, yoga--*. Paris: Masson; 2006.
 22. Burloux G. *Le corps et sa douleur*. Collection Psychismes. Paris: Dunod; 2004.
 23. Selfe SA, Van Vugt M, Stones WR. Chronic gynaecological pain: an exploration of medical attitudes. *Pain.* août 1998;77(2):215-225.
 24. Goubert L, Craig KD, Vervoort T, Morley S, Sullivan MJL, Williams de CAC, et al. Facing others in pain: the effects of empathy. *Pain.* déc 2005;118(3):285-288.
 25. Arreto CD, Brunet-Canonne A, Fioretti F. *Consulter en odontologie: la relation praticien patient*. Rueil-Malmaison: Editions Cdp; 2006.
 26. Roustang F. *Il suffit d'un geste*. Collection Poches. Paris : Odile Jacob. 2003.
 27. Coutu M-F, Baril R, Durand M-J, Côté D, Cadieux G. Clinician-patient agreement about the work disability problem of patients having persistent pain: why it matters. *J Occup*

Rehabil. mars 2013;23(1):8292.

28. Chandu A. Communication and dentistry - an important part of the dentist-patient relationship. *Aust Dent J.* juin 2011;56(2):240-241.
29. Courneade A. L'alliance thérapeutique : concept théorique et stratégies de mise en pratique en psychothérapie d'enfants -adolescents. Thèse. [Toulouse]; 2015. <http://thesesante.ups-tlse.fr/971/>
30. Galy M. La relation thérapeutique en anesthésie. *Anesth Réanim.* mai 2020;6(3):3136.
31. Kallergis G. [The contribution of the relationship between therapist-patient and the context of the professional relationship]. *Psychiatr Psychiatr.* juin 2019;30(2):165-174.
32. Betbeze J, Benhaiem JM. La relation thérapeutique. La construire, la développer. Chapitre 2. *Hypnose et Thérapies Brèves* mars 2017 ; Hors-série 11:38-49.
33. Betbeze J, La relation thérapeutique. La construire, la développer. Chapitre 1. *Hypnose et Thérapies Brèves* mars 2017 ; Hors-série 11:12-22.
34. Betbeze J, Nizard J. La relation thérapeutique. La construire, la développer. Chapitre 1. *Hypnose et Thérapies Brèves* mars 2017 ; Hors-série 11:62-67.
35. Cungi C. L'alliance thérapeutique. *Gd Doss Sci Hum.* 2009;15(6):15.
36. Simon E. Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Rech Soins Infirm.* 2009;98(3):28.
37. Decethy J. Composants, mécanismes, développement et fonctions de l'empathie. *Encycl Med Chir (Paris), Psychiatrie*, [37-090-A-20], 2015.
38. Rizzolatti G, Craighero L. The mirror-neuron system. *Annu Rev Neurosci.* 2004;27:169-192.
39. Fauchon C. Effet du comportement empathique des expérimentateurs sur la perception douloureuse: approche des mécanismes neuronaux avec l'imagerie fonctionnelle cérébrale (IRMf). Thèse. [Lyon]; 2017. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02101161>
40. Cosnier J. Empathie et communication [Internet]. Éditions Sciences Humaines; 2016 [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-communication--9782361063627-page-141.htm>
41. Cánovas L, Carrascosa A-J, García M, Fernández M, Calvo A, Monsalve V, et al. Impact of

- empathy in the patient-doctor relationship on chronic pain relief and quality of life: a prospective study in spanish pain clinics. *Pain Med Malden Mass.* 1 juill 2018;19(7):1304-1314.
42. Cosnier J. *Psychologie des émotions et des sentiments.* Retz : Psychologie dynamique. 2015. http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/Emotions_et_sentiments.pdf
 43. Vannotti M. L' empathie dans la relation médecin – patient. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux.* 2002; 29(2):213-237.
 44. Saint-Exupéry A de. *Le petit prince.* Collection Folio Junior. Paris: Gallimard; 2007.
 45. Waylen A. The importance of communication in dentistry. *Dent Update.* 1 sept 2017;44:774-780.
 46. Takemura Y, Sakurai Y, Yokoya S, Otaki J, Matsuoka T, Ban N, et al. Open-ended questions: are they really beneficial for gathering medical information from patients? *Tohoku J Exp Med.* juin 2005;206(2):151-154.
 47. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *Br Med J.* 31 mai 1975;2(5969):486-489.
 48. Misra S, Daly B, Dunne S, Millar B, Packer M, Asimakopoulou K. Dentist-patient communication: what do patients and dentists remember following a consultation? Implications for patient compliance. *Patient Prefer Adher.* 2013;7:543-549.
 49. Corraze J. *Les communications non-verbales.* Collection Le Psychologue. 6e éd. Paris: Presses universitaires de France; 2001.
 50. Durand Jacques. *Les formes de la communication / Jacques Durand ; préface de Francis Balle.* Paris: Dunod; 1981.
 51. Ridel A. *Le Pouvoir de la voix .2.* La Celle-St-Cloud: Editions BAMI; 1988.
 52. Le Breton D. *Du silence: essai.* Collection Traversées. Paris: Editions Métailié; 1997.
 53. Pasini W. *Manuel de psychologie odontologique.* Collection Manuels d'odontostomatologie. Paris : Masson; 1992.
 54. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J*

Psychiatry. sept 2002;159(9):1563-1569.

55. Morris D, Morris D. Magie du corps. Paris: Grasset; 1986.
56. Brossard A, Cosnier J, éd. La communication non verbale. Collection Textes de base en Psychologie. Neuchatel: Delachaux et Niestlé; 1984.
57. Barfety-Servignat V, Conradi S, Masselin-Dubois A. Le psychologue en clinique de la douleur. Collection Concept-psy. Paris: In press; 2020.
58. BETBEZE J. Hors-série n°11 de la revue Hypnose & Thérapies brèves. Mars 2017. Thème : “ La relation thérapeutique. La construire, la développer “ Chapitre n°5. mars 2017;
59. Serrie A, Mourman V, Treillet E, Maire A, Maillard G. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 1 juin 2014;15(3):10614.
60. Betbeze J. La relation thérapeutique. La construire, la développer. Chapitre 3. Hypnose et Thérapies Brèves mars 2017 ; Hors-série 11:50-61.
61. Cungi C. L’alliance thérapeutique. In: Troubles mentaux et psychothérapies [Internet]. Editions Sciences Humaines; 2016 [cité 23 oct 2021]. p. 174. Disponible sur: <http://www.cairn.info/troubles-mentaux-et-psychotherapies--9782361063917-page-174.htm>
62. Minjard R. Chapitre 4. La dynamique relationnelle en douleur: In: Clinique et psychopathologie de la douleur [Internet]. Dunod; 2020 [cité 24 nov 2021]. p. 3948. Disponible sur: <https://cairn.info/clinique-et-psychopathologie-de-la-douleur-2020--9782100807079-page-39.htm?ref=doi>
63. White M. Cartes des pratiques narratives. (Satas) LE GERME. 2009.
64. Ospina M, Harstall C. Prevalence of Chronic Pain: An Overview. Health Technology Assessment 28, Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Edmonton, Alberta, Canada. janv 2002;
65. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain Lond Engl. mai 2006;10(4):287-333.
66. Société française d’Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD). Livre blanc de la douleur 2017. Etat des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen.[Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/wp->

content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf

67. Betbeze J, Doutrelugne Y. La relation thérapeutique. La construire, la développer. Chapitre 6. Hypnose et Thérapies Brèves mars 2017 ; Hors-série 11:168-179.
68. Linton SJ, McCracken LM, Vlaeyen JWS. Reassurance: help or hinder in the treatment of pain. *Pain*. janv 2008;134(1):58.
69. Shenk CE, Fruzzetti AE. The impact of validating and invalidating responses on emotional reactivity. *J Soc Clin Psychol*. févr 2011;30(2):16383.
70. Boucher Y, Azérad J. Ch. 5. Conséquences nerveuses des traitements endodontiques. In : Simon S, Pertot W, Machtou P, eds. Manuel d'endodontie. Paris. CDP. 2012.
71. POILANE M. Savoir diagnostiquer les douleurs orofaciales d'origine non bucco-dentaire : Démarche clinique et prise en charge. Thèse. [Nantes]. 2013.
72. CETD CHU Nantes - Site officiel de l'AFLAR - Association anti-rhumastismale [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.aflar.org/cetd-chu-nantes>
73. Nilsson H, Samuelsson M, Ekdahl S, Halling Y, Öster A, Perseus K-I. Experiences by patients and health professionals of a multidisciplinary intervention for long-term orofacial pain. *J Multidiscip Healthc*. sept 2013;6:36571.
74. Caltero C. Le parcours de soins du patient douloureux chronique. Étude qualitative concernant la perception et les attentes des médecins généralistes des départements de Seine-Maritime et de l'Eure à l'égard des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique. Fév 2019. {<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02049805>}
75. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD). La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux.[Internet]. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/10/cahier_sfetd_n1_-_mars_2013.pdf
76. Abrahamsen R, Baad-Hansen L, Svensson P. Hypnosis in the management of persistent idiopathic orofacial pain--clinical and psychosocial findings. *Pain*. mai 2008;136(12):4452.
77. Bosch-Aranda ML, Vázquez-Delgado E, Gay-Escoda C. Atypical odontalgia: a systematic review following the evidence-based principles of dentistry. *Cranio*. juill 2011;29(3):219-226.

78. Myers CD. Complementary and Alternative Medicine for Persistent Facial Pain. *Dent Clin North Am.* 1 janv 2007;51(1):263-274.
79. Bourreau F. Modèles théoriques cognitifs et comportementaux de la douleur chronique. *Douleur Analgésie*;12(4). Déc 1999.
80. Noma N, Watanabe Y, Shimada A, Usuda S, Iida T, Shimada A, et al. Effects of cognitive behavioral therapy on orofacial pain conditions. *J Oral Sci.* déc 2020;63(1):47.
81. Beroud F. Thérapies à médiation corporelle et douleur. *Douleur* fev 2014;15(1):33-38.
82. Inserm. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose – 2015. [Internet]. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/rapport/evaluation-de-lefficacite-de-la-pratique-de-lhypnose-2015/>
83. Institut Français d'Hypnose. SFETD - Hypnose et douleur : où en est-on ? [Internet]. 2015 [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/actualites-sfetd-hypnose-et-douleur-ou-en-est-on/>
84. Inserm. Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. *Rapport Thématique.* janv 2014.
85. Masselin-Dubois A. Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et Mindfulness , un modèle de flexibilité psychologique pour la douleur chronique. *Douleurs* sept 2016 ;866(1) :5-55.
86. Silver Santé Study. Silver Santé Study, une étude européenne sur le bien vieillir. [Internet]. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://silversantestudy.fr/>
87. Guétin S, Giniès P, Blayac J, Eledjam J. Une nouvelle technique contrôlée de musicothérapie dans la prise en charge des douleurs viscérales aiguës et chroniques. *Douleur Analgésie.* 1 mars 2005;18:19-25.
88. Aggarwal VR, Fu Y, Main CJ, Wu J. The effectiveness of self-management interventions in adults with chronic orofacial pain: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Eur J Pain Lond Engl.* mai 2019;23(5):849-865.
89. Stern DN. Le processus de changement thérapeutique. *Spirale.* 2012; 64(4):71-82.

UNIVERSITÉ DE NANTES
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Vu le Président du Jury,

Vu et permis d'imprimer

Vu le Doyen,

Pr Assem SOUEIDAN

LISTE DES FIGURES

Figure I : DIATCHENKO, NACKLEY, SLADE, FILLINGIM, MAIXNER.

Idiopathic pain disorders--pathways of vulnerability.

2006, Aug;123(3): p 226-230.

Figure II : SAUNDER, MEHTA, CHAN

Total pain experience: An interactive model.

2008, ResearchGate. https://www.researchgate.net/figure/Total-pain-experience-An-interactive-model-Mehta-Chan-2008-Mehta-A-Chan-L_fig2_334647308

Figure III : DECETY

Composants, mécanismes, développement et fonctions de l'empathie. *EMC Psychiatrie*, 13(1).

2015, [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(15\)70299-3](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(15)70299-3)

Figure IV : DECETY

Zones de chevauchement entre les aires cérébrales impliquées lors de la douleur (en vert) et lors de l'empathie pour la douleur (en rouge).

2015, Composants, mécanismes, développement et fonctions de l'empathie. *EMC Psychiatrie*, 13(1). [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(15\)70299-3](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(15)70299-3)

Figure V : AIMETTI

Schéma de la différence entre les termes sympathie, empathie et apathie.

2016, https://wikiagile.cesi.fr/index.php?title=Sympathie_vs_Empathie_vs_Apathie

N°

BELLET (Inès).-L'intérêt de la relation thérapeutique dans la prise en charge de patients atteints de douleurs orofaciales chroniques ; 106 f ; ill. ; tabl. ; 89 ref. ; 30 cm.
(Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2022)

Résumé : Les patients avec une douleur oro-faciale chronique peuvent être rencontrés au sein d'un cabinet dentaire libéral. Le chirurgien-dentiste a un rôle important à jouer, notamment parce qu'il est souvent le premier à être consulté. La prise en charge de ces patients est difficile et complexe ; elle bouscule le praticien dans sa clinique car elle l'oblige à changer de paradigme, à abandonner l'approche biomédicale. Si le chirurgien-dentiste établit un diagnostic précoce d'exclusion d'une pathologie bucco-dentaire, il n'a pas toujours conscience que l'accueil bienveillant de la plainte douloureuse est primordial pour le futur. Le praticien est souvent désarmé de ne pouvoir proposer une solution médicotechnique efficace et a souvent l'impression d'être inutile auprès de ces patients. Ces douleurs nécessitent une prise en charge biopsychosociale, quelque fois associée à un travail psychothérapeutique. Le praticien doit donc résister à toute envie de réaliser un acte technique invasif pour privilégier l'écoute du patient et de son vécu douloureux. Reconnaître la réalité de cette douleur permet d'instaurer une relation thérapeutique, une relation authentique et de qualité entre patient et praticien qui permettra d'éviter l'errance médicale et toute iatrogénie dans la prise en charge.

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence comment la relation thérapeutique entre le chirurgien-dentiste et le patient douloureux constitue un premier levier, comment elle conditionne l'acceptation du patient et son engagement dans une prise en charge multidisciplinaire. Le patient renoncera alors à une recherche incessante de solutions médicales pour envisager la douleur sous d'autres prismes : relationnel, social, psychologique et spirituel. Le chirurgien-dentiste a donc sa place dans ce processus en abandonnant sa posture d'expert exclusivement centrée sur le somatique, pour une posture humaniste et d'ouverture. Prendre le temps d'installer une relation de qualité avec le patient atteint de douleurs oro-faciales chroniques est donc une étape fondamentale avant de l'adresser à une Structure Douleur qui poursuivra la prise en charge.

Rubrique de classement : Pathologie buccale et péri-buccale - Psychologie

Mots clés MeSH :

Relations dentiste-patient / Dentist-patient relations

Algie faciale / Facial pain

Chronic pain

Gestion des soins aux patients / Patient care management

Jury de la thèse : Président : Monsieur le Professeur LESCLOUS Philippe

Directrice de thèse: Madame le Docteur Bénédicte CASTELOT-ENKEL

Assesseurs : Monsieur le Professeur LE GUEHENNEC Laurent, Madame le Docteur CLOUET Roselyne et Madame le Docteur RICHARD Catherine

Adresse de l'auteur : 9 rue Chicogné à Rennes (35000) ines.bellet@live.com