
Année : 2009

N° : 18

**LES INTERRELATIONS ENTRE L'ESPRIT ET LE CORPS
DANS LA PRISE EN CHARGE ODONTOLOGIQUE**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée

et soutenue publiquement par

Xuan-Huong CAO

Née le 30 mai 1982

Le 19 mai 2009 devant le jury ci-dessous

Président : **Professeur Alain JEAN**

Co-directeur : **Docteur Jacques GUIHARD**

Assesseur : **Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD**

Directeur : **Professeur Wolf BOHNE**

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.

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	1
INTRODUCTION	6
LE CONCEPT DE L’HOMME	7
I. Les différents types de clivage.....	8
I.1. Le dualisme corps /esprit	8
I.2. La fragmentation de l’Homme à l’intérieur du corps	9
II. Les causes de la fragmentation.....	9
II.1. Les progrès des sciences et techniques	9
II.2. La démarche biomédicale	11
III. Les alternatives à la fragmentation de l’Homme.....	13
III.1. Les concepts du modèle biopsychosocial	13
III.2. La pratique scientifique et humaine	21
III.3. Les applications : les recommandations européennes	21
LE SYMBOLISME DE LA BOUCHE, DES DENTS ET LES CONCEPTS D’ORALITE : L’IMPORTANCE EMOTIVE, AFFECTIVE, SYMBOLIQUE DE LA BOUCHE ET DES DENTS..	22
I. La bouche.....	23
I.1. Le contenant affectif et symbolique.....	25
I.2. La bouche, zone érogène.....	28
II. Les dents.....	30
II.1. La fonction instrumentale	30
II.2. La fonction défensive	30
II.3. La fonction ornementale	31
LA PLACE DE LA PSYCHOLOGIE MEDICALE EN ODONTOLOGIE.....	33
I. Le contexte, l’environnement au cabinet dentaire	35
I.1. Généralités.....	35

I.2. L'accueil.....	36
I.3. La salle d'attente.....	37
I.4. La salle de soins.....	41
II. Le patient.....	43
II.1. Les types de patient.....	43
II.2. La peur du chirurgien-dentiste.....	45
III. Le praticien.....	52
III.1. Les motivations du chirurgien-dentiste.....	53
III.2. Les trois types de chirurgiens-dentistes.....	54
III.3. L'image du chirurgien-dentiste.....	54
L'ETABLISSEMENT DE LA RELATION DE SOINS : LA COMMUNICATION ENTRE LE PATIENT ET « SON » CHIRURGIEN-DENTISTE.....	58
I. Généralités.....	58
I.1. La définition de la communication.....	58
I.2. Les buts de la communication.....	59
I.3. Les variables influençant la communication interpersonnelle.....	60
II. La communication verbale.....	61
II.1. Définitions.....	61
II.2. Les moyens de communication verbale.....	62
II.3. Les limites de la communication verbale.....	64
III. La communication non verbale (ou analogique ou para-verbale).....	66
III.1. La communication non verbale au sein du dialogue.....	68
III.2. La communication non verbale à travers des signaux visuels.....	75
III.3. La communication non verbale à travers l'environnement.....	89
IV. Les compétences en communication du praticien.....	89
LA RELATION DE SOINS.....	91

I. La relation d'aide	91
II. Une relation asymétrique et inégale.....	91
III. Le transfert et le contre-transfert	92
III.1. Le transfert.....	92
III.2. Le contre-transfert	93
IV. La relation patient-praticien et l'égalité des patients devant les soins à dispenser	94
V. Le modèle paternaliste et le modèle d'autonomie	94
V.1. Le modèle paternaliste : principe de bienfaisance	94
V.2. Le modèle d'autonomie	95
V.3. Quel modèle appliquer ?.....	96
CONCLUSION.....	98
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	101
TABLE DES ILLUSTRATIONS	110
AUTORISATION DES EDITIONS QUANT A L'UTILISATION DE SCHEMAS ET PHOTOGRAPHIES.....	111

INTRODUCTION

Pourquoi parler des interrelations du corps et de l'esprit ? Et dans la prise en charge odontologique ?

Les progrès dans les domaines des sciences médicales, notamment en odontologie, ont connu une avancée technologique considérable, permettant des diagnostics plus précis et des traitements plus performants. Les patients bénéficient alors d'une approche technique optimale.

Cependant, et ceci est vrai pour la majorité des professions de santé, l'approche psycho-sociale ne semble pas bénéficier du même intérêt. La prise en compte de l'état psycho-social du patient et de la relation de soins est encore précaire.

Pourtant, les soignants ne peuvent négliger cet aspect, car l'être humain est corps et esprit, permanents et insécables.

C'est pourquoi nous allons expliquer, dans un premier temps, les raisons pour lesquelles l'Homme est fragmenté en parties et les alternatives qui vont permettre de les rassembler.

Puis, mesurer l'importance du symbolisme de la bouche et des dents dans notre société et donc de son impact dans notre profession.

La psychologie médicale sera abordée dans un troisième temps, afin de mettre en place les protagonistes de la relation de soins que sont le contexte, le patient et le praticien.

Dans un quatrième temps, nous évoquerons la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, élément majeur pour l'établissement de cette relation.

Et dans un dernier temps, différentes caractéristiques de la relation de soins seront détaillées afin d'optimiser la prise en charge globale du patient.

LE CONCEPT DE L'HOMME

Le concept de l'Homme (73): « *l'Homme est un être unique, qui a des attentes et des besoins biologiques, psychologiques, sociaux et culturels, un être en perpétuel devenir et en interaction avec son environnement. Un être responsable, libre et capable de s'adapter. Un tout indivisible.* »

Alors que l'odontologie connaît une avancée technologique considérable, « l'aspect humain » de la personne souffrante n'a pas bénéficié du même intérêt (82).

L'Homme est un « tout » qui s'exprime dans ses dimensions biologique, psychologique et pathologique de façon indissociable et perpétuelle. Ce « tout » corps/esprit communique sans cesse avec son environnement socioculturel et la nature dont il est inséparable (82).

L'unité de l'être doit être prise en compte, sans quoi, le patient, dépersonnalisé, ne représenterait qu'un système oro-facial anonyme, ce qui constituerait un premier pas vers un montage artificiel réorganisé ou un réassemblage d'organes. Or, la reconstruction de l'Homme n'est pas chose facile car les professionnels de santé sont mal préparés pour cette démarche « synthétique ». Ainsi, après la division des connaissances en divers domaines de spécialisations, celles-ci doivent accepter une réorientation humaniste vers notre préoccupation majeure : soigner l'Homme (50, 82).

I. Les différents types de clivage

I.1. Le dualisme corps /esprit (14, 28, 50, 82)

Les relations entre le corps et l'esprit ont suscité la réflexion des philosophes depuis ZOROASTRE (5000-6000 ans avant J.C.).

Aussi, la Psychologie (psyché = âme, logos = discours) trouve son origine sur la base de l'opposition entre le corps et l'âme, appelée dualisme. De nos jours, la connaissance de cette problématique est devenue fondamentale.

La dichotomie de DESCARTES (25, 28, 45, 50)

Au XVII^e siècle, DESCARTES (1596-1663) dissocie l'ensemble complexe qu'est l'être humain :

- le corps appartient au vivant ; il est matériel, visible, mesurable, divisible, décomposé en organes, tissus, cellules, molécules ; c'est une entité possédant des propriétés chimiques, physiques, biologiques, sensorielles, étudiées par les sciences.

- l'âme, quant à elle, est immatérielle. Elle inclut la pensée, le vécu, le ressenti, les émotions. Elle est le fondement même de notre être : « *Cogito ergo sum = je pense donc je suis* » (28).

C'est la source première de vie, grâce à laquelle le corps diffère d'un cadavre.

DESCARTES affirme avec vigueur la séparation du corps et de l'âme mais aussi leur interpénétration intime. Entre matière et esprit, il ne peut y avoir dualisme.

Les oppositions au dualisme (25, 28, 50)

La théorie du corps séparée de l'esprit est confrontée à diverses objections. En effet, ce clivage pose aussi problème à DESCARTES : peut-on concevoir un psychisme sans le corps alors que l'inverse serait possible ?

Par exemple, pour des enfants anencéphales chez qui le cerveau est réduit à quelques grammes : la vie existe grâce aux grandes fonctions (respiratoires, cardiaques, etc.) mais le psychisme est quasiment absent. Or, ces enfants ne vivent que quelques semaines, d'où la question...

Par ailleurs, les patients en état de mort encéphalique (dû à un manque d'oxygène ou une hémorragie cérébrale) présentent initialement des organes sains mais développent finalement une défaillance de tous les organes vitaux, secondairement à l'atteinte du cerveau ; celui-ci est le seul organe vital dont la fonction ne puisse être suppléée.

L'esprit ne peut exister comme une entité séparée du corps ; il est uni de manière indivisible au corps. C'est lui qui anime le vivant et qui rend possible tout exercice éventuel des différentes potentialités qu'il unifie : marcher, voir...

De fait, l'union du corps et de l'esprit est expérimentée en chaque être humain, mais sa nature n'est pas expliquée. Cependant, si elle devait trouver son lieu en un organe du corps, ce serait probablement dans l'encéphale.

Le professionnel de santé ne doit pas oublier que l'Homme est fait d'un corps et d'un esprit indissociable ; on ne peut connaître l'un en négligeant l'autre, et *a fortiori*, agir sur l'un en ignorant l'autre.

I.2. La fragmentation de l'Homme à l'intérieur du corps (57, 82)

Notre civilisation est dominée par la science et la technique, ce qui va morcèle l'être humain. Il est devenu un lieu commun de sectoriser l'approche du corps au nom d'une efficacité et donc d'une compétence nécessairement limitée à un champ particulier.

En effet, pour en simplifier l'étude, les chercheurs ont scindé l'être humain en esprit et en corps, devenant des spécialistes exclusifs de chacune de ces parties. Le corps lui-même est parcellisé en niveaux organique, cellulaire et moléculaire.

L'odontologie distingue l'étude du système bucco-dentaire, de ses dents, de ses racines, de ses apex, etc., l'objet d'étude étant au départ le système stomatognatique (représentant déjà une région limitée du corps). De plus, elle s'est d'abord organisée en « sous-spécialités » (orthodontie, parodontologie, prothèse, etc.) pour améliorer son efficacité avant de se diviser de nouveau en « sous-sous-spécialités » (prothèse fixée, prothèse partielle, totale) qui se complexifient parfois de manière injustifiée.

II. Les causes de la fragmentation

II.1. Les progrès des sciences et techniques (10, 42, 50, 57, 75, 76, 82)

Les dimensions psychologique, morale, légale, éthique de l'Homme n'avaient pas échappé à HIPPOCRATE (460-377 avant J.C). Cependant, les professionnels de santé d'aujourd'hui ont tendance à devenir des techniciens « pointus » par l'intermédiaire de machines sophistiquées, coûteuses et parfois même iatrogènes. En cas de désaccord entre la clinique et les machines, les praticiens et souvent

les patients donnent raison, par « sécurité », aux technologies performantes.

Les textes juridiques entérinent la place prépondérante des techniques récentes, en donnant aux soignants une obligation de moyens (et non de résultats). Ainsi, il est artificiellement rassurant pour le praticien et le patient de multiplier les examens, au détriment de l'écoute, de la prise en compte de la part subjective du contenu de la consultation, trop coûteuse en temps. Le praticien va accorder plus d'importance aux appareils, devant les évolutions du matériel et du droit. Il voudra prendre moins de risques et essayer de privilégier la technique.

Face à l'évolution du discours médical, le patient modifie son comportement : l'imagerie est efficace et nécessaire mais a une place totalitaire. L'accès à l'intimité du corps est ambigu puisque l'imagerie donne accès à la pseudo-transparence du corps. Le praticien a même accès à une vision du corps que le patient n'atteint pas et qu'il ne comprend pas. Ainsi, le temps de parole du malade diminue ; le malade se tait, il se met en retrait.

A terme, non seulement la clinique mais aussi l'éthique disparaissent au bénéfice de l'appareillage. Le malade est oublié au profit d'une lésion ou dysfonctionnement d'organe accessible à des techniques de réparation ou de remplacement aux résultats toujours plus saisissants. Ainsi le professeur SICARD (75) mentionne nous parle de la pente dangereuse que prend la médecine occidentale, critique le chiffrage du symptôme, du corps. *« Nous sommes en train de perdre la clinique que nous avons nous-mêmes inventée. La haute technologie médicale peut, un moment, oublier la personne. Nous avons des milliers d'exemples de personnes malades réduites à leurs paramètres... Nous sommes arrivés à un degré de parcellisation de l'être humain qui me semble extrême... De ce fait, le malade exige de voir le meilleur spécialiste pour son mal, il cherche une réponse d'expert et non plus de médecin ».*

D'autre part, les progrès obtenus en chirurgie, en imagerie, ainsi qu'en odontologie, sont tellement remarquables que les exigences des patients et de leurs praticiens envers la science pourraient devenir insensées. La société ne peut plus concevoir la mort ou le handicap comme inévitables. On utilise des techniques ou des actes médicaux comme des biens de consommation courante.

Enfin, il faut évoquer les risques de dérives rentabilistes en médecine, sous tendues par une surconsommation de matériel coûteux et évoquer d'autres dérives liées aux mésusages de technologies créées dans un but thérapeutique, pour servir des fins industrielles ou militaires. N'oublions pas que la fission atomique découverte par EINSTEIN a eu des applications thérapeutiques majeures et des conséquences militaires et humaines historiques.

Ce morcellement du corps humain, dans le but d'appliquer à chacun de ses fragments une démarche scientifique et un traitement spécifique est la base du modèle biomédicale.

II.2. La démarche biomédicale

II.2.1. Les concepts du modèle biomédical

La santé et la maladie (2, 24, 45, 50, 54, 74, 82)

Dans l'approche biomédicale, alors que « *la santé, c'est la vie dans le silence des organes* » (LERICHE, 1936), la maladie quant à elle, est définie comme un dysfonctionnement biologique, dont l'étiologie est spécifique (par exemple un agent microbien externe : virus, bactérie...) et cause une lésion d'organe ou un trouble fonctionnel.

Des lésions biochimiques ou physiologiques pourraient causer la maladie. Un individu sans lésion ne ressentirait aucun effet indésirable et serait en bonne santé, tandis qu'un individu avec lésion développerait obligatoirement des symptômes et serait malade. La santé et la maladie furent ainsi considérées comme des entités séparées, suivant l'absence ou la présence d'un facteur biologique spécifique : c'est la causalité linéaire simple.

En outre, jusqu'à la définition de l'OMS en 1946, la santé était principalement abordée par ses dimensions physiques toujours de façon très normative. Pour être en bonne santé, il fallait répondre à certains critères : poids, capacités visuelles, auditives, respiratoires...

La maladie est désignée comme « l'ensemble des déviations d'une norme de variables biologiques mesurables ». Le seuil qui sépare la santé et la maladie serait déterminé par un raisonnement statistique.

La démarche biomédicale (13, 19, 24, 65, 69, 82)

Les médecins ont toujours essayé de rassembler divers signes, symptômes, prodromes, évolution... en entités appelées maladies pour les classer et les soigner.

La pensée médicale occidentale a considérablement évolué grâce à la recherche clinique et aux examens complémentaires (laboratoire, radiologie, IRM). Elle a permis d'établir une nosographie où chaque maladie est décrite avec le plus de précision possible. Quand un patient vient consulter, l'interrogatoire et l'examen clinique permettent de constater des signes et de les confronter à la classification établie, la définition des maladies.

Cette identification rassurera le patient et le praticien et il en découlera un traitement adapté, symptomatique ou étiologique. La séquence de symptômes s'unissant en une maladie, permettant un diagnostic organique puis un traitement somatique adapté, est la base de la démarche biomédicale.

Maladie → Diagnostic organique → Traitement somatique
--

Les pathologies buccales sont des troubles biologiques qui nécessitent une approche médicale.

Les sciences odontologiques sont devenues plus rigoureuses, sûres, efficaces, résultant de techniques et de matériaux performants et évolutifs. Elles ont ainsi vu le jour en quelques décennies, apportant en général sécurité et résultats indéniables.

Les études de chirurgie dentaire permettent d'identifier et de poser la meilleure indication pour chacun des actes thérapeutiques. S'appuyant sur des arbres décisionnels, le choix de la technique ou du traitement le plus adéquat, se fait en fonction de la maladie ou de la lésion, référencée et identifiable, selon des classifications validées scientifiquement (Evidence Based Medicine).

Le diagnostic lui-même s'appuie sur des éléments parfaitement objectifs : anamnèse médicale, bilans biologiques, radiographies, etc.

Forts de cette capacité et de cette compétence, nous donnons naturellement priorité à l'acte technique thérapeutique en considérant qu'il doit solutionner le trouble présenté par notre patient ainsi que ses conséquences.

Les études de chirurgie dentaire doivent permettre de traiter tous les pathologies dans le cadre de la causalité cartésienne (linéaire) : supprimons la cause et l'effet disparaîtra.

II.2.2. Les limites de cette démarche biomédicale (2, 24, 30, 31, 50, 57, 74, 82)

Dans ce modèle biomédical, ce sont donc les aspects techniques (biologiques et pharmacologiques) qui sont utilisés afin de parvenir au diagnostic et au traitement de la maladie.

Cette approche qui repose sur des normes physiologiques et biologiques, résultats de statistiques est trop simpliste ; la distinction santé/maladie ne peut se faire de manière si arbitraire : la santé et la maladie ne sont pas des entités séparées ; entre eux, il n'existe pas de démarcation nette mais une insensible continuité. En fait, la santé est un état d'équilibre. Si la santé est un état d'équilibre physiologique et biologique, la maladie est la rupture de cet état d'équilibre.

Pour ARRETO et coll. (2006), l'approche biomédicale constitue une méthode essentiellement basée sur les faits et requiert des facultés issues des domaines des sciences « dures » (physique, chimie, biologie, etc., en puisant des références en mathématiques). Or, elle néglige l'essence même des rapports humains, à savoir la communication, qui nécessite l'apprentissage de compétences dans le domaine des sciences humaines dites « molles » (sociologie, psychologie, linguistique, sciences juridiques, etc., ensemble souvent plus accessible grâce à des notions de philosophie). Cette omission peut conduire à un recueil parfois incomplet d'informations et à des sentiments d'insatisfaction de la part du praticien et du patient.

Par ailleurs, le praticien respecte le clivage psyché /organisme, parfois accepté implicitement par un patient, réticent à se livrer, pressé de déléguer sa responsabilité à ceux qui détiennent les

connaissances ; mais souvent est déploré le praticien qui n'a pas le temps d'écouter, ni de parler...

Or, la parole n'est pas une perte de temps ; la parole doit faire partie intégrante de la consultation : elle explique pourquoi, comment se fait l'acte, elle clôture la séance... FREUD réalise avec insatisfaction que l'on observe le malade (clinique du regard...) mais aussi que les patients expriment des choses dont on ne tient pas compte, à tort. Il pense que l'écoute du patient est essentielle : « *On a tout intérêt à écouter le malade.* » Le fait d'être écouté est déjà thérapeutique. Il y a à la fois la nécessité d'écouter et le besoin de parler de l'être humain.

Le spécialiste se préoccupe essentiellement du corps et de la maladie, il ne prend pas en compte le vécu et l'histoire du patient. En effet, le concept scientifique et réducteur interdit une approche globale. Cette démarche sera suffisante dans nombre de pathologies, mais dans certaines, notamment chroniques, revêtant une participation affective et sociale, le modèle biomédical trouve ses limites.

Ainsi, des critiques ont été émises sur cette orientation prise, notamment depuis la constatation d'une déshumanisation de la prise en charge des patients.

« *L'erreur qui fait de ce modèle un modèle estropié, réside dans le fait qu'il n'inclut pas le patient et ses attributs en tant que personne, en tant qu'être humain* » ENGEL (1980).

III. Les alternatives à la fragmentation de l'Homme

III.1. Les concepts du modèle biopsychosocial

III.1.1. La santé et la maladie

La santé (2, 24, 45, 50, 74, 76)

En 1946, l'OMS introduit la dimension sociale en définissant la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Cette définition ne fait référence à aucune mesure ou constante physiologique quelconque, car celles-ci ne peuvent déterminer le bien-être d'un individu donc sa santé. Or le bien-être est un sentiment général, personnel et subjectif. La définition fondée sur les statistiques, qui a quelque valeur du point de vue de la délimitation du normal de l'anormal, est prise ici en défaut.

En 1997, le réseau du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) définit la santé globale :

« la santé de l'être humain vivant en société, avec ses composantes physiques, psychiques et sociales, tenant compte des implications que peuvent avoir sur sa santé, son histoire personnelle et les différentes dimensions sociales, économiques, juridiques et culturelles de ses conditions de vie et de son mode de vie. »

La diversité des déterminants de la santé est reconnue, qu'ils soient génétiques, psychologiques, sociaux, culturels, économiques, politiques, écologiques ou philosophiques. Le professionnel de santé dans son abord du patient doit considérer les aspects physiques de sa demande mais aussi les aspects mentaux et sociaux sous-jacents.

Par ailleurs, la santé pour un individu donné est liée aux idées qu'il s'en fait, idées qui seront-elles-mêmes fonction des influences culturelles, de la représentation qu'il se fait de son corps, c'est-à-dire de l'image qu'il a de lui-même. La santé fait donc partie de ses idéaux, de son système de valeurs, tributaires de la race, culture, religion, de l'environnement social, qui ne s'accordent pas nécessairement avec ceux de son praticien. La santé relève donc plus du système de valeurs accordé par un individu ou une société donnée que d'une normalité des variables biologiques.

La maladie (2, 8, 14, 24, 45, 50, 57, 63, 74, 76, 82)

L'observation du quotidien nous montre que de nombreuses pathologies variées, chroniques (douleurs, troubles dépressifs et fonctionnels), et ambiguës demeurent éloignées des progrès scientifiques et technologiques.

De plus, « le silence des organes », ne correspond pas toujours à l'état de santé et peut n'être parfois qu'une surdité aux symptômes ; la maladie peut exister bien avant la douleur ou le trouble fonctionnel. Un organe peut être malade sans être bruyant et inversement. Les plaintes d'hypochondrie ou de troubles fonctionnels font beaucoup de bruit sans que l'organe soit la cause de ce bruit.

La guérison d'une affection ne s'accompagne pas toujours du soulagement des symptômes. Le sujet disparaît derrière les paramètres physiologiques. La souffrance persiste malgré le succès médical.

« Savoir traiter les malades et pas seulement la maladie » BAUDIN (2005).

Une maladie, quelle qu'elle soit, implique la totalité de l'organisme, même si elle ne se manifeste que localement dans des parties d'organes ou de systèmes de la personne arbitrairement dissociée.

La simple présence d'un facteur biologique spécifique ne suffit pas toujours à causer la maladie. Il est indispensable de prendre en compte les facteurs psychologiques et sociaux afin de considérer l'Homme dans sa globalité.

Pour affronter ces situations pathologiques, il faudrait introduire dans le modèle biomédical des notions de sciences humaines.

Le diagnostic peut être laborieux à établir, en dépit des aides technologiques diverses et il devient essentiel de considérer ce malade-là, dans son milieu psychosocial (stress, environnement...) pour mieux le cerner. La maladie, entité statistique abstraite, fait place à une personne souffrant dans son corps et son esprit.

L'individu doit être approché et situé dans son vécu psychosocial. La définition qui se rapporte à la maladie typique organique ne s'applique plus aussi facilement, car nous avons affaire à un patient particulier, personnalisé et non plus seulement à une maladie statistique. Nous rejoignons l'adage : « *Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades* ».

Il est intéressant de comprendre quand, pourquoi et comment une maladie prend sens dans la vie et l'histoire d'un sujet, provoquant une rupture dans la continuité de sa vie, en quoi elle altère les idéaux de santé de l'individu lui-même.

<p>La maladie est à l'origine d'une atteinte de l'intégrité du sujet, d'une gêne à l'exercice normal de sa vie.</p>
--

Elle entraîne une rupture de l'équilibre antérieur à laquelle le patient doit s'adapter. Cette adaptation mobilise alors l'énergie psychique du patient. La maladie est donc susceptible de déclencher chez chaque individu des réactions variables selon sa personnalité, la représentation de la maladie qu'il se sera forgée sous l'influence notamment de la culture à laquelle il appartient, de ce que lui a appris la société, ses parents, son éducation... : idée sociale de la maladie.

En effet, les comportements des patients, porteurs d'une même lésion individualisée, se révèlent fort divers, en fonction de leur personnalité et donc de leur subjectivité. L'un traduira sa douleur de façon dramatique et expansive, alors que l'autre sera prostré et discret. « *L'Homme " fait " sa maladie avec son hérédité, son histoire, son éducation, son psychisme conscient et inconscient, son vécu passé et présent...* » YARDIN (1995)

Ainsi, la santé, cet état physiologique impossible à caractériser objectivement, découle de l'adaptation de l'Homme à son environnement socioculturel. Capacités physique et psychique sont interpénétrées et nécessaires au bien-être. La maladie, quant à elle, est une rupture de l'équilibre corps/esprit/environnement. La tolérance aux influences extérieures diminue ainsi que l'usage que l'on fait de son corps.

Les valeurs biologiques supportent des contraintes socioculturelles (mode d'alimentation, rythmes de travail, compétition sociale). De plus, il existe un autre paramètre à prendre en compte : le temps (chronobiologie, chronopathologie). Or tout être se transforme dans un environnement qui se transforme lui aussi (vie affective, familiale, sociale) : il y a coévolution. Les rythmes biologiques font partie intégrante de la matière vivante. Ses capacités adaptatives permettent à l'Homme de faire face aux changements de rythme de la vie moderne. Mais un déphasage trop important amène stress et maladie d'adaptation (stress, infarctus, dépression...) On saisit bien là combien l'environnement est partie prenante de la notion de globalité dans les soins.

Autrement dit, des évènements tels que le deuil, le divorce, le chômage... peuvent être potentiellement très pathogènes, les personnes répondant plus ou moins bien suivant leur constitution, leur histoire, leur état du moment... Il en est de même lorsqu'elles sont soumises à des stress chroniques : conflits conjugaux, vie familial perturbée, difficultés professionnelles (conditions de travail éprouvantes, compétition sociale ou monotonie...) entraînant irritation, frustration, tension au quotidien. La répétition et l'accumulation de ces stress ont une influence aussi néfaste sinon plus néfaste que les stress majeurs de l'existence.

Par conséquent, derrière les dysfonctions biologiques sont dissimulées les difficultés existentielles qui cassent les rythmes biologiques. En odontologie, de nombreuses pathologies sont favorisées par des facteurs environnementaux : le Syndrome Algo-Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur (SADAM). Ainsi, sous l'influence du temps, une dysfonction biologique s'exprimera sous forme de troubles fonctionnels et à terme provoqueront des lésions organiques.

La maladie a un temps d'évolution personnel déterminé en partie par l'histoire relationnelle du patient avec son praticien. Les actions médicamenteuses, techniques, psychiques du thérapeute aboutissent à donner du temps à l'organisme, que ce soit pour faire un deuil, rétablir une immunité défaillante, ou soigner un SADAM (Cf. Compagnie d'investissement mutuelle développée plus tard).

III.1.2. Le modèle biopsychosocial

Le modèle bio-psycho-social, proposé par ENGEL (1978 et 1980), prend en compte les aspects psychologiques et sociaux du patient. Dans le modèle biomédical traditionnel, les données relatives à l'environnement social du patient restent une partie minime de l'anamnèse. Avec le modèle bio-psycho-social, une place importante est laissée aux aspects personnels, interpersonnels et sociaux de la vie du patient (30, 31, 74).

A la différence du modèle biomédical, le concept biopsychosocial souhaite exprimer la globalité de l'être.

« Pour ce qui est des maladies, voici comment nous les diagnostiquons : notre connaissance s'appuie sur la nature humaine commune à tous et la nature propre de chaque individu ; sur les

maladies, sur le malade, sur les substances administrées, sur celui qui les a prescrites, car cela a pu contribuer à un changement en bien ou en mal ; sur la constitution générale de l'atmosphère et les conditions particulières de chaque ciel et de chaque lieu ; sur les habitudes du malade, le régime de vie, les occupations, l'âge de chacun, sur les paroles, les manières, les silences, les pensées qui l'occupent, le sommeil, les insomnies, la nature et le moment des songes...Ce sont ces données et ce qu'elles permettent de saisir qu'il faut examiner avec soin » HIPPOCRATE (43).

Le paradigme Biopsychosocial se déroule en trois fondements de la globalité : le biologique, le psychique et le socioculturel.

Le biologique (6, 15, 18, 35, 50, 74, 82)

La matière vivante détient 4 propriétés qui font son originalité et ont permis sa diversité : l'auto-organisation, la complexification, le calcul et traitement d'informations et les mémoires.

- l'auto-organisation : le concept biopsychosocial s'inspire de la théorie générale des systèmes organisant le tout et les parties (fig. 1). L'organisme humain peut être considéré comme un système formé de sous-systèmes. Un système est une entité artificielle et didactique. Il n'existe et ne fonctionne que par et pour les autres systèmes de l'organisme (fig. 2). Chaque sous-système est un système ouvert qui communique continuellement avec les autres et le milieu extérieur, échangeant des informations, son existence dépendant de ces échanges.

- la complexification : les relations entre molécules, cellules, tissus,... sont hypercomplexes. Le système stomatognatique avec ses sous-systèmes dentaire, osseux, nerveux..., est lui-même une partie de l'organisme total. Cette propriété particulière d'auto-organisation vers la complexité permet l'apparition de nouvelles caractéristiques, ce qu'ATLAN (1994) appelle des émergences, qui sont par exemple de nouvelles propriétés chimiques des molécules qui les composent.

- le traitement de l'information : toute molécule, toute cellule, reçoit des informations diverses et variées qu'elle traite et intègre pour réduire la complexité du milieu et éviter le chaos informationnel dans tout organisme. Cette propriété, résultat de la dynamique de l'auto-organisation serait l'ébauche biologique du psychisme, du mental pour CAPRA (1983) voire du « ça » pour FREUD (2001a).

- les mémoires : les informations sont enregistrées et stockées par mémorisation tout au long de la vie ; la mémoire est indispensable à l'activité psychique. Ces mécanismes de rétention d'informations conditionnent l'adaptation, l'apprentissage, la survie des êtres vivants. Sans système de mémorisation, il n'y aurait pas de vie possible. La mémoire n'est pas uniquement explicite, déclarative. Il y a d'autres mémoires affectives, corporelles. En odontologie, nous connaissons les occlusions intermaxillaires de convenance, provenant de l'évitement d'une prématurité de contact(s). Ces mémoires implicites sont inconscientes. Le vivant comprend aussi la mémoire génétique, la mémoire immunitaire et la mémoire tissulaire.

Toutes nouvelle information n'est pas stockée passivement mais établit des liens associatifs avec les informations préexistantes. Celles-ci sont alors sans cesse actualisées, remises en mouvement par l'arrivée des nouvelles informations en provenance de l'extérieur ou de l'intérieur de l'organisme.

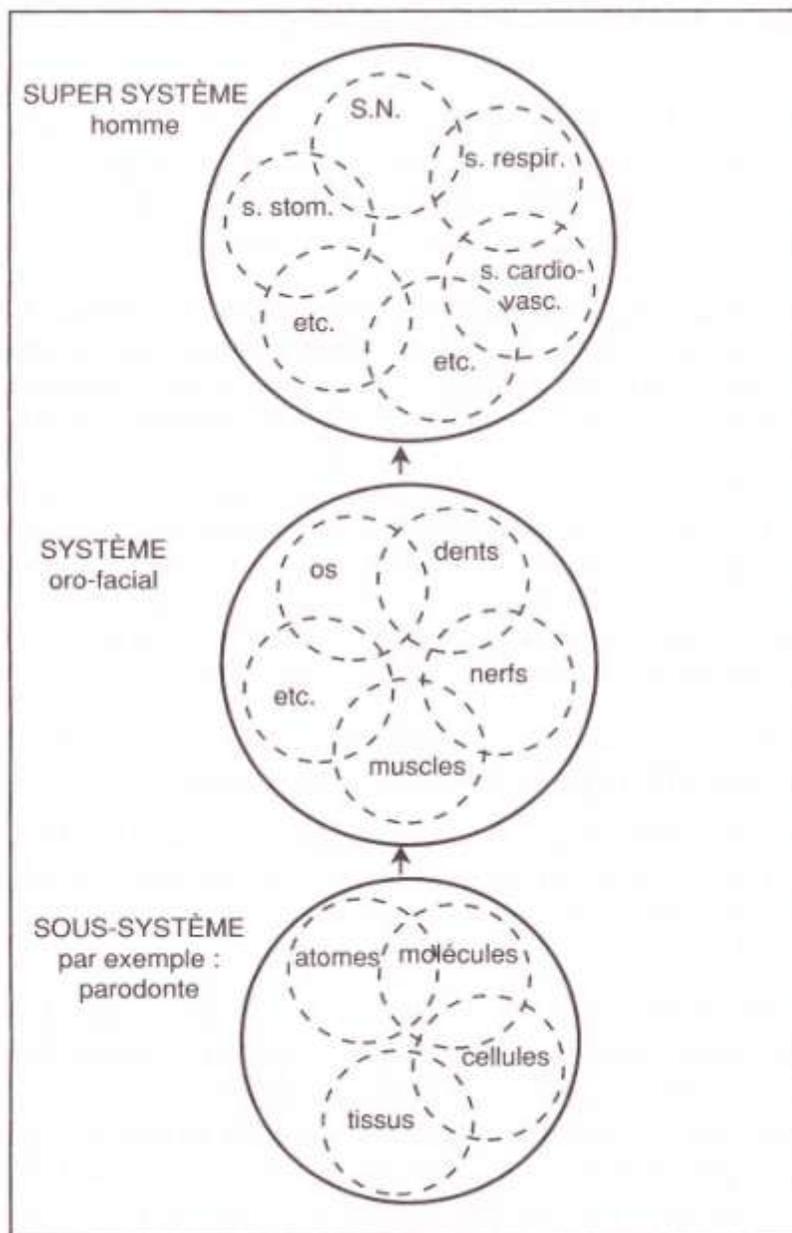


Figure 1 : Le concept systémique d'après M. YARDIN (1995)

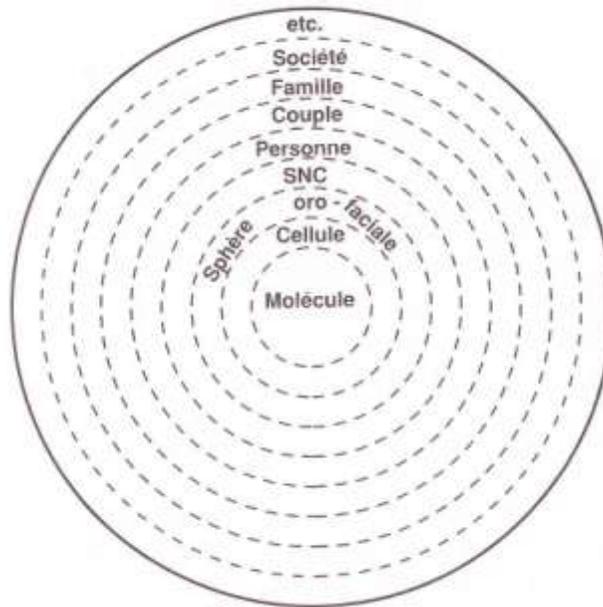


Figure 2 : Un continuum hiérarchique d'après M. YARDIN (1995)

Le psychique (82)

Chaque individu a son propre psychisme qui s'appuie sur la génétique mais se construit à partir de données sociales, éducatives et affectives : l'être humain est unique et subjectif.

Ce qui rend l'homme « humain » c'est son affectivité, son imaginaire, son langage, sa conscience et ... son inconscient. Cet ensemble de phénomènes qui implique la totalité de l'organisme, oblige le soignant à considérer le patient comme une personne. Il n'est pas possible d'ignorer cette dimension lors de l'investigation et de l'établissement de la relation humaine.

Le socioculturel (2, 14, 50, 74, 76, 82)

L'OMS reconnaît les influences psychosociales sur les maladies. Nous avons vu que le psychisme provient de la complexification du biologique et se complexifie lui-aussi pour évoluer vers la conscience, l'imaginaire... Ainsi apparaissent les outils, les mythes, l'organisation sociale, etc. et cette dimension socioculturelle ne fera que s'amplifier au cours de l'évolution de l'Homme. Aussi le palier socioculturel va devenir essentiel au développement du biologique et du psychique.

L'Homme intègre des critères au cours de son développement personnel et par la socialisation qui lui apprend aussi, par les autres, qu'il y a différentes façons de voir les choses. Les empreintes familiales et sociales auront tendance à faire agir les enfants de la même façon que les parents. Mais parfois, il peut y avoir conflit entre le système familial et son système personnel qui s'appuie sur d'autres critères de valeurs.

Chaque sujet est sensible à des signifiants qu'il choisit et/ou qui lui sont imposés par la société dans laquelle il vit. Son éducation, son potentiel critique, son milieu, lui donnent des critères de valeurs qui vont réduire les choix possibles offerts par le monde qui l'entoure et orienter ses réactions et ses déviations physiologiques et psychopathologiques. Les sociétés ont tendance à conditionner les individus à des conformismes plus ou moins contraignants. Ceux qui ne sont pas d'accord, cherchent ou proposent d'autres adaptations, encourent souvent des risques majeurs.

Aujourd'hui, l'évolution rapide de la société occidentale peut violemment déstabiliser un homme. Les multiples et rapides ajustements qu'elle requiert ne sont pas toujours tolérées, ni tolérables. Des sociétés consuméristes entraînent des troubles psychologiques fréquents qui s'aggravent avec l'âge (perte de l'hygiène buccodentaire par l'usage des mains déficient, parafonctions, dysfonctions mandibulaires, myalgies oro-faciales...).

Par ailleurs, dans une optique sociale, le praticien ne peut se désintéresser, par exemple, du type d'alimentation de ses patients, du rôle social du sourire, de l'importance symbolique de la denture...

Dans cet environnement socioculturel, le langage, spécificité humaine, exprime les émotions par la parole qui est à la jonction corps/esprit. Quand on s'exprime, c'est pour agir sur les représentations, les émotions et les actions des autres.

Ainsi, le langage, la culture, la société, participent au psychisme et l'ont façonné pour une bonne part. Le patient a une vie de couple, une famille, une profession, un rang dans une société, située géographiquement et temporellement. Sa vie se passe à échanger des informations avec le milieu et les autres dont il redoute l'appréciation de l'image qu'il veut donner. La vie n'est pas simple, des stress, des déceptions, des culpabilités, des frustrations jalonnent cette vie de périodes de difficultés existentielles, parfois des tragédies, et aussi des joies.

Dans la pratique, c'est par la communication essentiellement, que l'on approche le vécu psychosocial des patients, par nos investigations. C'est avec empathie que le praticien s'efforce à la compréhension de son patient.

Les troubles des patients ne sont jamais purement physiques, psychologiques ou sociaux mais appartiennent aux trois domaines simultanément.

La consultation doit donc tenir compte de ces trois domaines et le diagnostic et le plan de traitement doivent être formulés dans ces termes.

Avec le modèle biopsychosocial, on prend en compte la personne dans son intégrité amenant des incertitudes et ambiguïtés qu'il faut reconnaître et accepter... pour mieux soigner certains patients.

« *D'abord ne pas nuire* » (HIPPOCRATE).

Figure 3: Tableau comparatif des modèles biomédical et biopsychosocial

MODÈLE BIOMÉDICAL	MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL
Approche réductionniste Prise en compte du facteur biologique uniquement	Approche globale Prise en compte des facteurs biologique, psychologique et sociale simultanément, en interrelations à différents niveaux : concept systémique
Sciences exactes « dures »	Sciences humaines
Causalité linéaire, étiologie spécifique, Raisonnement statistique, données objectives Traitement en fonction d'une classification	Etiologies multiples Prise en compte du vécu subjectif Traitement personnalisé, adapté à chaque patient

III.2. La pratique scientifique et humaine (50, 82)

Les sciences exactes ne peuvent traduire la réalité humaine dans sa totalité. Ce sont les nécessités de la recherche qui séparent le tout en différentes parties pour en permettre l'étude et en dégager des théories.

Par opposition, les sciences humaines sont plus proches du monde vivant, moins abstraites, plus subjectives. Elles donnent une vision globale de l'Homme et seraient plus propices au développement des rapports humains qui constituent le fondement de la plupart des professions. C'est aussi à partir des théories de ces sciences que l'odontologie dégage des concepts et des techniques qui lui sont propres. L'odontologie est un art de soigner scientifique qui traverse les sciences exactes et les sciences humaines.

III.3. Les applications : les recommandations européennes (5, 8, 63, 69, 82)

- avoir une connaissance adéquate de la constitution, de la physiologie, du comportement des sujets sains et malades, ainsi que de l'influence du milieu naturel et social sur l'état de santé de l'être humain (tenir compte des sentiments humains et des conditions de vie) ;**
- avoir les connaissances nécessaires pour identifier les implications pour l'art dentaire des troubles psychologiques et médicaux communs et leur traitement ;**
- avoir une approche plus globale de l'Homme, en temps qu'individu, au sein d'une société en mouvement.**

Le professionnel de santé doit pouvoir reconnaître le profil de son malade pour déterminer la solution thérapeutique qui lui soit le plus bénéfique. Pour établir un plan de traitement, il faut tenir compte de l'état de santé des dents et du parodonte, de son âge, de son état de santé général, de la présence de facteurs de risques biologiques anatomiques ou physiologiques, mais aussi de facteurs plus subjectifs dépendant de sa personnalité. Il faut également considérer son aptitude à supporter les contraintes du traitement, mais il faut surtout savoir évaluer son comportement et ses capacités de compréhension et à adhérer au projet thérapeutique. Il faut s'assurer que le patient est apte à recevoir l'information et qu'il peut alors en toute connaissance de cause faire le choix qui lui semble être le meilleur.

Les études et l'exercice en odontologie devraient être plus qu'aujourd'hui orientés vers la psychologie, la connaissance et l'écoute du patient... La compréhension des attentes individuelles du patient est un préalable pour modifier son comportement.

Pour des raisons didactiques, l'Homme a été divisé en corps et esprit d'une part, puis fragmenté dans son corps à des niveaux de plus en plus infimes. Cependant, les professionnels de santé devraient toujours garder en mémoire que pour mieux le soigner, l'être humain doit être considéré dans sa globalité ; pour cela, utiliser une approche basée sur le modèle biopsychosocial devrait les aider à faire bien des progrès.

LE SYMBOLISME DE LA BOUCHE, DES DENTS ET LES CONCEPTS D'ORALITE : L'IMPORTANCE EMOTIVE, AFFECTIVE, SYMBOLIQUE DE LA BOUCHE ET DES DENTS

La sphère oro-faciale, qui selon une approche purement technique peut être subdivisée en différentes structures, devrait donc être repensée dans sa globalité comme partie intégrante d'une personne (2, 82).

Le symbolisme de la bouche et des dents est capital dans la mesure où il contribue à la constitution de l'image de soi. Dans l'inconscient collectif, entrer dans la bouche représente une violation de l'intimité. L'extraction d'une dent peut apparaître comme castratrice. La bouche peut être considérée comme une zone érogène, une zone de plaisir mais aussi comme une zone de douleur (1, 2, 10, 40, 44, 72).

I. La bouche

La bouche est un orifice singulier, polyvalent qui nécessite une organisation, une coordination, une précision neurophysiologique exceptionnelle (1, 72, 82).

En effet, la sphère oro-faciale est géographiquement très proche du Système Nerveux Central et les voies de communication sont courtes. Zone sensorielle la plus développée à la naissance, elle est aussi la plus richement innervée de l'organisme avec la représentation corticale la plus étendue (fig. 4 et 5) (1, 10, 14, 68, 72, 82).

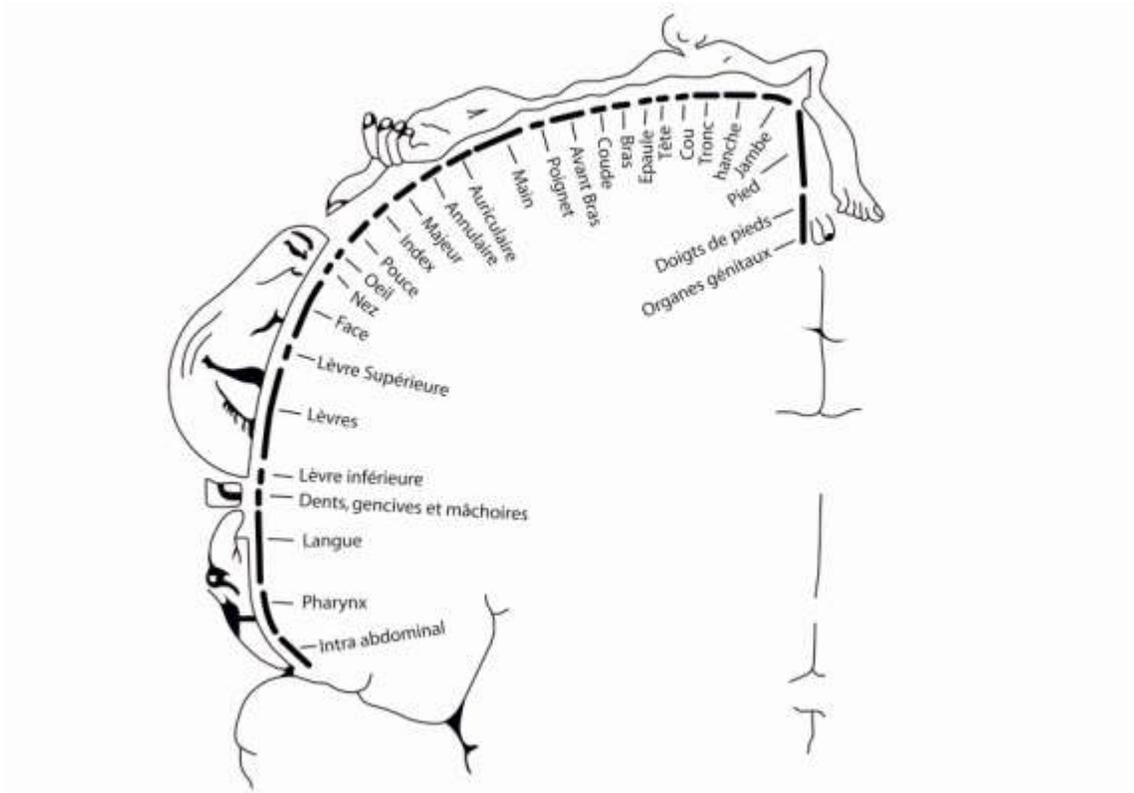


Figure 4 : L'homonculus de PENFIELD et RASMUSSEN

(www.cnsf.asso.fr/Pages/Journee/5emejournee/pdf/Silence%20on%20accouche%20Marie%20F ALEUR.pdf -)

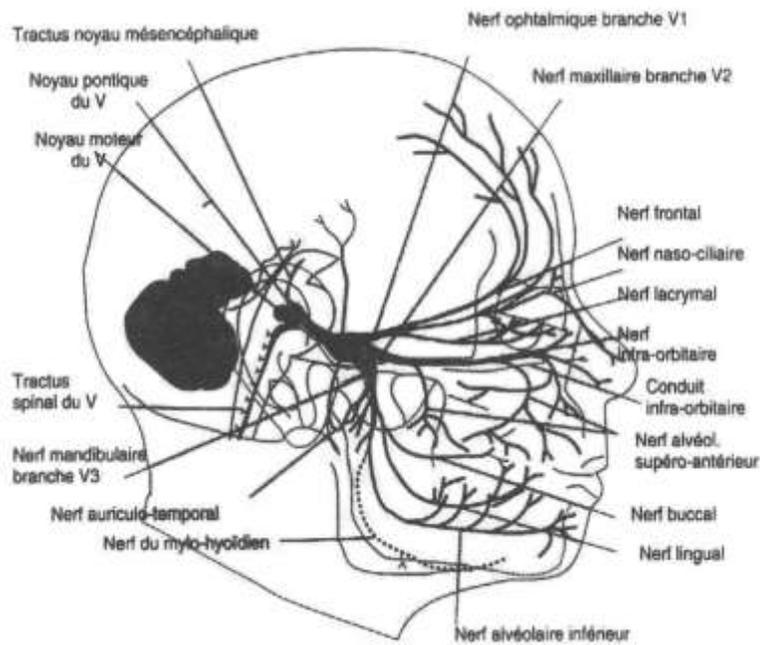


Figure 5 : Schéma des nerfs crâniens d'après F. SAINT-PIERRE (1999)

Chronologiquement, la déglutition, l'alimentation et la gustation sont ses premières fonctions. Puis vient la phonation qui aboutit chez l'Homme au langage parlé, qui va sublimer la Pensée. L'Homme doit en effet passer par le langage pour dire ce qui l'intéresse, le préoccupe ou le fait souffrir. Plus tard, elle prend sa place dans les comportements sexuels (1, 72, 82).

La bouche est donc une zone qui a une forte valeur sensorielle, symbolique et émotionnelle (1, 2, 10, 14, 48, 61, 67, 68, 72, 79).

Elle est à l'origine de nombreuses sensations, agréables ou négatives. Le chirurgien-dentiste doit plus souvent faire face à la douleur et à la souffrance qu'au plaisir du patient (1, 2, 14, 61, 72).

Pour les psychanalystes, son rôle capital dans l'histoire du sujet : la bouche est le lieu privilégié de somatisation, qui plus est, elle est étroitement liée aux premières expériences de la vie ; elle contribue de façon prématurée à la construction de la personnalité. Le lien avec le monde extérieur a débuté à travers les échanges entre l'enfant et la mère pour la satisfaction des besoins alimentaires. Par la suite la bouche garde une place symbolique forte en psychanalyse, elle est considérée comme un contenant affectif et une zone érogène (1, 2, 10, 14, 33, 34, 40, 61, 67, 68, 72, 79).

I.1. Le contenant affectif et symbolique

Dès le premier mois de la vie in-utéro, des mouvements buccaux, des contacts main-bouche, des déglutitions sont constatées. L'enfant respire d'abord par la bouche et n'a quasiment que la cavité buccale pour découvrir le monde (1, 72, 82).

A la naissance, la bouche, les lèvres, la langue assurent la succion et de la déglutition, assurant la vie du nouveau-né. Il a un besoin organique de se nourrir, de téter : le nouveau-né ne peut se développer sans environnement nourricier. La muqueuse buccale du nouveau-né est totalement recouverte par les bourgeons du goût (ils disparaissent avec l'âge et ils ne subsistent chez l'adulte que sur la langue). Ainsi, la sphère orale est la zone la plus active chez l'enfant dont le développement est focalisé sur cette « cavité primitive » (1, 2, 10, 45, 67, 68, 72, 79).

Le stade oral

Simultanément à cette exigence physiologique, FREUD (1992b) a décrit le stade oral du développement affectif de l'enfant. Selon lui, le psychisme infantile se divise en trois stades (oral, anal et phallique) qui ont une grande influence sur l'évolution du jeune enfant et sur les difficultés relationnelles, intimes et sexuelles qu'il peut avoir à l'âge adulte.

Le stade oral débute au premier jour de la vie. Il existe deux sous-stades :

- de 0 à 6 mois : le stade oral dit « primitif passif » (tétée, prévalence de la succion) ;
- de 6 à 12 mois : le stade « sadique » oral ou stade « oral tardif actif » correspondant à l'apparition des premières dents (croquer, mordre, détruire).

Le stade oral passif (1, 2, 10, 14, 33, 34, 45, 48, 49, 61, 67, 68, 72, 79, 81, 82)

Pendant la succion ou la tétée, le nouveau-né découvre la sensation d'être plein ou vide. Cette sensation conduit à une activation de la cavité orale, siège de l'interaction primitive entre l'enfant et la mère. L'enfant ne perçoit pas distinctement son rapport avec l'autre et définit mal les limites entre contenant (sa bouche) et contenu (sein ou biberon). Le liquide sert d'intermédiaire à ce territoire que WINNICOTT (1989) appelle l'espace transitionnel, qui fait en même temps partie de l'objet et du sujet.

Par ailleurs, la bouche est le siège des premières satisfactions affectives. L'enfant découvre rapidement que manger est pour lui un plaisir. Puis il conserve ce plaisir et ce besoin de succion tout en se détachant de la nécessité de se nourrir. Pour cela il utilise une tétine ou bien son pouce. « *C'est l'oralité et seulement l'oralité qui initialement, pour chacun des êtres vivants, va être source de plaisir ou déplaisir, de gratifications ou de frustrations dans la vie...* »

Il traduit la composante hédonique de la succion du sein maternel, la bouche devenant source de plaisir érogène et/ou de réassurance de l'enfant vis-à-vis de son environnement. Ainsi, le pouce ferait partie des objets transitionnels et servirait de lien, d'objets de remplacement quand la mère n'est pas là.

Du point de vue psychanalytique, ces premières satisfactions orales laissent des traces définitives (positives ou négatives) dans la constitution de la Psyché et peuvent s'exprimer dans diverses pathologies psychiques bien des années plus tard.

La bouche est le lieu privilégié de la relation fusionnelle avec la mère. C'est le début d'une relation singulière bouche-sein, enfant-mère, dont le rôle est majeur pour un développement organo-psychique équilibré.

La bouche est à l'origine des premiers liens affectifs qui confèrent à cet organe une empreinte émotive qui perdurera toute la vie.

Le stade oral actif (72, 79)

L'arrivée des premières dents met un terme à la relation fusionnelle entre la mère et son enfant. Entre elle et lui s'interposent désormais une « barrière dure et tranchante » symbolisée par les dents.

Les premières douleurs liées à la poussée des dents apparaissent. L'enfant devient plus indépendant, autonome, il « se sépare » de sa mère. Il commence à parler, à marcher, à mordre. Par la mastication, il se confronte au « dur », s'empare de manière plus active du monde environnant. Les dents symbolisent ainsi la fin de la relation fusionnelle mère-enfant et témoignent de l'individualité de l'enfant qui se construit. Elles s'érigent en un barrage entre l'extérieur et l'intérieur. L'enfant prend conscience de son autonomie à mesure que ses dents sortent. Toutes ses dents temporaires en place, l'enfant passe par la crise du "non", phase aiguë d'affirmation de soi. Il a conscience d'être un "je" séparé, rupture symbolisée par la denture temporaire au complet.

Ainsi, la bouche matérialise parfaitement quelques étapes du développement de l'enfant. L'éruption des dents attestent de l'évolution du nouveau-né qui passe d'un état de dépendance et de vulnérabilité à un état d'individu séparé de la maman et relativement autonome.

L'oralité (2, 33, 34, 37, 38, 40, 45, 61, 70, 82)

La bouche est donc un espace relationnel primitif où le sujet se confond avec l'autre et définit en même temps ses propres limites. Lors de ce stade, il se crée une dépendance physiologique et psychologique vis-à-vis de la mère. Selon FREUD (1992a et 1992b) une carence (ou un excès) de liens affectifs peuvent être à l'origine d'une fixation au stade oral : la recherche de sensations de plaisir à travers la bouche se poursuit à l'âge adulte. L'influence de l'oralité en psychanalyse est manifeste puisqu'elle s'exprime dans des régressions, des frustrations ; aussi, un type de caractère oral adulte a été décrit. Lorsqu'ils étaient enfants, ces adultes ont eu des mères angoissées. Quand l'enfant pleure, plutôt que de vérifier s'il n'a pas uriné ou s'il n'est pas apeuré, ces mères lui mettent aussitôt à la bouche un biberon ou une tétine, lui enseignant ainsi que la satisfaction orale est la solution rapide de toute frustration.

Un enfant nourri de façon démesurée peut devenir plus tard un gourmand aussi bien sur le plan alimentaire que relationnel. Les « carences affectives » peuvent être compensées par la nourriture, qui est toujours à leur disposition, sans conflits possibles, entièrement maîtrisable. Le recours à ce substitut de relations avec des personnes lui apporte sécurité, réconfort et plaisir immédiat.

D'autres typologies sont plus préoccupantes, les prédateurs qui expriment l'agressivité, la voracité. Chez ceux-ci semblent demeurer la tendance infantile à une agressivité de caractère oral. Il s'agit de sujets expansifs, souvent agressifs, impatientes, impulsifs, exigeants, jaloux, envieux, possessifs, etc. Ils sont toujours prêts à s'approprier le bien d'autrui, tant sur le plan financier que sexuel. Ils font souvent une bonne carrière professionnelle mais rendent la vie impossible à leurs interlocuteurs.

Les adultes dotés d'un caractère dit « oral » peuvent souffrir de troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie) ou de conduites d'addiction (alcoolisme, toxicomanie).

Ils peuvent aussi développer des pathologies psychosomatiques, manifestations de leur frustration, telles que le lichen, l'aphte ou l'herpès. GRUMBERGER (1959) souligne que ces « oraux

frustrés » demandent la guérison et en même temps la refusent. Il reste tant à faire pour comprendre les processus qui orientent les « projections » bucco-dentaires. En effet, nous manquons de moyens pour expliquer les mécanismes biochimiques, neurophysiologiques et comportementaux qui étayent les facteurs psychiques et leurs relations avec l'organe.

Cette zone spécifique, dotée d'un équipement neuromusculaire performant, assurant une fonction vitale dès la naissance et la relation avec la mère (et plus tard avec les autres), siège des dentitions lactéale et définitive, est aussi une zone fragile et à risques, précocement marquée psycho-affectivement.

Ainsi, les régions dans lesquelles le chirurgien-dentiste intervient, vont au-delà de leur signification fonctionnelle pour prendre une valeur symbolique, empreinte d'émotions, en mesure d'interagir avec la relation patient-praticien. Cela explique sans doute l'importance et l'attrait qu'exerce la bouche dans les relations humaines et sa classification dans les organes sexuels.

I.2. La bouche, zone érogène (1, 2, 10, 14, 33, 34, 40, 45, 48, 61, 67, 68, 72, 82)

Grâce à des terminaisons nerveuses contenues dans la langue et les muqueuses, la bouche fait partie des zones sensorielles et érogènes les plus importantes.

La langue, déjà présente au septième mois de la vie fœtale contribue à l'organisation de la vie primitive du nouveau-né. La bouche et les dents, sont hautement symboliques, puisqu'elles participent à la constitution du sourire et de l'image de soi. Les muscles de la commissure labiale jouent un rôle dans l'expression des émotions. Les lèvres dont les extrémités sont dirigées vers le bas suscite une réaction négative parce qu'elle semble exprimer un sentiment de tristesse ou de contrariété. Au contraire, une commissure orientée vers le haut révèle un caractère plus extraverti, une émotion positive tendant au sourire et à l'ouverture à l'autre.

En outre, le symbolisme de la bouche est évident dans le domaine sexuel. Garder les lèvres entrouvertes aide à séduire et témoigne d'une disponibilité sexuelle ; ceci étant bien connue par les experts publicitaires (fig. 6).



Figure 6 : Marylin MONROE (<http://www.bergoiata.org/fe/Marilyn2/25.htm>)

La bouche, en tant que zone orificielle fait partie des zones érogènes, lieu privilégié de communication, d'échanges entre les mondes extérieur et intérieur et comme nous l'avons vu, lieu d'expériences de plaisir et de déplaisir.

« *A proprement parlé, le corps tout entier est une zone érogène* » FREUD (1992a), même si certaines zones semblent « prédestinées » à cette fonction.

Aussi, la bouche fait-elle parti des lieux de fixation de la libido, c'est-à-dire de l'énergie psychique à l'origine des pulsions sexuelles ; autrement dit de la recherche de plaisir, notamment de plaisir sexuel.

C'est pourquoi, le chirurgien-dentiste doit se rappeler qu'en intervenant dans la bouche du patient, ses actes peuvent avoir un retentissement sur le psychisme du patient et conduire à des attitudes de défense ou de recherche d'intimité.

Les patients hystériques, le plus souvent les femmes, peuvent, de manière inconsciente, projeter électivement un symptôme dans la bouche qui exprimerait son désir pour le praticien. Elles recherchent une proximité corporelle, qui parce qu'elle se situe dans le cadre d'une relation thérapeutique est ressentie comme dépourvue de danger ou socialement acceptable.

Pour d'autres, du fait de la proximité corporelle et de la position allongée, passive, le soin est intrusif, invasif et vécu comme un viol symbolique. Ainsi, peuvent-ils, pour se défendre malgré eux et inconsciemment, des tentatives de viol symbolique en serrant les mâchoires (Cf. la fonction défensive).

L'orifice buccal est un lieu privilégié pour l'expression de fantasmes, de symboles, de projections sensorielles aux marges de l'inconscient et des pathologies.

II. Les dents

Les muqueuses maxillaires et mandibulaires de la bouche, édentées à l'origine, sont traversées deux fois, par les dents lactéales d'abord, et les dents définitives ensuite, faites pour mordre, déchirer et parfois... séduire, au sens propre et symbolique. La denture joue donc un rôle important en physiologie (cf. occlusion) et en pathologie (cf. bruxisme), dans la communication (langage, mimique...), le symbolisme et l'esthétique naturelle (82).

Aussi, les dents ont différentes fonctions : instrumentale, défensive, ornementale (2, 61, 72).

II.1. La fonction instrumentale (1, 2, 61, 72)

Les dents sont un instrument important servant à la mastication et à la phonation. Au-delà de leur indiscutable valeur physiologique, ces deux fonctions revêtent une importance émotive et affective : la perte de la fonction masticatrice influe profondément sur l'image de soi ; le dentier est perçu comme le premier signe de vieillissement, plus dramatique que la calvitie ou la presbytie.

En outre, l'altération de la fonction phonatrice, fortement influencée par la dentition, peut elle aussi conduire (surtout chez les enfants) à des moqueries de la part des camarades d'école et par conséquent à la marginalisation sociale.

II.2. La fonction défensive (2, 10, 40, 61, 72)

On retrouve le mot « dent » dans beaucoup d'expressions, chargées de symboles, d'agressivité et de puissance, connotées négativement (« montrer les dents », « avoir une dent contre quelqu'un »). Ce sont des notions anciennes dans lesquelles les dents représentent un système de défense comme chez les animaux, car en des temps primitifs, la dent était également une arme.

La fonction défensive des dents et par extension l'agressivité et l'attitude prédatrice dans l'espèce humaine tend à disparaître avec le développement de la civilisation. Les mécanismes de défense et d'agression deviennent plus indirects.

Cependant, la fonction symbolique de défense subsiste chez certaines personnes qui se servent de leurs dents pour se protéger. Les dents deviennent une barrière face à l'intimité et à la sexualité ; instinctivement, la bouche reste fermée pour se défendre de toute intrusion.

Si la composante agressive de la morsure est réduite dans son aspect physique et concret, le syndrome des dents serrées ou « l'érotisation du non » traduit un autre type d'agressivité ; il s'agit de l'agressivité d'opposition et du plaisir d'être un « esprit de contradiction ». Ainsi, les dents serrées, bloquant l'entrée de la bouche, expriment une défense symbolique contre l'interaction affective et sexuelle.

II.3. La fonction ornementale (1, 2, 10, 13, 14, 33, 34, 40, 44, 61, 72, 82)

Depuis la préhistoire, les dents ont été utilisées comme amulettes ou pour faire des colliers qui protégeraient la personne qui le porte. En effet, la dent, partie apparente du squelette, est le seul organe du corps humain visible aussi bien chez les vivants que chez les morts. Pour les sociétés traditionnelles, la dent a un pouvoir magique, symbole d'éternité et d'invulnérabilité. De plus, elle offre une image de jeunesse, de virilité ou de séduction féminine. Elle acquiert ainsi, au-delà de sa valeur ornementale, une valeur hautement symbolique.

Des mutilations dentaires volontaires et rituelles ont aussi été décrites. En Australie, certaines tribus primitives procèdent à l'avulsion d'une dent comme rite de puberté, qui indique le passage de l'adolescent initié de l'état d'enfant à l'état d'homme. C'est l'équivalent de la circoncision d'autres tribus et un substitut symbolique de la castration.

Elles s'insèrent dans l'inconscient collectif, évoluent et se différencient dans les différentes sociétés humaines. Les mutilations peuvent être des signes de distinction, d'identité, de pouvoir et de rang social, mais aussi des éléments esthétiques et des moyens de séduction.

Pour les psychanalystes, la chute d'une dent ou une extraction peut être assimilée à la castration. Cela explique certaines peurs irrationnelles difficiles à combattre puisque leurs racines sont inconscientes et enfouies profondément (Voir peur du chirurgien-dentiste).

<p>La fonction esthétique des dents devient de plus en plus importante au fur et à mesure que la fonction physiologique primitive défensive s'atténue.</p>

Dans notre société moderne, l'esthétique est au premier plan. L'apparence physique, l'image corporelle est d'une grande importance, notamment celle du visage et de la bouche.

Au sein d'une société rythmée par des cadences rapides, le premier coup d'œil doit suffire à jauger le potentiel d'autrui. Les acteurs, les hommes politiques et autres personnalités publiques se servent de leur denture comme d'une carte de visite.

D'autre part, comme nous l'avons déjà signalé plus haut, les lèvres, les dents, le sourire donc la bouche ont un rôle dans la communication, dans la relation aux autres, dans l'expression, la séduction, la sensualité et la sexualité. En effet, alors qu'autrefois il était inconvenant de montrer ses dents, aujourd'hui, le sourire est porteur que ce soit dans la publicité ou les entretiens d'embauche...

Un sourire blanc, éclatant, est un signe de bonne santé physique mais aussi morale. Ainsi, dans les entretiens de recrutement, celui qui rayonne et a un sourire éclatant, avec les mêmes compétences, va probablement faire l'affaire. Cette demande esthétique est représentative de la prise de conscience que de belles dents comptent dans la manière dont la personne est perçue.

Par ailleurs, le narcissisme est souvent lié à la couleur blanche de la denture. Les dents blanches ont toujours été un objet d'estime (fig. 7).



Figure 7 : Le sourire blanc (<http://www.healthinsurancetoolkit.com/prod04.htm>)

De part leur fonction ornementale, « la manière même dont un individu soigne l'hygiène et l'esthétique de sa denture peut être pris comme indice de son degré d'estime de soi ».

Le chirurgien-dentiste, dans son approche du patient, ne doit oublier la place unique de la bouche dans le schéma corporel, dans la construction psychique et l'inconscient collectif. Il est indispensable de considérer cet aspect afin qu'il ne vienne pas interférer avec son exercice. En traitant la bouche du patient, il doit donc comprendre et se rappeler que ses actions ne sont pas neutres et peuvent être ressenties avec une vive acuité.

LA PLACE DE LA PSYCHOLOGIE MEDICALE EN ODONTOLOGIE

Considérer les relations entre le corps et l'esprit, le symbolisme de la bouche et des dents chez le patient comme chez le praticien, semble un préalable et un atout pour améliorer les relations entre les chirurgiens-dentistes et leurs patients. Les facteurs relationnels interviennent largement dans le soin, au même titre que les éléments sémiologiques. Mais quels sont exactement les différents facteurs à prendre en compte dans la relation entre le praticien et son patient ?

Pour PEQUIGNOT et GATARD (1976), « rien n'a préparé le malade à son « métier » de malade... (Il) représente pour le médecin un interlocuteur légitimement « coriace »... C'est au médecin de réussir la relation thérapeutique, il ne peut agir que sur lui-même. C'est par son attitude que le médecin peut changer celle du malade et apprendre à manier cette relation thérapeutique est devenu aussi nécessaire et probablement plus difficile qu'apprendre la posologie correcte des corticoïdes, des anticoagulants... »

Pour BENSALD (1974) : « ce qui rend la médecine générale irremplaçable déborde du schéma : le malade s'assied, le médecin écoute, fait le diagnostic... » Il s'inspire du docteur BALINT, psychiatre anglais à l'initiative de travaux dans les années 50 sur les relations médecins-malades et la pratique médicale, confrontant une inspiration psychanalytique et la pratique des médecins généralistes.

BALINT (1996) est à l'origine de différents concepts :

- la notion de « niveaux de diagnostic » : elle oppose le diagnostic focal au diagnostic approfondi ; le premier est centré sur la plainte ou la maladie du patient. Il en résulte un traitement codifié et adapté ; tandis que le second inclut l'ensemble des interrelations créées par le médecin et son patient (histoire du malade, de sa famille, du lieu...). Il y correspond une réponse médicale unique et adaptée au patient ;

- la relation malade-maladie : elle prend corps avant même que la rencontre avec le médecin n'ait eu lieu ;

- la relation de soins : elle est conçue comme un compromis entre la réponse du médecin et l'offre du patient. La maladie ou le symptôme est l'occasion d'un colloque singulier entre patient et médecin ;

- la notion de « remède-médecin » : BALINT considère le fait que le médecin lui-même, par son comportement, peut avoir des effets thérapeutiques positifs ou négatifs sur son patient, comme tout médicament. Autant il peut le soulager par sa personnalité, son attitude (notamment son écoute), autant, il peut avoir des effets indésirables sur son patient si la relation de soin est insatisfaisante pour le patient.

- la fonction apostolique : elle tient compte du fait que le médecin avait une idée déterminée, préconçue de l'attitude du patient.

« *Tout médecin possède la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer, de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, agit comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients* » BALINT (1996).

- la « compagnie d'investissement mutuel » : le praticien et le patient concourent chacun à leur avantage mutuel tout au long des années de leur relation c'est-à-dire qu'ils participent chacun à la qualité de la relation. Cela suppose un engagement de leur part et une confiance réciproque. Le suivi des patients implique une évolution de cette relation mais aussi une éventuelle chronicisation des symptômes, une dépendance du patient envers son praticien en l'absence d'une distance thérapeutique adéquate.

BALINT réétudie donc complètement les relations entre le médecin, le malade et la maladie. Ces considérations nous permettent d'introduire les éléments de la psychologie médicale, dont le mécanisme se déroule en 4 temps (45, 47, 50, 61) :

- la préoccupation de la fonction ou des dysfonctions des organes (bouche et/ou dents). Ce sont les bases biologiques (partie réduite, réductionniste) ;

- la psychologie du patient : intérêt porté non plus à un organe malade mais à la personne souffrante, arrivant avec sa douleur physique mais aussi sa souffrance psychique, son anxiété vis-à-vis du chirurgien-dentiste. Si le patient présente une maladie psychosomatique centrée sur la bouche, dans ce cas, sa personnalité sera aussi importante que l'organe cible ;

- la relation patient-chirurgien-dentiste : attention portée sur la relation que le soigné développe avec le monde des soignants, celle-ci présentant une riche typologie (développée dans la cinquième partie) ;

- la psychologie du chirurgien-dentiste : intérêt porté sur sa personnalité, ses motivations professionnelles, son équilibre psychique, sa capacité à gérer un métier stressant. La personnalité d'un chirurgien-dentiste n'est pratiquement jamais considérée comme un facteur à prendre en compte dans l'action thérapeutique sur les patients.

Pourquoi la psychologie médicale ? (10, 39, 45, 47, 48, 50, 61, 69, 71, 74)

La demande du patient en Chirurgie dentaire implique la recherche d'une qualité de vie. Ainsi la psychologie médicale est indispensable à la formation du chirurgien-dentiste. Elle ne s'adresse pas à la psychopathologie, mais à la souffrance humaine. Même si ce métier est technique, spécialisé, sa pratique ne doit pas être exclusivement centrée sur les aspects organiques de la pathologie. Qu'il le veuille ou non, il finira par prendre en charge la personnalité du patient.

L'approche par la psychologie médicale tient compte de trois éléments :

- le contexte thérapeutique, l'environnement au cabinet dentaire (milieu professionnel, présence d'assistante, atmosphère générale, salle d'attente) ;

- la psychologie du patient (le praticien doit considérer la pathologie du patient mais aussi son histoire et sa personnalité) ;

- la psychologie du chirurgien-dentiste et ses motivations : sa capacité à voir, recevoir, comment il appréhende le comportement du patient...

Il est important de contrôler les paramètres de la relation patient-praticien, afin d'empêcher des fautes professionnelles et des surprises désagréables comme des pertes d'honoraires ou même des conséquences émotionnelles inattendues et non voulues.

I. Le contexte, l'environnement au cabinet dentaire

I.1. Généralités (1, 2, 14, 41, 46, 48, 52, 57, 61, 66, 76, 82)

L'environnement désigne tout ce qui se trouve autour du patient dès qu'il entre au cabinet dentaire. Il inclut l'équipe soignante (assistante...) et des éléments physiques (matériel, locaux, décoration, environnement sonore...). Il est possible, par l'atmosphère du cabinet, de transmettre des émotions. Par l'intermédiaire des sons, des formes et des couleurs, on peut envoyer des messages pouvant influencer agréablement ou non les sentiments éprouvés par le patient.

Le cabinet peut être utilisé comme un moyen de communication.
--

L'environnement peut permettre au patient de relativiser une situation de stress et d'anxiété et de l'aider à la compréhension et à l'acceptation de sa douleur sans en éprouver de l'angoisse.

L'aspect des lieux est à considérer, car la compétence professionnelle du praticien n'est pas facile à apprécier et ne pourra être estimée que 5 ou 10 ans plus tard. Les patients sont susceptibles de confondre la tenue d'un cabinet, sa décoration et sa propreté au savoir-faire du praticien par besoin d'évaluer les capacités du praticien. Même si 61% des sujets interviewés ne trouvent rien à redire sur les lieux, 38% sont moyennement ou peu satisfaits. C'est pourquoi certains chirurgiens-dentistes soignent particulièrement leur image professionnelle.

L'environnement du cabinet permet au patient d'entrevoir la personnalité du praticien. Il est indispensable que le patient perçoive l'individu caché derrière la blouse blanche. Une touche

personnelle dans un cabinet dentaire pourrait permettre au patient de se rapprocher un peu de son praticien.

On doit s'efforcer de créer une ambiance agréable où le patient puisse se sentir bienvenu et confortable. En effet, les conditions physiques externes influencent la communication naissante entre le praticien et son patient. Le praticien doit veiller à créer un environnement qui facilite la communication avec son patient, soigner l'ambiance, l'accessibilité des lieux, le décor, l'habillement...

Pour le patient, l'interprétation affective des messages reçus de l'environnement permet de les classer selon l'aspect positif ou négatif ressenti. Les réactions affectives se manifestent sur le comportement. Une signification aux stimuli reçus est donnée en fonction de ce qui se trouve stocké dans la mémoire. Cette composante est d'importance au cabinet qui possède un grand nombre d'éléments sensoriels qui n'entraîne pas systématiquement une réponse immédiate. Ainsi, l'odeur de l'eugénol n'a pas de conséquence particulière mais est mémorisée. Si le patient ressent de la douleur rattachée à cette odeur, il va assimiler odeur et douleur. Une odeur d'eugénol prononcée lors d'un autre soin pourra faire réapparaître une angoisse liée à la mémoire de cette expérience.

Pour le praticien, le but est d'organiser le cabinet selon la perception du patient c'est-à-dire ce qu'il voit, ce qu'il entend, ce qu'il sent en veillant aux premières impressions visuelles, auditives et odorantes reçues.

I.2. L'accueil

L'accueil téléphonique (1, 4, 12, 14, 52, 76)

L'accueil téléphonique est le premier moment de communication avec le patient. « Nous n'avons pas une seconde chance de faire une première bonne impression. » En effet, dès l'appel téléphonique, la personne qui répond doit réussir à faire passer le message que le cabinet est différent. La personne qui appelle peut avoir déjà consulté plusieurs chirurgiens-dentistes différents et/ou présenter une odontophobie. La prise de contact doit être particulière, il faut savoir interpréter ses anxiétés, le rassurer et donner l'impression au patient que lorsqu'il arrivera, il sera encadré, protégé.

La première conversation téléphonique est représentative de l'équipe soignante, une véritable occasion pour le cabinet d'établir une relation de confiance vis à vis du patient.

L'accueil au cabinet (1, 2, 41, 48, 52, 61, 82)

L'accueil au cabinet constitue lui-aussi une étape déterminante pour le patient. La qualité de cet accueil dépend d'une série d'éléments physiques et humains essentiels pour l'image du cabinet perçue par le patient.

L'accueil peut se faire par le praticien, ou la secrétaire, l'assistante. La discrétion, la propreté, l'attitude chaleureuse et compréhensive constituent les impératifs auxquelles doit répondre l'assistante. Sa disponibilité et sa patience représentent également des atouts non négligeables. Son rôle est de rassurer, et dans une équipe bien rôdée, elle peut constituer la contrepartie de l'autorité du praticien. Son attitude satisfait, d'après un sondage ADF-SOFRES (1998), 87% des sujets interrogés.

I.3. La salle d'attente

C'est le lieu où le patient attend le praticien avant l'entrée dans la salle de soins. Il s'agit de l'occuper, de le distraire, dans un cadre apaisant et rassurant, pour prévenir son stress ou ses angoisses. La salle d'attente doit être tranquille, confortable, accueillante pour pouvoir se détendre et faire oublier le retard si possible. Pour cela, des éléments physiques perçus par le patient seront aménagés à cet effet (1, 2).

Les éléments visuels et décoratifs (1, 2, 27, 46, 52, 61)

- le style et ambiance : ils peuvent susciter la convivialité, la détente, favoriser la distraction...
- les couleurs : l'influence physiologique et psychologique des couleurs peut être exploitée pour décorer le cabinet. Les couleurs froides issues du bleu et du vert sont apaisantes et tranquillissantes, ou alors peuvent procurer un sentiment de solitude, de tristesse et de mélancolie. Les couleurs chaudes issues du rouge au jaune sont rayonnantes et gaies, peuvent être stimulantes mais aussi anxiogènes et attiser des sentiments de colère, de plainte et de réclamation ou de révolte (fig. 8 et 9).
- la luminosité : l'atmosphère doit être douce, chaleureuse, conviviale pour assurer l'intimité, sans négliger la restitution des couleurs et le confort visuel. Une pièce peu éclairée peut entraîner un sentiment d'insécurité et de crainte, et par conséquent une communication inefficace. Au contraire, une pièce trop éclairée rend introverti, conduisant le patient à se replier sur lui-même, surtout s'il est timide, d'où une communication inopérante.
- la décoration : elle attire toujours l'attention du patient ou éveille sa curiosité, le détournant temporairement de ses inquiétudes. Elle laisse entrevoir les goûts du praticien, le rendant (parfois !) plus humain et accessible. Des tableaux ou des affiches accessibles atténuent le caractère médical du lieu.
- les divertissements : revues diverses, jouets, DVD qui illustrent les conseils d'hygiène dentaire ou fournissent les épisodes de la dernière série télévisé, des dessins animés pour enfants...



Figure 8 : La salle d'attente (<http://cabnicoquyen.over-blog.com/categorie-10571080.html>) : la couleur bleu pastel de la pièce rend la pièce « froide », ce qui peut susciter chez le patient des sentiments de solitude voire de crainte.

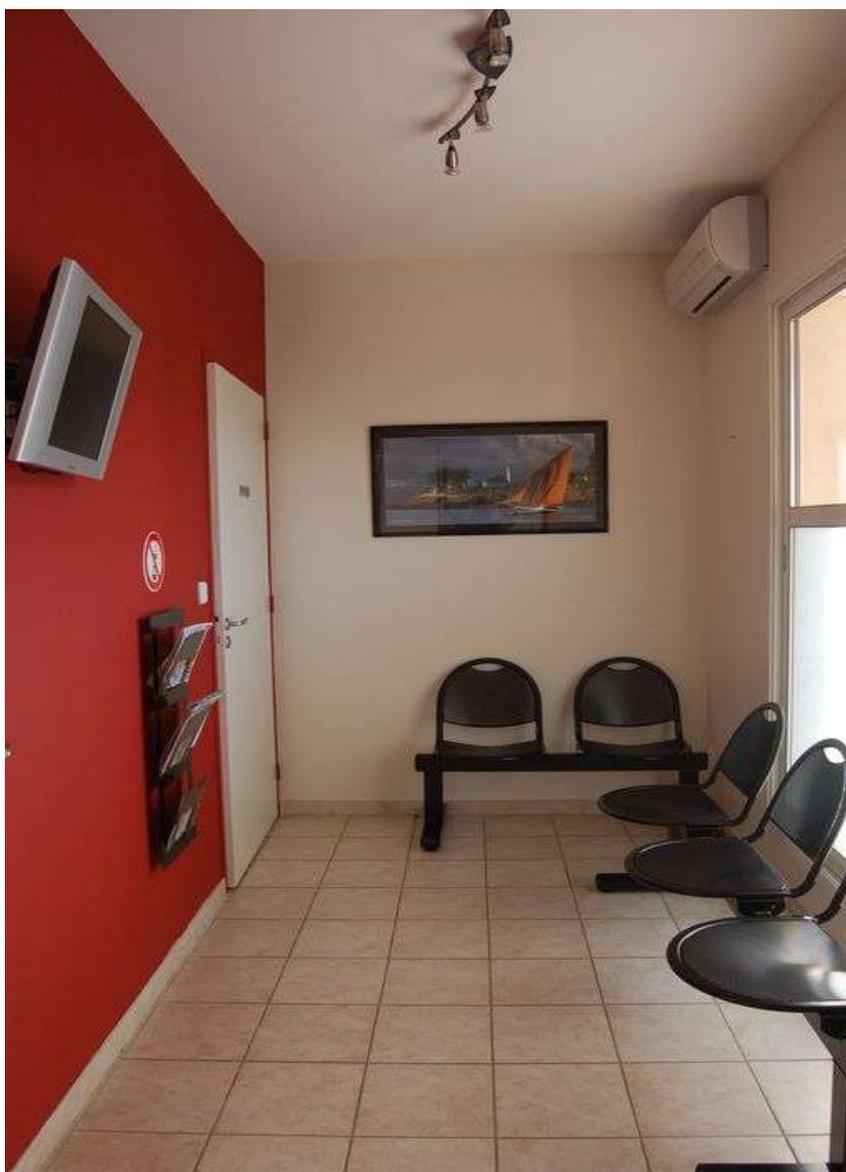


Figure 9 : La salle d'attente (<http://www.dr-laurent-soubiron.chirurgiens-dentistes.fr/cabinet.php>) : contrairement à la salle d'attente précédente, la couleur rouge du mur rend la pièce plus « chaude », c'est-à-dire plus accueillante. De plus, la présence du tableau à caractère non médical, de revues, de l'écran de télévision permettant la diffusion de dessins animés, séries voire de films de conseils d'hygiène, etc. constituent de nombreux moyens de divertissements pour les patients.

Les éléments auditifs (1, 2, 61)

L'audition joue un rôle manifeste dans la vie relationnelle et affective.

Le bruit peut entraîner des modifications physiologiques et psychiques chez la personne exposée. Les modifications physiologiques peuvent être oculaires, respiratoires ou cardiovasculaires et correspondent aux effets du stress généré par le bruit sur l'organisme. Les modifications psychiques

sont variables et dépendent de la susceptibilité individuelle. Même si le patient est moins exposé que le praticien, le bruit peut constituer une gêne qui se manifeste par de l'hostilité, une angoisse ou une fatigue accrue. Les bruits de la turbine, du compresseur et de l'aspiration représentent une agression pour le patient qui peut les vivre comme une souffrance. De plus, si une douleur est associée à un bruit particulier, dès que le patient entendra ce bruit, il pensera à la douleur. Les premières impressions sont intégrées et mémorisées.

Une relation de confiance de qualité entre le patient et le chirurgien-dentiste permet d'établir une compliance (adhérence, collaboration du patient au traitement) du patient qui accepte l'utilisation de ces instruments dans la cavité buccale.

Une musique de fond peut aussi aider le patient à se détendre et à se relaxer ; la musique, doit être douce telles que les musiques d'ambiance ou musiques classiques.

Les éléments odorants (2)

Ils sont eux-aussi, empreints de subjectivité et mémorisés (cf. paragraphe dans les généralités). Une odeur peut être en relation avec un contexte émotionnel, propre à chacun et variable selon l'état physiologique et l'environnement. Il existe des odeurs immédiatement liées à l'odontologie (eugénol, dentine « brulée »...).

Les autres moyens de communication ou d'accueil : le temps et l'attente (2, 14, 41, 61, 76)

La durée des séances de soins satisfait 84% des patients, contre 15% de mécontents. Actuellement, les patients restent sur le fauteuil vingt-cinq minutes, mais supportent difficilement d'y demeurer plus de quarante minutes. Le chirurgien-dentiste doit chercher à connaître les préférences de son patient : convenir d'un autre rendez-vous, si nécessaire, pour ne pas lui faire subir une séance trop longue.

Globalement, les patients (71%) sont contents des délais d'attente au moment de la prise de rendez-vous. Toutefois, 29% d'entre eux ne le sont que moyennement ou peu. D'après le sondage ADF-Sofres fait en 1998, ils patientent en moyenne huit jours ; un délai supérieur à douze jours n'est pas admissible. L'idéal serait de ne pas excéder une attente de six jours.

De même, 27% des sujets interrogés ne sont que moyennement ou peu satisfaits du temps passé en salle d'attente, contre 69% de réponses positives.

L'attente permet au patient de se remettre d'une fatigue ou de faire baisser une tension excessive consécutive à des efforts précédant l'arrivée. Durant les quelques minutes qui précèdent la séance, le patient trouve un espace pour se relâcher, se détendre. Le caractère indispensable de ce temps d'accommodation ne doit pas l'amener à durer car on peut vite arriver à des réactions émotionnelles comme l'anxiété, l'impatience voire l'excitation et l'appréhension. L'afflux de la

clientèle est bien dosé, pour éviter au patient le sentiment d'être seul, mais aussi le stress de longues attentes.

Le respect des horaires de rendez-vous est une manière implicite et courtoise de faire comprendre au patient que le chirurgien-dentiste prend en compte son temps. Le temps optimal d'attente se situe entre 8 et 10 minutes. En deçà, le patient n'est pas préparé à la séance de soin. La transition est trop rapide, empêchant le patient de s'imprégner de l'ambiance du cabinet. Il existe un décalage entre le milieu extérieur et l'atmosphère close du cabinet. Au-delà de dix minutes d'attente, le chirurgien-dentiste doit expliquer à son patient les raisons du retard et lui présenter des excuses. Au-delà de plus de 20 minutes, l'insatisfaction du patient risque d'augmenter.

I.4. La salle de soins

Les notions développées sur les éléments visuels, auditifs et olfactifs intéressent également la salle de soins. Là aussi, les conditions externes doivent être aménagées avec soin. L'atmosphère ne doit pas accentuer une éventuelle tension (fig. 10) (2, 14).

Les éléments visuels et décoratifs (2, 14, 46, 66, 82)

Des couleurs sobres, un éclairage adéquat, un ameublement discret rendent l'environnement plus favorable à la communication. Une pièce trop éclairée inconmode, une pièce trop chargée procure des distractions ; un mobilier trop luxueux accentue les différences sociales... Le décor doit fournir des conditions propices à la communication. L'environnement doit prévenir toute notion d'agressivité, aussi bien la décoration murale que picturale.

La préparation du plateau d'intervention doit se faire de façon discrète et ordonnée en évitant la vue des aiguilles, des seringues, des daviers... qui doivent être dissimulés au mieux. Les plans de travail doivent être exempts de tout objet à connotation agressive. Ceci permet de prévenir le risque d'anxiété du patient.



Figure 10 : La salle de soins (<http://www.irisdentaire.fr/AMENAGEMENT.html>)

Les éléments auditifs (2)

Le bruit des instruments rotatifs, du compresseur, de l'aspiration, les mouvements du personnel, les appels téléphoniques, les interruptions imprévues peuvent indisposer le patient. Avertir le patient d'un bruit désagréable lié à l'intervention demeure la meilleure solution, notamment lors de la mise en marche de l'instrumentation rotative ou de l'aspiration. C'est souvent l'imprévisibilité plus que le bruit lui-même qui est source de gêne pour le patient.

Les éléments odorants (66, 82)

Les odeurs prononcées d'antiseptiques sont à éviter aussi bien les savons et les crèmes de toilettes. Des liquides agréablement parfumés pour le rinçage de la bouche peuvent satisfaire à la fois le patient et le chirurgien-dentiste.

Dire, montrer, faire (TDS: tell, show, do) (1, 66, 82)

L'entrée dans la salle de soins est une confrontation à l'inconnu pouvant susciter la peur et l'anxiété, notamment chez les enfants. Il faut éliminer le facteur inconnu en laissant le temps au patient de regarder, de s'adapter, de se familiariser avec la salle : pré-exposition et désensibilisation.

TELL, SHOW, DO signifie expliquer, montrer, faire ce qu'on a dit, ce qu'on a montré. Expliquer, c'est motiver, le patient sera plus apte à comprendre, donc à mieux se comporter, si on le motive, si on lui explique le pourquoi et le comment de l'acte thérapeutique.

II. Le patient

Le plus souvent, rien n'est dit, ou bien peu, de la psychologie du patient, de son comportement, de ce qu'il peut comprendre (même si la notion de consentement éclairé est ébauchée), de ce qu'il peut percevoir en fonction de ses aptitudes. Il est indispensable de considérer ce que le patient est capable de vivre au cours du traitement, de sa participation active et non passive (5, 65).

Nos traitements ont évolué vers une haute technicité. Le patient peut-il répondre aux exigences technologiques, physiques, financières, ou matérielles des traitements ? Quel que soit le type de patients, coopérant ou difficile, le praticien doit au préalable s'attacher à cerner sa personnalité. La technicité du soin doit être banalisée par rapport à l'approche relationnelle, toujours favorisée (41, 65, 82).

Tenir compte du contexte socio-économique du patient est une des composantes essentielles de la réussite du traitement (65).

II.1. Les types de patient

Pour les individus qui présentent des traits de personnalité marqués, sans revêtir de caractère pathologique, un type ou un profil de personnalité est évoquée, traduisant une inadaptation plus ou moins importante du sujet à l'environnement et aux relations affectives et sociales et témoignant d'une souffrance psychique (40, 57).

Il s'agit de considérer le profil psychologique, la personnalité du patient dont nous avons pu voir l'importance dans la relation de soins. A noter que dans ce catalogue non exhaustif des types de patients que le chirurgien-dentiste rencontre au cabinet, il n'y est pas mentionné les enfants, les personnes âgées, les handicapés physiques ou mentaux, qui sont des catégories particulières et qui nécessitent la plupart du temps une approche spécifique.

Aucune classification ne peut rendre compte de la complexité du fonctionnement psychique d'un individu, mais il est intéressant pour le praticien de repérer un certain nombre de particularités de l'organisation mentale du patient qui influencent la relation de soins et la rendent difficiles parfois, afin de mieux s'y adapter (52, 57).

Pourquoi le patient consulte-il ? (61)

Certaines plaintes sont purement fonctionnelles : les patients ont mal, ils souffrent d'un défaut esthétique et ils demandent au spécialiste de les aider à retrouver l'équilibre fonctionnel et esthétique perdu.

Certains patients consultent parce qu'ils ne peuvent faire autrement. Leur méfiance et leur peur s'expriment par des rendez-vous manqués ou, une fois sur le fauteuil du chirurgien-dentiste, des comportements non verbaux qui expriment le stress ou des tensions musculaires.

D'autres exposent dans leurs relations avec le praticien la soumission, l'insatisfaction ou le besoin de plaire.

Et certains consultent dans le cadre d'un rapport de confiance : le soignant fait partie des relations humaines qui remplissent leur vie.

Quelques exemples typologiques (2, 52, 57, 61, 82)

1) **idéal, coopérant** : le patient « idéal » est obéissant et consciencieux, il est en confiance donc il n'y a pas d'effort du patient pour se faire soigner et pas d'effort du chirurgien-dentiste pour le soigner. Les rapports sont bons aussi bien sur le plan professionnel qu'humain. Cela rend le travail du praticien plus valorisant et plus encourageant. Le patient idéal n'est pas celui qui est « soumis » (qui arrive, écoute, « subit », paie et s'en va), il crée une interaction en participant de manière active au traitement. En retour, il obtient un meilleur résultat de son chirurgien-dentiste : lorsque de bons rapports ont été établis, le spécialiste travaille au mieux de ses compétences.

2) **impatient** : pour ce patient, il faudrait aller vite, que tous les soins se fassent en une seule séance car il a d'autres rendez-vous. Il exerce une pression sur le chirurgien-dentiste. Il faut lui expliquer que le travail ne peut se faire en une seule fois pour obtenir un bon résultat et lui décrire les étapes du traitement.

3) **méfiant, jamais content, agressif** : c'est celui qui critique le travail des chirurgiens-dentistes consultés précédemment ; il proteste contre les honoraires du chirurgien-dentiste « qui sont beaucoup trop élevés » et s'entretient avec la secrétaire sur les honoraires ; il exprime son manque de confiance en lui et met en doute la qualité de ses travaux. C'est le profil du patient qui a consulté un autre spécialiste pour avoir un deuxième avis ; il parle sans arrêt et pose les mêmes questions ; il éprouve du dégoût à accepter le plan de traitement... Il manifeste un comportement négatif indéniable, il met la

patience du praticien à rude épreuve car il remet en cause ses compétences. Celui-ci se sent agressé et remis en question dans sa profession.

Il faut éviter de répondre par l'agressivité. Pour tenter de gagner sa confiance, il faut lui fournir des explications à chaque étape afin de lutter contre son scepticisme. Dans la mesure du possible, une attitude adaptée consiste à reconnaître et nommer l'émotion du patient, à ne pas refuser le dialogue. Si la relation de confiance n'a pu être établie, il est préférable de renoncer et de rompre tout contact. Peut-être qu'à ce moment, l'attitude, négative jusqu'alors, se transformera radicalement.

4) instable et manipulateur : il veut tout contrôler, gérer toutes les situations : premier rendez-vous décommandé pour un autre et se plaint d'avoir à attendre... Il arrive en retard ou ne se présente pas du tout, sans prévenir... Il persiste à vouloir imposer au praticien le déroulement du traitement. Une explication devient vite nécessaire pour rétablir des relations correctes avec le patient et stopper sa tentative de s'ériger en maître de la situation, avec des conséquences nuisibles sur le déroulement des soins. Si le praticien n'obtient pas le consentement du patient alors qu'il lui a expliqué clairement les étapes du processus thérapeutique et les délais de réalisation, il doit cesser cette relation thérapeutique, empêchant ainsi toute possibilité de litiges, préjudiciables aussi bien à la qualité des soins qu'à son image.

5) séducteur : Il joue un rôle qu'il veut sympathique, amical, séducteur. Sa familiarité doit nous alerter, nous mettre en garde. Excessif dans son affection pour le chirurgien-dentiste, dans son langage, il nous alertera par ses doléances injustifiées. Il est dangereux par son excès d'amitié que par ses réactions exagérées à la (moindre blessure...). Les femmes peuvent être romantiques voire érotiques (vêtements très moulants, jupe courte) ce qui peut entraîner des complications dans ses relations avec elles. Dans ces cas semblables, la présence de l'assistante dans le cabinet est une aide précieuse pour garder sous contrôle des situations qui pourrait dévier... Il faut être ferme, ne rien promettre, éviter les discussions.

6) anxieux et inquiet (ceci sera détaillé dans la peur du chirurgien-dentiste)

II.2.La peur du chirurgien-dentiste

II.2.1.Les généralités sur la peur (1, 14, 19, 20, 66, 67, 82)

La peur est une émotion qui fait partie intégrante de la vie dès son début, se manifestant par des réactions physiques et psychiques plus ou moins contrôlées par la raison et l'expérience des situations avec l'âge. Elle touche enfants et adultes. Seules les causes de la peur changent avec l'âge.

Les peurs archaïques sont le propre de l'enfant. Elles ne sont pas pathologiques, elles sont normales : elles disparaissent au fur et à mesure que la pensée de l'enfant se développe, au fur et à mesure de sa maturation psychique et physique. Chez l'adulte, ces peurs archaïques ont en principe disparu, mais elles sont remplacées par d'autres, en général plus objectives. Un stimulus physique,

reconnu porteur de danger ou d'inconnu, par exemple un acte opératoire, génère une « peur objective » qui va céder aisément à une explication ou à une démonstration réussie.

La peur normale est vitale : elle préserve l'organisme et/ou le psychisme contre une attaque réellement dangereuse en déclenchant des réactions de défense ou de fuite chez l'individu. L'imagination entraîne une « peur subjective ». L'insécurité demande au patient un effort pour être acceptée et rationalisée, sinon elle amène une situation conflictuelle avec des refus, de l'autoritarisme ou/et de l'agressivité. Cette peur subjective est renforcée par un sentiment de culpabilité. La maladie peut être ressentie comme une punition. Le chirurgien-dentiste devient alors celui qui punit. Le patient tend toujours à interpréter les soins dans un sens agressif et punitif, et par conséquent ils peuvent provoquer son anxiété ou peur pathologique.

Dans ces définitions, on voit donc apparaître une distinction majeure à faire entre la peur « émotion normale » et l'anxiété « émotion pathologique ». La peur serait une émotion fondamentale dans le sens d'émotion de base, ou innée, propre à chaque espèce vivante. Il serait facile de la définir et de la reconnaître par les stimuli (objets, situations, états...) qui la suscitent. À l'opposé, « l'anxiété » serait une peur sans objet identifiable, dépourvue de logique apparente et serait donc liée à un ensemble d'objets indéfinis, voire indéfinissables.

Dans le premier cas, le comportement nous apparaît comme compréhensible (la peur de l'anesthésie, la peur de l'extraction) et nous sommes facilement motivés pour intervenir. Dans le deuxième cas, l'incompréhension du comportement a vite fait de nous offrir la tentation de ne pas en tenir compte, voire de nous irriter (le cas de certaines phobies, par exemple).

Or, il faut comprendre que la peur est en amont de l'anxiété : elle peut par sa répétition dans le temps ou par son intensité à des moments où le patient ne peut y faire face, être à l'origine de l'angoisse.

Une préparation psychologique contribue à réduire l'anxiété et donc à éviter les conséquences souvent désastreuses : on ne se rend guère compte des idées anxiogènes et culpabilisantes qui peuvent troubler le patient et de nature à le sensibiliser profondément pour de nombreuses années.

II.2.2. La peur du chirurgien-dentiste (1, 4, 10, 14, 19, 20, 27, 40, 46, 61, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 82)

La peur et l'anxiété sont probablement les deux plus importants obstacles émotionnels contre lesquels le chirurgien-dentiste doit lutter (14, 66, 82).

Certaines personnes ne peuvent tolérer l'idée du recours à un chirurgien-dentiste et évitent cette situation. Certains attendent que la situation devienne intolérable avant de se résoudre à prendre rendez-vous. Ils vont même parfois jusqu'à supporter une douleur bien supérieure à celle que peut causer le traitement. Ces comportements irrationnels d'évitement ou de fuite sont fréquents.

Or la non régularité des visites ainsi que le délai trop long entre le moment où le patient ressent un malaise et celui où il consulte le chirurgien-dentiste ne favorisent pas un diagnostic précoce éviteraient au patient d'avoir à subir des traitements plus importants, onéreux, et dans certains cas douloureux, tout en lui permettant de conserver ses dents.

La peur est un des facteurs les plus importants de la mauvaise santé bucco-dentaire et aura un retentissement sur la qualité de la relation du patient avec le chirurgien-dentiste.

La peur du chirurgien-dentiste peut aller de la simple appréhension à la phobie vraie. 20 à 30 % des patients seraient concernés, négligent les soins bucco-dentaires par crainte de la douleur, certains présentant des états bucco-dentaires déplorables.

Probablement liée à l'origine, à la peur de la douleur, elle concerne également la peur des instruments (dans 2/3 des cas), des actes, et celle du praticien.

Cette peur est irrationnelle, non proportionnelle avec les actes thérapeutiques envisagés, variable d'un patient à l'autre et pour un même patient variable d'une dent à l'autre.

D'autres peurs, moins spécifiques peuvent expliquer la rareté des visites chez le chirurgien-dentiste : peur du sang, peur d'être mutilé, châtré, peur de mourir, angoisse de respiration, etc.

La douleur et la peur (1, 9, 19, 20, 27, 46, 58, 61, 67, 68, 70, 72)

« On souffre davantage de ce que l'on craint de ce que l'on éprouve » MONTAIGNE (58).

« Qui craint de souffrir, il souffre déjà de ce qu'il craint » MONTAIGNE (58).

« *Quand on cède à la peur du mal, on ressent déjà le mal de la peur* » BEAUMARCHAIS (9).

La peur de la douleur est la cause la plus fréquente des peurs éprouvées à l'égard du praticien. Instinctive, presque automatique provoquée au seul énoncé du mot « chirurgien-dentiste », elle reste bien vivace malgré les progrès considérables réalisés pour la suppression de la douleur per-opératoire.

En effet, concernant les dents, on ne s'attend qu'à une douleur insoutenable, menaçante pour ses fonctions vitales. La douleur causée par une pulpite ou plus familièrement « la rage de dent » est notamment le symbole de la douleur paroxystique.

Par ailleurs, les notions de peur et de douleur sont souvent mêlées ; ainsi le patient est susceptible de confondre les deux : au lieu de dire « j'ai peur », il dira « j'ai mal » car il aura peur d'avoir mal. Autrement dit, avoir peur de la douleur, c'est déjà éprouver de la douleur, la douleur de la peur.

II.2.3. Les origines de la peur

Probablement liée à l'origine, à la peur de la douleur, l'anxiété s'est enracinée dans l'inconscient collectif, entretenue par un ensemble de facteurs, évidents ou plus profonds (19, 20, 67).

Les facteurs évidents

Le patient a pu mémoriser des événements traumatisants, causes prédisposantes, déclenchantes ou aggravantes de la peur du chirurgien-dentiste, dont il faudra tenir compte (1, 39, 67).

1) L'action néfaste de l'entourage (1, 10, 14, 27, 39, 47, 67, 82)

Le patient, en principe, ne redoute pas les soins dentaires si aucun préjugé défavorable ne lui avait été transmis par son entourage. Ses craintes ne sont pas spontanées, elles sont acquises au sein de son milieu familial, social, scolaire ou professionnel.

Si l'entourage connaît le praticien, il peut supposer qu'il a été présenté favorablement à son futur patient. Mais il est possible que l'inquiétude, la peur risquent bien d'avoir été communiquées par ces personnes qui aiment relater des souvenirs dramatisés d'expériences dentaires.

Très souvent, ce sont les parents qui, eux-mêmes atteints de phobies dentaires, en insistant exagérément sur le fait que la première rencontre avec le chirurgien-dentiste n'est pas douloureuse deviennent responsables des premières associations chez l'enfant entre « douleur et chirurgien-dentiste » et risquent de le mettre sur ses gardes. Cela n'empêche pas nécessairement d'aller en consulter, mais peut contribuer à tendre le climat, et souvent à nuire au travail du chirurgien-dentiste.

2) Les interventions douloureuses antérieures (1, 27, 39, 61, 67, 68, 72)

Les conséquences d'expériences dentaires douloureuses et traumatiques durant l'enfance peuvent persister pendant des années et provoquer une odontophobie. Souvent sont relatées des situations d'impuissance où l'enfant est maintenu de force, livré à un praticien pressé d'en finir, vécu associé à une douleur intense.

3) L'attitude du praticien (1, 67)

Le praticien n'est pas toujours capable d'assumer les émotions que ces actes provoquent ; l'anxiété et la peur peuvent être les conséquences de notre « maladresse », notamment par :

- des réprimandes sur la négligence du patient, sa non-coopération ;
- un manque d'explications sur le traitement ;
- une attitude méprisante, antipathique par rapport à l'expression du patient quant à sa peur ou sa douleur.

Les facteurs psychologiques profonds

1) L'angoisse orale précoce (1, 8, 13, 67, 68, 72, 82)

Le premier contact que le patient a eu avec ses dents s'est fait lors de l'éruption des premières dents, et c'est souvent un premier phénomène douloureux et riche en émotions.

L'éruption de la première dent temporaire, à l'intérieur d'une cavité jusque là tapissée d'une muqueuse familière et riche d'expériences de plaisir (vue dans la partie précédente) est un événement traumatique tant pour son caractère éruptif que douloureux.

De plus, elle coïncide avec la première étape de la séparation de l'enfant d'avec la mère. C'est à cette même époque que l'enfant va manifester une crainte devant les étrangers, témoignant de la peur de perdre sa mère. Cette séparation peut être vécue par l'enfant dans l'angoisse de la perte de la mère du fait de l'agressivité des dents. Des sentiments confus de frustration, de culpabilité se rattachent aux dents et la douleur dentaire comporte toujours un arrière fond de châtement.

Ces événements sont susceptibles de laisser des traces mnésiques indélébiles, toujours prêtes à ressurgir au moindre incident dentaire. Ainsi, la peur de la douleur renvoie aux souvenirs des premières percées dentaires.

2) L'angoisse de castration (1, 13, 27, 40, 44, 45, 48, 67, 68, 72)

La chute des dents temporaires a lieu pendant la phase œdipienne, période à laquelle l'enfant peut être confronté à l'angoisse de castration, qui comprend toute angoisse d'atteinte à l'intégrité corporelle. De celle-ci, naissent des craintes de mutilation, de déchirure, de dérapage, etc. Ainsi, il est concevable que toutes interventions dentaires et particulièrement les avulsions dentaires, soient

ressenties comme une agression et vécue comme une perte de l'intégrité physique puisqu'elles renvoient à cette angoisse de castration.

3) La représentation inconsciente du chirurgien-dentiste bourreau (1, 13, 14, 40, 67, 68)

Elle naît du sentiment d'infériorité et d'impuissance liée à la proximité physique, à la position passive et infantile, à l'impossibilité de combattre ou de fuir devant une situation le plus souvent inconnue et potentiellement dangereuse : angoisse d'un châtement imminent.

C'est cet acquis détermine son comportement, et avec lequel il nous faut compter pour établir la relation de confiance préliminaire à tout acte ou traitement dentaire.

II.2.4. Les manifestations de la peur (1, 4, 14, 19, 20, 40, 48, 52, 67, 68)

Le patient peut présenter des manifestations émotionnelles conscientes et/ou inconscientes de la peur, qui varient selon les individus et les circonstances :

- évitement aux soins, manquement à des rendez-vous, annulations à la dernière minute voire départ de la salle d'attente ou du cabinet ;
- tensions musculaires (la peur et l'anxiété provoquent toujours une tension des muscles masticatoires) ;
- tremblements ;
- pâleur ;
- transpiration ;
- sursauts au moindre geste, bruit, contact, odeur ;
- salivation abondante, besoin de cracher, difficulté à ouvrir la bouche, à déglutir, crainte d'étouffement ;
- accélération respiratoire, cardiaque ;
- nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales ;
- lipothymie.

II.2.5. L'attitude du chirurgien-dentiste face à la peur (1, 2, 4, 10, 14, 17, 19, 20, 37, 40, 45, 47, 48, 52, 61, 66, 67, 68, 80, 82)

La peur peut empêcher que les soins se déroulent dans de bonnes conditions. Le praticien qui a appris la contagiosité de la peur ne doit pas faire attendre dans la salle d'attente ce type de patient, qui se tient dans l'attente de ce qui pourrait lui faire mal. Le séjour en salle d'attente offre le moment d'une anticipation à l'égard d'un danger réel ou non puisque l'entrée dans la salle de soins est imminente.

L'attitude la plus adaptée est généralement une attitude d'écoute bienveillante, attentive, centrée sur les préoccupations du patient qui va permettre d'établir une relation de confiance à même de rassurer le patient.

Il doit s'efforcer de comprendre l'émotion de son patient en l'encourageant à exprimer son histoire, ses craintes, ses expériences dentaires antérieures, ses attentes. La recherche, la reconnaissance et la suppression éventuelle des facteurs déclenchants, permettent de prévenir l'apparition d'une peur paralysante. Il doit lui laisser le temps de parler sans impatience, sans manifestation d'agacement, sans le culpabiliser et sans minimiser son anxiété.

Le praticien doit reconnaître la peur de l'autre pour l'aider à avoir moins peur et lui montrer qu'il le comprend. Il devra affirmer croire ce qu'il dit pour l'aider au maximum (ne pas dire : « mais non, vous n'avez pas peur »).

Des explications claires et simples sur ce qui est fait doivent être données afin de ne pas susciter des représentations trop inquiétantes. On s'aperçoit alors que dans la plupart des cas, l'inconnu, l'ignorance, le manque d'information sont les causes principales de l'anxiété car « l'angoisse naît de la perspective et de l'attente du danger même et surtout inconnu, alors que la peur suppose la présence et la connaissance du danger. » Il est toujours préférable d'expliquer longuement le traitement, le nombre de séances, la nécessité de sa participation.

Il faut procéder par étapes, respecter le rythme du patient, en fonction de ses ressources et en restant attentif à ses réactions. Le chirurgien-dentiste doit lui laisser le temps de choisir une position plus confortable, de se rincer la bouche ou de déglutir. Le patient qui veut cracher toutes les 30 minutes en dépit de l'aspiration, libère ainsi son angoisse, par la brève fermeture de la bouche. S'il ne respecte pas ces données, les défenses habituelles sont submergées, il peut y avoir une montée brusque de l'angoisse, cet élément dépassant les possibilités d'adaptation du patient.

Il nécessite beaucoup de patience, il a lieu de prévoir des séances longues et nombreuses. Au fil des séances, il aura de moins en moins peur (on peut s'y appuyer : « vous avez peur, mais vous avez déjà supporté la première étape »).

Le praticien dispose de plusieurs autres moyens pour lutter contre la peur du patient :

- utilisation de divertissements audiovisuels (walkman, TV) ;

- prescription d'anxiolytiques ;

Parfois l'hypnose et enfin l'anesthésie générale peuvent être nécessaires, ainsi qu'un traitement approprié de la phobie elle-même (thérapie cognitivo-comportementale : désensibilisation, relaxation). Pour les véritables cas pathologiques (au-delà de la peur, il y a l'angoisse), une aide psychologique peut être nécessaire.

III. Le praticien

Comme pour le patient, le praticien est impliqué dans la relation avec son patient au niveau de sa personnalité qui intervient donc dans les facteurs thérapeutiques. Son comportement relationnel est lié à sa personnalité, intellectuelle, physique, affective et émotionnelle et aussi sa capacité de réflexion et d'adaptation. Il est probable que, par des attitudes différentes, nous arrivons, pour la plupart, au même résultat (2, 45, 76, 82).

Il est important que le praticien apprenne à se connaître lui-même pour obtenir une approche globale de son patient. Il se doit de pouvoir faire abstraction des problèmes adjacents du cabinet et de sa vie privée. La connaissance de soi-même permet de donner mieux. En outre, il doit alors respecter ses propres limites émotives et ne pas excéder ses capacités. Il ne doit pas culpabiliser mais savoir passer la main, reconnaître ses aptitudes (2, 3, 80).

Sans conseiller la psychanalyse, il n'est pas déraisonnable de souhaiter que tout acteur des professions de santé regarde un peu son propre fonctionnement psychique (61, 80).

Par ailleurs, les praticiens ont actuellement tendance à privilégier voire à se cacher derrière les aspects techniques (« pour simplifier leur exercice ») en négligeant l'aspect relationnel. Or, si le côté technique de notre art est primordial, le côté relationnel lui est absolument complémentaire pour une pratique plus efficace. Il faut un accompagnement psychologique du patient tout au long de la thérapeutique, qui ne se contentera pas d'une médecine « scientifique » mais préférera une relation humaine. Le chirurgien-dentiste doit apprendre à trouver la juste distance émotive ou proxémie en évitant d'accorder une part trop importante à l'aspect technique de la pathologie mais en évitant aussi de se comporter en psychanalyste ou en psychothérapeute (1, 2, 10, 12, 37, 40, 41, 45, 46, 52, 57, 61, 70, 71).

III.1. Les motivations du chirurgien-dentiste (2, 45, 61, 80, 82)

Les motivations conscientes

- l'intérêt scientifique : désir de voir, de savoir, de comprendre et d'exercer un travail de précision ;

- l'intérêt humanitaire : désir de soulager ceux qui souffrent, de réparer, de soigner, de guérir, de se rendre utile, de se dévouer, attrait pour la responsabilité ;

- l'intérêt socioéconomique et personnel : désir de pouvoir, profession libérale, besoin de sécurité. Le chirurgien-dentiste en temps que profession libérale, peut gérer son temps de travail sans être « trop » dépendant d'horaires, de gardes médicales ou d'autres imprévus propres à la profession médicale.

- les motivations propres à chacun : on retrouve chez chaque praticien une série d'évènements, de situations, de relations qui ont une influence plus ou moins sur sa vocation. Ils agissent en venant modifier, socialiser, refouler les puissantes motivations inconscientes : désir des parents, désir d'identification à un membre de la famille. La filiation professionnelle pèse fortement dans la motivation.

Les attentes de la société peuvent influencer le futur praticien dans le choix de sa profession. La société peut exiger de lui le savoir-technique, l'altruisme, la neutralité affective, morale, politique et religieuse. Ces attentes réelles ou imaginaires peuvent confronter le chirurgien-dentiste à ses conflits internes.

Au delà des motivations conscientes, manifestes, il existe des motivations inconscientes.

Les motivations inconscientes

- la pulsion voyeuriste-exhibitionniste : derrière le désir de voir et de savoir, se cacherait le couple pulsionnel voyeur-exhibitionniste. De part sa profession, le soignant a accès à l'intimité du corps, il peut le toucher et le voir, il peut même voir à l'intérieur du corps. Ce désir refoulé de voir et de savoir vise à répondre à un questionnement angoissant sur le sexe, la vie et la mort.

- la pulsion sadique-anale : il tire son origine du désir de réparer les conséquences des tendances agressives et sadiques (envers la mère) lors du stade anal. Racines de la culpabilité, dont la réussite est nécessaire pour l'acquisition d'un sentiment de confiance et de sécurité.

- le statut socioéconomique et personnel : recherche d'un statut social, de prestige, intérêt pécunier, besoin de sécurité personnelle ; Il tire son origine du désir de pouvoir, de puissance : or, ce métier procure des avantages économiques et accessoirement, le prestige social.

III.2. Les trois types de chirurgiens-dentistes (61)

A noter que ce sont trois caricatures qui témoignent des risques que peuvent représenter certains traits de caractères du praticien...

1) **l'efficace** : son emploi du temps ainsi que son travail sont bien organisés, chaque soin a une durée bien précise. L'entretien étant effectué lors de la première consultation, il n'y a pas de place pour le dialogue pour les séances suivantes. Quand le chirurgien-dentiste entre dans la salle de soins, le patient est déjà étendu sur le fauteuil : l'assistante zélée l'a déjà mis dans la position adéquate pour les soins qui doivent être prodigués. Ceux-ci sont réalisés avec promptitude, dans le silence. A la fin des soins, le patient n'a pas le temps de saluer le chirurgien-dentiste car il est déjà avec un nouveau patient. Les patients sont dépersonnalisés et réduits aux dents, aux caries, notes d'honoraires...

2) **le perfectionniste** : chaque soin est unique, exceptionnel, réalisé avec perfection, le praticien s'applique à reconstituer au mieux ce que la pathologie a détruit. Il éprouve de l'autosatisfaction et son travail est apprécié et reconnu de ses collègues et de ses patients. Cependant, ceux-ci n'arrivent pas toujours à apprécier pleinement la qualité des soins. Par ailleurs dans son cas non plus il n'y a pas de place pour le dialogue : le soin lui prend déjà beaucoup de temps. Enfin, la principale difficulté de travailler selon des critères de précision et des délais pareils est le problème de la rentabilité financière. Quelles concessions accorder à la précision sans agir au détriment de ses revenus ?

3) **l'humaniste** : ce praticien va s'occuper principalement de l'approche psychosociale et relationnelle du patient. Il consacre une partie de la séance à écouter l'histoire du patient, ses craintes, ses besoins ; à l'informer sur le traitement. Cette approche offre des avantages au chirurgien-dentiste : un patient informé et rassuré est plus coopératif. En outre, comprendre les exigences de chacun permet de bien évaluer l'action à mener, de faire, par exemple, des propositions adaptées en matière de prothèses ou d'être convaincant lorsque la situation impose pourtant des choix désagréables. Le risque de cette approche globale consiste à ne pas perdre son identité professionnelle. Il ne peut devenir psychologue ou psychiatre. Dans ce cas aussi la gestion financière du cabinet est difficile. Comment faire pour concilier qualité, rapports humains et gains ? Est-ce possible d'organiser son activité professionnelle de manière à ce qu'un aspect ne prévale pas sur l'autre ?

III.3. L'image du chirurgien-dentiste

Comme nous l'avons vu précédemment, la peur du chirurgien-dentiste est non seulement liée à la peur de la douleur, mais également liée à la peur du praticien lui-même (14, 61).

Or, depuis le Moyen-âge, le chirurgien-dentiste ne bénéficie pas d'une image favorable que ce soit celle de l'arracheur de dents, du castrateur ou du bourreau, illustrés dans les contes et la littérature. Après le psychanalyste, le chirurgien-dentiste est le personnage le plus représenté dans les histoires

drôles En outre, la presse, la radio, les films, la publicité, les séries TV réactivent tous ces clichés associés aux chirurgiens-dentistes (1, 27, 40, 45, 46, 47, 61).

L'image du bourreau, du barbier sadique, de l'arracheur de dents (fig. 11) (1, 13, 14, 27, 40, 46, 61, 67, 68)

L'image professionnelle était celle du barbier qui en faisait un personnage insensible, dominateur, donnant des soins agressifs et douloureux à un patient « victime ». Cette image a pu s'insinuer inconsciemment chez le patient et expliquerait son angoisse.

« Menteur comme un arracheur de dents » : cette image est liée au fait qu'en l'absence d'anesthésie, « l'arracheur de dents » était obligé de « tromper » son patient pour détourner son attention afin de procéder à l'extraction par surprise.

Le castrateur (1, 13, 40, 46, 61, 70)

Le stéréotype du chirurgien-dentiste puissant et craint vit dans l'inconscient collectif qui en faisait surtout un personnage « castrateur ». Rappelons que la chute des dents temporaires peut être vécue par l'enfant comme une castration. Ainsi toutes interventions « soustractives » du chirurgien-dentiste, *a fortiori* les extractions, peuvent être vécues comme une mutilation.

Le charlatan (1, 27, 67)

Si le chirurgien-dentiste est un menteur, c'est aussi un arnaqueur. Cette image du chirurgien-dentiste vénal persiste car les patients jugent que les honoraires sont trop chers.

Ces images négatives, en interférant avec l'imaginaire du patient peuvent nuire à la relation qu'il va établir avec le chirurgien-dentiste et aux soins que celui-ci va lui prodiguer. Toutefois, cette image négative tend à s'atténuer.



Figure 11 : L'arracheur de dents (<http://errance.over-blog.com/article-3559515.html>)

L'image positive du chirurgien-dentiste (1, 13, 27, 40, 47, 61)

L'image positive et l'efficacité de l'odontologiste sont très souvent liées à la qualité de la relation nouée entre le praticien et le patient lors de la première consultation.

D'autre part, le chirurgien-dentiste est perçu favorablement s'il explique au patient ce qu'il fait (il répond ainsi aux besoins du patient d'être informé et rassuré) et s'il tient compte de sa douleur.

On lui reconnaît une grande compétence technique. Cela conduit à voir le chirurgien-dentiste comme un personnage qui non seulement ne fait plus mal, mais qui supprime la douleur, et redonne au patient la capacité de manger, de sourire, etc. : il participe à la qualité de vie et à la valorisation de l'image de soi.

Le chirurgien-dentiste de nos jours n'est plus castrateur mais est devenu symboliquement parlant un rephallisateur en mesure de restituer fonction et esthétique.

L'ETABLISSEMENT DE LA RELATION DE SOINS : LA COMMUNICATION ENTRE LE PATIENT ET « SON » CHIRURGIEN-DENTISTE

I. Généralités

I.1. La définition de la communication

La communication est le processus par lequel les êtres vivants transmettent des informations. Dans la société humaine actuelle, la communication peut se faire de deux manières :

- directement entre les individus (communication interpersonnelle) ;
- indirectement, par l'intermédiaire des médias : journaux, TV, radio...

L'importance de la communication au sein du cabinet dentaire n'est plus à démontrer, que ce soit avec l'assistante, la secrétaire et nos patients (2, 56, 57).

La communication interpersonnelle (2, 14, 15, 39, 45, 56, 57, 69, 76)

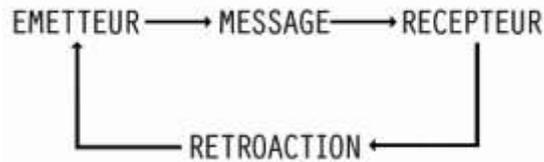
En linguistique, la communication est qualifiée d'interpersonnelle si elle satisfait à 3 critères :

- Les interlocuteurs doivent être à une courte distance l'un de l'autre : la prise en compte de la distance entre les personnes est importante, bien que nous n'en prenions pas conscience spontanément. La distance doit varier selon la nature du message (ceci sera développé dans le troisième chapitre de cette partie) ;

- Ils doivent pouvoir émettre et recevoir des messages : une interaction s'exerce entre les interlocuteurs. La communication s'exerce entre un sujet parlant (l'émetteur) et un sujet dont il sollicite l'écoute (le récepteur) :

EMETTEUR → MESSAGE → RECEPTEUR

Avec la rétroaction, le récepteur peut devenir émetteur pour énoncer un message, qui sera reçu par l'émetteur initial :



L'évolution de l'échange dépend des deux personnes. L'émetteur va vouloir orienter la conversation vers des sujets qui l'intéressent et s'il ne trouve pas d'intérêt "commun" avec le récepteur, il va souhaiter rapidement que la conversation se termine. L'interaction se transforme au fur et à mesure des interventions : un silence ou une parole dépendent de ce qui vient d'être exprimé ou signifié ;

- Ces messages doivent contenir des stimuli verbaux et non verbaux (développés plus tard).

La communication : nécessité d'un apprentissage (2, 14, 56, 57, 69, 76, 77)

La communication est à la fois un art et un ensemble de techniques, même si certains la maîtrise de façon naturelle. Savoir communiquer est une aptitude que l'on possède plus ou moins et que chacun exerce presque intuitivement, plus ou moins facilement. Il est vrai que certains sont plus doués que d'autres, mais la communication est davantage connaissance et habilité, c'est à dire qu'elle peut s'apprendre, se développer par l'exercice et s'entretenir par la pratique.

Il est important que le praticien utilise un certain nombre d'outils qui facilitent l'échange avec le patient. Toutefois les théories de la communication, même les plus élaborées ne suffisent pas à elles seules à construire une véritable relation de soin dans la mesure où elles ne tiennent pas compte de la subjectivité et de l'affectivité de chacun des protagonistes.

Un chirurgien-dentiste peut donc faire de nombreuses consultations dans sa carrière et chacune aura sollicité ses talents de communicateur.

I.2. Les buts de la communication

La compréhension (14, 48, 50)

Elle se réfère d'abord à la réception du contenu que l'émetteur veut transmettre. Une personne communique efficacement lorsque le récepteur a compris son message.

L'amélioration des relations entre les interlocuteurs (1, 2, 12, 14, 39, 48, 50, 56, 57, 65, 69, 71, 76, 77, 78)

La communication interpersonnelle constitue l'indispensable outil par lequel se construit la relation patient-praticien. Elle fait partie intégrante de la pratique médicale et joue un rôle déterminant à tous les moments de la consultation.

Il est essentiel pour le praticien de créer un climat de confiance propice à son intervention, en particulier lorsqu'il incite celui-ci à adopter une bonne hygiène bucco-dentaire, l'informe des traitements les plus appropriés ou encore tente de le rassurer et de diminuer son anxiété.

Quand la confiance fait défaut, plusieurs propos peuvent demeurer incompris. Par exemple, même s'il est parfaitement construit, le discours d'un politicien qui n'a pas rempli ses promesses électorales laissent ses électeurs sceptiques. Même résultat lorsqu'un patient déclare avoir confiance en un chirurgien-dentiste, alors qu'il vient d'annuler trois fois un rendez-vous.

Tout professionnel de la santé qui communique efficacement avec ses patients sera plus apprécié et mieux compris et ses avis ont des chances d'être mieux suivis.

I.3. Les variables influençant la communication interpersonnelle (1, 14, 27, 60)

Un très grand nombre de variables interviennent dans les communications entre le patient et le chirurgien-dentiste, et chacun des interlocuteurs leur accorde une importance différente.

Les variables extérieures : le temps, l'environnement, la position spatiale, etc.

Les variables sociales

Le chirurgien-dentiste doit tenir compte de l'effet que son statut social et celui du patient peuvent avoir sur le déroulement de l'entretien. Le statut du praticien prête souvent à des *a priori*, des opinions toutes faites qui influencent parfois négativement le patient au début de la consultation. Il se peut, par contre, que ce soit sa fonction de soignant qui connote la perception. Le praticien devra évaluer cette variable et en tenir compte au cours de l'entretien. Et il doit lui aussi s'adapter au statut social de son patient.

- l'âge et le sexe : l'âge et le sexe des interlocuteurs peuvent influencer le déroulement de leur entretien.

- l'appartenance à un groupe social et les stéréotypes : l'appartenance à un groupe social particulier peut susciter des opinions stéréotypées. Il s'agit en l'occurrence d'un ensemble d'idées toutes faites qui proviennent bien souvent de préjugés, d'idées préconçues qui sont intimement associées à notre système de valeurs. Elles influencent la perception en attribuant à autrui les caractéristiques particulières à leur catégorie ou à leur classe sociale. Mais le stéréotype n'est pas pour autant absolument négatif : il reproduit une image.

La réussite de la communication dépend de l'aptitude du communicateur à contrôler et à contrer les effets perturbateurs de ces variables.

« Savoir observer et savoir écouter exigent la connaissance de toutes les variables de la situation, et la maîtrise de ces variables. Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est le but. Le but est de laisser paraître la réalité à comprendre, de faire en sorte que le « client » puisse exprimer le plus facilement possible son problème personnel. Les difficultés qui tiennent à la clarification du problème lui-même sont grandes. [...] Raison de plus pour ne pas accroître ces difficultés par des obstacles nés des conditions mêmes de l'entretien » MUCCHIELLI (1961).

II. La communication verbale

II.1. Définitions

Dans la communication humaine, on peut désigner les objets de deux manières différentes. On peut les représenter par un mot écrit ou parlé ou bien les désigner ou les mimer ; dans le premier cas on parlera de communication verbale et dans le second cas on parlera de communication non verbale, langage analogique ou para-verbal (56).

Pour communiquer, l'individu utilise le langage qu'on peut définir comme un système de signes socialisés. C'est l'entretien, le dialogue, l'échange des messages qui s'effectue par le langage parlé avec des phrases, des mots, des rythmes, des tonalités... Le langage, propre à l'Homme, est en effet un prodigieux moyen de communication de l'information stockée dans les mémoires (14, 39, 82).

Signification et connotation (1, 2, 14, 39, 45, 56, 69, 74, 82)

Les mots sont des éléments de base du message parlé. Tout mot possède (2, 39) :

- une partie stable, la signification ou dénotation, sens manifeste ou signifié, définie par le dictionnaire et permettant de le comprendre ;

- une partie variable, la connotation, sens latent ou signifiant, moins bien définie et beaucoup plus complexe. « *C'est tout ce qui encercle le mot, l' « habille » car la connotation est tout ce qui, dans l'emploi d'un mot, n'appartient pas à l'expérience de tous les utilisateurs de ce mot dans le langage* » (GUILLARD, 1981). Autrement dit, elle dépend de l'expérience, du vécu personnel de l'interlocuteur, de son contexte socioculturel.

Ainsi, un même contenu peut être exprimé de façon très dissemblable par deux personnes et possède, de ce fait, une valeur d'information très différente. En règle générale, la façon de s'exprimer reflète ce qui est dit et est, par conséquent, perçue adéquatement. Cependant, on sait qu'il peut exister parfois de très grandes discordances, voire une opposition, entre ce qui est dit et la façon dont cela est exprimé. Le message peut parfois être mal interprété ou ressenti de façon peu satisfaisante. L'émission et la réception des messages entre deux personnes passent par plusieurs filtres qui sont autant de facteurs de distorsion de la communication, schématisées de la façon suivante :

Ce que je pense, ce que je veux → ce que je dis → ce qu'il entend → ce qu'il comprend
--

Il y a toujours un décalage entre notre intention initiale de transmettre de l'information et la réception de ce message par notre interlocuteur. Le seul message qui est important est le dernier. Le message envoyé doit être conçu en fonction de ce qui sera compris par l'interlocuteur.

Une communication est efficace lorsque le stimulus émis intentionnellement par une personne correspond de très près à celui qui est perçu par le récepteur et donc à la réponse attendue. La communication est entière et complète quand la réponse attendue par l'émetteur et la réponse obtenue sont identiques.

II.2. Les moyens de communication verbale

II.2.1. Les responsabilités de celui qui parle (1, 2, 5, 14, 39, 48, 57, 71, 76)

Pour être bien compris, celui qui s'exprime doit respecter un certain nombre de règles :

- parler lentement, distinctement (articuler) et assez fort pour que l'auditeur entende

facilement ;

- savoir poser des questions, ouvertes ou fermées : les questions ouvertes encouragent le patient à parler, lui permettent de discuter de ses préoccupations librement, d'explorer ses pensées et ses sentiments et peuvent être considérés comme une méthode efficace pour collecter des informations. Les praticiens peuvent obtenir pratiquement 80% des informations médicales du patient pour parvenir à un diagnostic au cours d'un entretien, la quantité d'informations obtenues de la part des patients est positivement corrélée à l'utilisation des questions ouvertes.

Eviter les questions fermées, essayer de se concentrer sur ce qui est essentiel pour le patient, par l'utilisation de questions ouvertes ; les questions fermées ne sont d'aucune aide pour découvrir les croyances et les sentiments du patient.

- utiliser un langage clair, adapté, simplifier les termes techniques ;

- toujours garder à l'esprit que l'auditeur peut ne pas comprendre et considérer que de tels obstacles sont inhérents à toute communication ;

- utiliser des supports de communication : pour aider le patient à retenir et à comprendre les informations, le praticien a avantage à illustrer son propos : radiographies, logiciels, dessins, modèles pédagogiques, photos, caméra intra buccale, etc. Cependant, une présentation d'images quelle qu'elle soit, ne sert à rien si elle n'est pas accompagnée des explications du praticien.

- demander régulièrement à l'auditeur s'il a compris et s'il a besoin de clarification ou d'explications complémentaires. Celui qui demande : « Me suivez-vous ? » ou « Comprenez-vous ce que je veux dire ? » a un meilleur contact et obtient davantage de réactions ; autant d'interrogations qui résument une seule idée : « êtes-vous vraiment à mon écoute ? »

- accepter de répéter et de clarifier ses propos, mais sans reprendre les mêmes mots d'une voix plus forte et sans manifester de mauvaise humeur, réaction qui n'aide en rien la compréhension et amène l'auditeur à ne plus poser de questions ou à faire semblant de comprendre de crainte de manifester son ignorance. Par ailleurs, l'utilisation de procédés de langage tels que des exemples, des analogies... peut clarifier son discours.

Autrement dit, si l'on est conscient que l'interlocuteur peut ne pas avoir compris, on accepte de reprendre le discours dans des termes différents. On est disposé à poser des questions de temps en temps pour vérifier le niveau de compréhension.

- s'assurer que celui qui écoute a compris exactement le message en lui demandant de le résumer à la fin de la consultation.

II.2.2. Les responsabilités de celui qui écoute (1, 2, 14, 39, 57, 76)

La personne qui reçoit le message doit, elle aussi, respecter un certain nombre de règles :

- avertir l'interlocuteur s'il n'entend pas, demander à l'autre de parler plus fort et de répéter ;

- manifester son intérêt, regarder l'interlocuteur, ... faire preuve d'une attitude de soutien : c'est une attitude qui se caractérise par un accompagnement non verbal (mouvement d'acquiescement par exemple) ou de petites phrases ou de (« ah, je vois », « bien sûr ») venant ponctuer les propos tenus. La réaction n'a pas toujours besoin d'être verbale. Ce qui compte, c'est de laisser savoir que l'on écoute. L'interlocuteur se sent momentanément réconforté et son expression est ainsi renforcée.

- si le message de la personne qui parle n'est pas clair, le lui signaler et lui demander des explications supplémentaires ;

- accepter le fait que l'incompréhension corrigée par l'explication est une phase normale du processus de communication ;

- ne pas hésiter à reformuler les propos de l'émetteur comme on les a compris, de les redire avec ses propres mots, ce qui est la meilleure façon de s'assurer qu'ils ont été bien reçus. Quand on peut reprendre les propos de l'émetteur de façon satisfaisante, c'est qu'on a compris son point de vue.

II.3. Les limites de la communication verbale

Liées à la connotation des mots (1, 39, 56, 69, 82)

Le langage peut être la source de malentendus car comme nous l'avons dit précédemment, les mots ont souvent des connotations propres à chaque personne, chacune ayant une interprétation différente de ce qui a été dit. Vouloir communiquer est toujours source de distorsions. Ainsi, on doit toujours garder présent à l'esprit le poids relatif des mots.

Liées à la quantité d'informations données (2, 14)

Le patient est capable jusqu'à un certain point d'aborder de nouvelles informations. Mais si leur quantité dépasse ses capacités d'assimilation, une partie du message lui échappe. Le chirurgien-dentiste doit éviter de « bombarder » son patient de renseignements et éliminer le superflu. Il doit aller à l'essentiel, surtout quand la question se révèle complexe.

Liées aux capacités de compréhension du patient (1, 4, 14, 39, 57, 76)

Par ailleurs, le patient peut ne pas comprendre la nature même du message qui lui est destiné ; cela peut s'expliquer par plusieurs raisons :

- Le patient peut ne pas assimiler le message si sa compréhension nécessite une forme de raisonnement ou d'intelligence qu'il n'a pas développée. Par exemple, avec les enfants, le praticien emploiera leurs propres expressions et leur façon de communiquer. Une bonne méthode pour apprendre le vocabulaire et le type de raisonnement propre à chaque groupe d'âge consiste à faire répéter l'information et les explications fournies.

- De même, avec les adultes, le patient peut également ne pas comprendre le message s'il lui est présenté de façon trop hermétique : tournures de phrases recherchées, vocabulaire inconnu, etc., la terminologie de l'odontologie n'étant bien souvent qu'un jargon incompréhensible pour les patients.

Conduite à tenir (1, 4, 14, 41, 45, 48, 57, 69, 76, 82)

Pour être sûr d'être bien compris, le praticien doit évaluer aussi les capacités intellectuelles de ses patients. Ce point devient particulièrement important quand il s'agit de justifier la nécessité d'un traitement particulier. L'attention et l'adaptation aux aptitudes diverses de chaque patient sont d'autant plus nécessaires que le chirurgien-dentiste a une patientèle d'âge et de niveau socio-économique variés. Le vocabulaire employé n'est pas le même pour tous les patients.

En outre, le chirurgien-dentiste doit être vigilant dans le choix des mots, éviter les mots savants, inaccessibles et porteurs d'angoisse et être capable d'utiliser d'emblée un vocabulaire intelligible, adapté à chaque patient. Une personne qui choisit les mots justes et transmet ses idées avec précision communique avec succès son message dans son intégralité.

Les litiges patient-praticien résultent pour la plupart d'une incompréhension mutuelle par carence d'écoute et de clarté et parce que la conciliation est impossible du fait de la surdité et la cécité réciproques des deux protagonistes.

<p>Le défi aujourd'hui pour le praticien est de comprendre les limites de ses capacités pour vulgariser une information technologique de haut niveau nécessaire à la compréhension par le patient du traitement proposé.</p>

III. La communication non verbale (ou analogique ou para-verbale)

Définitions (2, 3, 14, 21, 29, 45, 56, 57, 82)

La communication non verbale est définie comme l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés sonores. Elle se réfère au langage du corps considéré comme le plus vieux des langages. En effet, avant que les êtres humains puissent s'exprimer avec des mots, le langage corporel existait déjà.

Notre éducation nous fait préférer les mots pour communiquer. C'est pourquoi nous sommes enclins à penser que nous pouvons négliger les signes non verbaux. Or l'interaction sociale ne consiste pas seulement en échanges verbaux. Lorsque nous parlons à quelqu'un, ce que nous disons s'accompagne de tout un ensemble de signes non verbaux, qui jouent un rôle particulier, distinct de la communication verbale et qui signifient un certain nombre de choses à côté du contenu verbal ; ils peuvent le compléter mais également le contredire ou s'y substituer.

Différents termes peuvent désigner la communication non verbale : le langage corporel, langage non verbal, langage silencieux. La grande variété des échanges non verbaux permet de les considérer comme un moyen de communication autonome. On peut distinguer deux sortes de communication non verbale :

- le paralangage : les modalités de voix (ton, intensité...), le rire, les cris...
- les signaux libérés du langage :
 - les mouvements du corps, la posture ;
 - les caractéristiques physiques : l'expression faciale, le regard, etc. ;
 - les gestes, le toucher ;
 - la distance établie entre les interlocuteurs, la proxémie ;
 - les accessoires : les vêtements, le parfum, le maquillage, etc. ;
 - l'environnement : le décor, l'éclairage, la température, etc.

Pourquoi savoir les interpréter ? (1, 2, 14, 37, 39, 45, 47, 56, 57, 61, 69, 76, 80, 82)

La communication non verbale est importante dans toute relation humaine et indispensable dans la relation praticien-patient étant donné que le chirurgien-dentiste, travaillant dans la bouche, interdit l'usage concomitant de la parole.

La parole peut faire partie des préliminaires de la séance ou suivre la fin de l'intervention. Mais elle est remplacée par les éléments de la communication non verbale pendant les soins. Garder présente la part importante des signes non verbaux qui véhiculent à eux seuls les deux tiers de l'information.

Au cours d'une consultation, de tels messages sont échangés et sont très importants sur le plan de la communication. Il apparaît donc primordial d'identifier des signes d'ouverture et de fermeture, des mouvements de la tête et du corps, etc., qui fluctuent au cours de l'entretien et observer les micromouvements qui ponctuent l'état d'esprit du patient. Le visage et le corps expriment les émotions. Nous voyons donc combien, rien qu'en regardant les attitudes, les gestes, les mimiques du patient, sans même qu'il parle, le praticien attentif peut déjà se faire une idée du ressenti de son patient, et même savoir si « dit » et « non dit » sont en harmonie. Tous ces gestes et attitudes représentent bien une forme de communication non exprimée mais réelle.

Le praticien doit rester vigilant par rapport aux signaux de communication émis, contrôlés ou non par le patient. Il peut y avoir discordance entre la communication verbale et son expression physique qui marque le repli et l'inquiétude ; expression de gravité dans le visage, bras et jambes croisés dans une position de verrouillage et d'autoprotection ; le patient s'isole, se ferme à la communication. C'est au praticien de l'aider à s'ouvrir à l'échange et à exprimer ses émotions.

Par ailleurs, le patient est très attentif au langage du corps du praticien. Il peut percevoir au cours du soin les inquiétudes, les difficultés éprouvées par le praticien. Celui-ci doit apprendre à maîtriser ses attitudes pour qu'elles ne contredisent pas le message verbal qu'il veut communiquer, à défaut de quoi il perdra la confiance de son interlocuteur. Les attitudes de chacun en disent parfois plus long que les paroles prononcées. Sans s'en rendre compte, nous ne faisons que communiquer, et bien souvent, notre corps nous trahit alors qu'on tente de masquer nos émotions.

Ainsi les messages corporels du praticien (soupir, bâillement, rotation impatiente du buste, croisement des bras, etc.) seront considérés par le patient comme autant de signes de fatigue, d'énervement ou alors d'ennui, de désintérêt pour le patient. Une mauvaise interprétation du langage du corps du praticien par le patient peut conduire à des effets néfastes pour une relation thérapeutique de qualité.

L'influence réciproque des deux types de communication (2)

La concordance et la convergence du langage verbal et non verbal ont un effet clarificateur et renforçateur : les patients auront tendance à croire plus fortement vos paroles si vos actes sont en harmonie avec elles. La discordance entre les deux types de communication brouille les significations du message et produit généralement des effets désagréables.

La perception des signes non-verbaux est plus instinctive et plus immédiate que la compréhension du contenu verbal. En effet, la psychologie de l'enfant a montré que bien avant l'apparition du langage, l'enfant sait comprendre les expressions physiologiques de ses éducateurs et se règle d'abord sur elles pour savoir ce qu'il doit faire ou non, ou si ce qu'il fait est bien ou mal.

La communication non verbale doit s'envisager selon différents modes de mise en œuvre des signaux : au cours du dialogue, à travers des signaux visuels et à travers l'environnement.

III.1. La communication non verbale au sein du dialogue

III.1.1. L'écoute active

Définitions (1, 2, 14, 37, 39, 56, 69, 76)

C'est une attitude de réceptivité à l'égard d'une autre personne, qui s'applique aux communications verbale et non verbale. Elle doit être authentique, c'est-à-dire doublée d'une attention à ce qui est dit et à la façon dont c'est dit. Si le praticien a fait preuve d'empathie en s'étant montré réceptif au vécu du patient, il pourra le faire d'autant plus aisément.

L'écoute active permet de recueillir des données en plaçant le patient au centre de l'entretien.

Elle implique de la part de celui qui s'y astreint une présence tant psychologique que physique.

L'écoute psychique

Etre psychologiquement à l'écoute de l'autre, c'est se mettre intellectuellement et affectivement en état de réceptivité. Cela suppose que l'esprit (logique, imagination, intuition...) ne soit pas accaparé par des soucis personnels et demeure attentif aux messages de l'autre. Il s'agit d'être émotivement disponible. Certaines circonstances peuvent perturber l'écoute et nuire à la réceptivité : le stress, un conflit avec un proche, un état dépressif, l'euphorie à la suite d'une bonne nouvelle, l'attente d'un coup de fil important, une céphalée intense, etc.

L'écoute physique

L'écoute active se manifeste physiquement par des comportements non verbaux : hochements de tête, regard, expression du visage, posture, proximité. (1, 76)

Une posture nonchalante, un visage voilé par la main, sont interprétés comme un manque d'intérêt. D'autres attitudes sont également incorrectes : un maintien fixe et rigide, une expression tendue, un regard fuyant... Le praticien doit aussi être conscient de l'importance des messages non verbaux : habillement, regards, gestes mimiques, postures, intonation de voix, etc. (fig. 12)

Figure 12 : Synthèse de l'écoute physique d'après M BOURASSA (1998)

Signes physiques	Ecoute adéquate	Ecoute inadéquate
Position et posture	<ul style="list-style-type: none"> - position face à face - distance appropriée - posture droite - détente musculaire 	<ul style="list-style-type: none"> - position fixe et rigide - posture relâchée - corps et visage détournés de l'autre - tension - visage caché par les mains, le masque hygiénique, etc.
Regard	<ul style="list-style-type: none"> - dirigé vers le patient - naturel 	<ul style="list-style-type: none"> - non dirigé vers le patient - fixe et vide - fuyant - insistant
Expression faciale et mouvements de tête	<ul style="list-style-type: none"> - visage expressif, animé - expression du visage reflétant l'émotion présente - hochements occasionnels de la tête en signe de compréhension et d'encouragement à poursuivre 	<ul style="list-style-type: none"> - muscles du visage tendus - visage sans expression et imperturbable - expression faciale sans rapport avec l'émotion du patient
Parole	<ul style="list-style-type: none"> - voix assez forte pour que le patient entende sans effort - débit verbal modéré - ton approprié à l'affect exprimé par le patient 	<ul style="list-style-type: none"> - voix trop forte ou trop faible - débit trop rapide ou trop lent - ton monotone ou brusque
Marques d'écoute (fonction phatique)	<ul style="list-style-type: none"> - interjections (hum ! ah !) - répétition du dernier mot - demande d'explications 	<ul style="list-style-type: none"> - changement de sujet - interruption - absence de marques d'écoute

Les buts de l'écoute active (1, 2, 14, 37, 45, 50, 57, 69, 71, 76)

L'écoute est indispensable à toute relation thérapeutique et constitue l'élément de base de toute bonne communication.

Elle doit être manifeste dès le premier contact et se maintenir tout au long de la consultation, que ce soit dans des conversations téléphoniques, dans l'accueil d'un nouveau patient, durant les soins au moment du paiement des honoraires, etc. Elle doit rester une attitude naturelle en s'intégrant au comportement professionnel du praticien pour ne pas constituer un fardeau.

Sans elle, les attitudes d'empathie, de respect, d'authenticité, de pertinence, etc., ne peuvent pas servir comme elles le pourraient. Un des premiers objectifs est de montrer que l'on respecte la personne qui parle. On associe le respect au comportement d'écoute : faire face à la personne, la regarder dans les yeux, écouter sans l'interrompre et paraître détendu. Le respect joue un rôle important dans toutes les formes d'interaction humaine.

L'écoute sert aussi à saisir les éléments importants du discours de l'autre. C'est la faculté de noter aussi bien les mots, les phrases, les idées que le comportement non verbal, les situations interpersonnelles ou les différences culturelles et sociales. On ne peut communiquer si l'on met des barrières aux messages multiples qui viennent de l'environnement. Ecouter quelqu'un est déjà en soi une communication qui signifie implicitement « je pense que c'est important d'être complètement avec vous ». Là est la base de toute communication efficace.

Le praticien se doit en tant que professionnel de santé d'écouter le patient, lui accorder le temps d'exprimer sa demande, ses attentes, ses craintes, ses critiques, ses doléances, etc., attitude préalable à toute explication de la part du chirurgien-dentiste.

En portant attention à certains propos plutôt qu'à d'autres, le praticien amène le patient à porter attention aux points de vue qui l'intéressent. Il faut toutefois respecter ses valeurs et tenir compte de son schéma de référence c'est-à-dire sa propre perception de son problème de santé afin de l'aider à exprimer comment, lui, il le vit, ce qui l'intéresse, ce dont il a besoin... Le praticien doit prendre son temps, être disponible, savoir reconnaître la peur et la douleur du patient, ne pas dire : « non, vous n'avez pas mal », au risque de le blesser... Cela suppose qu'il accorde au patient le droit de choisir, d'être informé, voire de dire non: il le rend ainsi responsable et acteur de la relation de soins, c'est-à-dire qu'il implique le patient dans la prise de décision.

En outre, l'écoute constitue aussi un renforcement positif. Celui qui est présent et qui écoute à la fois physiquement et psychologiquement est ressenti comme rassurant, sincère et authentique. Son attitude incite à s'exprimer davantage. En ce sens, elle a un effet sécurisant et aide à créer un climat de confiance sans lequel une relation de qualité serait impossible.

La pierre angulaire de l'entretien clinique est donc l'écoute active : le but est d'écouter, de comprendre, de retenir et d'apprendre.

III.1.2. Le respect (14, 71, 76)

C'est l'attitude du soignant qui reconnaît que le patient est unique dans sa façon d'être et que cette façon est digne d'intérêt. Il s'agit d'une « attitude d'estime et de respect qui pose initialement le moins de conditions possible à l'autre », d'une attitude générale de considération envers l'autre.

La manifestation de respect est une attitude fondée sur certains présupposés :

- l'être humain est investi d'une valeur et d'une dignité, quels que soient ses comportements ;
- il a le droit légitime de prendre ses propres décisions ;
- il possède la capacité de faire des choix constructifs ;
- il est responsable de sa vie et des décisions qui le concernent.

Elle se traduit par des actions précises. Comme nous l'avons déjà dit, écouter est une façon de montrer du respect. Ne pas porter de jugements en est une autre. S'ajoute la pratique de l'empathie, fondée sur la compréhension de l'autre, de ses sentiments de son expérience, de son comportement. Le respect se traduit aussi par la recherche des ressources personnelles du patient, par une attitude chaleureuse perceptible dans les gestes, la posture, le ton de la voix, le toucher et les expressions faciales.

Le patient se sent également respecté s'il est appuyé dans ses actions positives et non dans ses actions négatives. Enfin, on démontre du respect en étant authentique et en restant soi-même.

Enfin, le respect doit être réciproque.

III.1.3. L'empathie

Définitions (1, 2, 14, 45, 56, 69, 70, 71, 76)

L'empathie désigne la faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent.

C'est la capacité d'un individu à être suffisamment proche de l'autre pour comprendre sa situation mais être suffisamment distant pour ne pas se projeter dans la situation. C'est comprendre ce que dit autrui au point de le voir sous le même angle et perdre en même temps tout désir de l'évaluer ou de le juger. Cela revient à sortir de soi-même pour comprendre l'autre afin de saisir son point de vue mais avec les yeux de l'autre.

L'empathie est donc une des voies permettant d'entrer en communication avec l'autre, de partager avec lui son propre vécu, tout en entrant en sympathie avec le vécu de l'autre.

Dans la relation de soin, l'empathie est donc à entendre comme cette vertu par laquelle le praticien :

- rencontre le patient en personne ;
- tient compte du vécu subjectif de sa pathologie et de ce dont il souffre dans son corps ;
- tient compte de ce dont il pâtit dans sa vie.

Elle prend toute sa dimension lorsque le patient dit : « mon chirurgien-dentiste me comprend. »

Comment faire preuve d'empathie ? (1, 14, 22, 23, 32, 48, 55, 56, 57, 64, 69, 70, 76, 77)

L'empathie se caractérise par une plus grande attention au patient, par une attitude chaleureuse d'écoute et de disponibilité. Elle dépend de la personnalité de l'individu. Les praticiens reconnus comme les plus empathiques semblent plus altruistes et poursuivent moins des buts personnels que les autres.

Les étapes de la relation empathique

Dans la relation empathique, il y a une chronologie d'étapes que le praticien doit suivre :

- reconnaître les moments d'émotion ; leurs expressions diffèrent, rarement verbalisées (culture), fréquemment minimisées ou retenues. Le praticien doit donc être capable de saisir les messages verbaux et non verbaux qu'il nous envoie (le patient peut nous dire « oui » mais on sent que tout est « non »).

- de les lui communiquer pour en vérifier l'exactitude et pour montrer qu'il est compris. Cela s'obtient essentiellement en utilisant les reformulations.

Il existe deux niveaux de réponses dans l'empathie. A un premier niveau, le chirurgien-dentiste devra montrer au patient qu'il comprend ses expériences et ses émotions comme celui-ci les ressent et les exprime. A un niveau plus profond, il devra montrer qu'il comprend les émotions, les expériences et les motivations exprimées de façon implicite qui n'apparaissent pas distinctement.

Il est important que le praticien exprime au patient ce qu'il perçoit de ses émotions et l'accompagne dans la tentative d'expliquer celles-ci, ainsi, il donne à celui-ci le sentiment d'être écouté, respecté, soutenu. C'est un renvoi en miroir qui structure et revalorise.

Cela diminue le sentiment d'isolement du patient qui exprime ses sentiments plus directement, puisqu'il lui a été signifié ouvertement et sans embarras qu'il est compris. Une réponse empathique est très différente d'un conseil. Il ne s'agit ni de rassurer, ni de maîtriser une émotion, ni de dire qu'un sentiment est ou n'est pas justifié. Il convient plutôt de reconnaître une émotion et d'accepter quelle soit exprimée.

L'empathie facilite donc le contact avec le patient, suscite sa confiance et l'aide à s'exprimer. De plus, elle augmente la capacité d'introspection chez le patient : en analysant plus profondément ses problèmes, il leur découvre de nouvelles dimensions.

L'empathie est essentielle dans toutes les relations humaines. C'est une qualité importante dans la communication, mais difficile à acquérir. Elle demande beaucoup d'efforts et de l'intérêt envers les patients. En retour, elle permet d'aller au cœur des problèmes et de mieux répondre aux véritables besoins.

Gérer et travailler sur les émotions dans la relation patient-praticien (2, 7, 45, 56, 57, 76)

Dans la consultation comme dans toute interaction surgissent des émotions dont, ni le praticien, ni le patient, ne peuvent maîtriser l'émergence. Il est difficile pour le praticien au cours de l'interaction de percevoir les états émotionnels cachés du patient ou de contenir l'émotion débordante, ou l'anxiété non maîtrisée que celui-ci ressent dans sa situation d'homme malade.

Etre confronté aux émotions du patient revient pour le praticien à affronter ses propres émotions. Il a besoin de faire la part de son implication affective pour ne pas se laisser envahir par les émotions du patient et pour préserver une relation thérapeutique efficace. Il ne s'agit pas seulement de mettre en confiance, rassurer, il s'agit aussi de faire face à un problème personnel.

Il est donc primordial que le praticien apprenne à percevoir et à gérer ses émotions. S'il arrive à comprendre sa propre réaction, il peut ensuite élaborer ce qui se passe dans l'interaction. Cette disposition lui permet de mieux gérer les soins et la maladie de son patient.

III.1.4. La voix (1, 2, 61, 76, 82)

Associés à la parole, on retrouve ce qu'on appelle les paralangages, qui peuvent être décomposés en trois catégories :

- les effets verbomoteurs : il s'agit du rythme, du débit, la mise en valeur des mots, les qualités et défauts de l'articulation ;

- les effets de voix : la modulation de la hauteur, des variations de l'intensité et des variations du timbre de voix ;

- les effets de mots, de phrases et de sens : le choix des mots, le vocabulaire utilisé, les effets de sonorité ne sont pas banals et ajouteront, donneront des informations supplémentaires au sens strict de ce qui est dit.

Le ton, le timbre de la voix... sont donc d'excellents indicateurs des émotions (anxiété, colère, irritation, etc.) que ce soit celle du patient ou celle du chirurgien-dentiste.

La voix du patient doit être attentivement surveillée quant à ses variations pour capter les informations sur son état émotionnel (douleur naissante, crainte, malaise, stress...).

Concernant la voix du praticien, l'entraînement de sa modulation permet de s'adapter aux circonstances (questionnement du patient au cours de l'entretien, exposition du diagnostic, proposition de traitement, présentation du devis...). Par exemple, elle peut être conciliante, rassurante ou autoritaire, exprimer de la sympathie et de la fermeté. Le ton utilisé pourra être rythmé ou pausé, avoir un effet sédatif ... la voix peut guider, accompagner le patient. Autant il peut respecter le silence, autant il peut parler pour calmer, trouver un sujet qui l'intéresse, pour détourner son attention du soin (pendant ce temps là il ne stresse pas sur le devenir de sa dent, sur le bruit de la fraise).

Remarque : Le « choc vocal » ou synchronisation : si le patient crie, le chirurgien-dentiste a le droit de crier aussi, il s'ajuste ainsi au comportement du patient et se met à leur portée. Il légitime de cette façon son existence, le patient sait qu'il le reconnaît et qu'il le comprend. Cependant, ce procédé ne doit pas être utilisé si ce n'est pour ramener le patient à une meilleure coopération.

III.1.5. Le silence (1, 2, 14, 45, 51, 57, 76)

Il est considéré comme un moyen de communication verbale, ce n'est pas le contraire dans la parole, car l'un comme l'autre sont actifs et signifiants. En tant que modulateur de la communication, il peut être utilisé pour :

- contrôler l'interaction par un habile maniement de la parole ;

- susciter l'inquiétude ;
- établir le contrôle de soi pour ne pas se dévoiler ;
- réfréner une émotion qui déborde ou signaler un refus, voire une opposition ;
- prendre le temps de réflexion.

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 car il peut alors dénoter un manque d'intérêt.

Au contraire une attention silencieuse, centrée sur le patient, intégrée à un ensemble d'informations échangées entre le chirurgien-dentiste et son patient est perçue positivement et peut indiquer un intérêt marqué pour ce qui vient d'être dit, ou encore témoigner d'un appui apporté à la personne qui se confie.

De cette manière, il peut inviter le patient à ajouter des éléments d'informations en réponse à l'attente et à l'intérêt que manifeste ainsi le chirurgien-dentiste : il doit encourager à poursuivre l'entretien.

Finalement, il peut signifier que l'information est satisfaisante pour les deux parties et qu'une étape de l'entretien est terminée.

Le silence ne consiste pas seulement en une absence de paroles, il est fait d'intérêt et d'attention sur ce que communique l'autre. Il peut donc être utilisé comme un soutien de la communication. Il est capital de respecter les moments de silence.

III.2. La communication non verbale à travers des signaux visuels

Notre vision constitue le sens le plus sollicité lors de notre contact avec notre environnement. Nous recevons quotidiennement des milliards d'informations de notre champ de vision mais notre mémoire ne peut retenir que des informations partielles et imprécises (2).

III.2.1. La présentation : le premier contact, l'aspect vestimentaire, la démarche

Le premier contact (2, 14, 66, 76)

La première impression que le praticien donne à son patient est une chance à saisir car elle est unique. Dans les premières minutes de l'entretien, tous les sens sont en éveil que l'on parle ou que l'on se taise, tout comportement est communication. On regarde le visage, notamment le regard, le corps, et la tenue vestimentaire, etc. On écoute la voix pour d'abord percevoir la façon de parler, puis porter son attention sur le contenu du message. Il faut donc accorder une attention particulière au premier contact. La première rencontre détermine souvent la relation de confiance et de coopération qui s'ensuivra.

L'aspect vestimentaire (2, 61, 82)

Concernant le patient, son aspect vestimentaire reflète le groupe d'appartenance social auquel il appartient, mais n'est pas une preuve fiable pour interpréter sa personnalité, d'autant plus que le goût vestimentaire est souvent plus le fruit de la mode que de la personnalité. Cependant, une manière trop méticuleuse de s'habiller peut signaler un patient obsessionnel. Un air négligé peut au contraire annoncer une mauvaise hygiène de la cavité orale ou faire identifier les alcooliques ou les toxicomanes. En outre, comme nous l'avons vu précédemment, des vêtements dont le choix n'a rien de hasardeux (des minijupes ou des décolletés), peuvent représenter un message codé.

Concernant le praticien, c'est la blouse de couleur unie ou la tenue de chirurgien qui est reconnue par le patient comme professionnelle. L'aspect immaculé est apprécié par le patient qui y associe hygiène du cabinet et la compétence du praticien. Mais le port du masque, des gants, d'un calot, des lunettes de protection peuvent entraver la communication non verbale. Lorsque ce n'est pas nécessaire, le praticien doit éviter de les porter afin de laisser libre cours à l'expression du visage et permettre un meilleur contact avec son patient.

La démarche (2)

Elle peut refléter son état d'esprit : un déplacement rapide avec le corps droit accompagné d'un pas rapide en balançant les bras indique une personne plutôt dynamique. A l'inverse, une démarche plus pesante signe la lassitude.

III.2.2. Le toucher et la proxémie (ou la bonne distance)

Introduction (1, 14, 57)

Chaque individu a inconsciemment délimité ces territoires intimes, physiques et psychiques, en fonction de sa personnalité et du type de relation entretenue, qu'elle soit sociale, amicale, amoureuse..., « les limites personnelles de son espace vital ». De façon implicite, nous avons appris que les distances physiques nous permettent de garder notre intimité et nous protègent psychologiquement dans nos rapports avec les autres ; nous ne souhaitons les voir transgresser par autrui sans raisons valables. Ainsi, nous n'apprécions pas qu'un inconnu s'avance à quelques centimètres de notre visage.

Le toucher doit s'accomplir dans le cadre d'une relation spécifique, en respectant des distances psychologiques qui modulent et définissent les différents types de relation que nous entretenons avec les autres, quotidiennement (avec notre famille, nos amis) ou exceptionnellement (avec nos patients).

Ainsi les distances physiques que les personnes établissent entre elles peuvent être intime, personnelle, sociale ou publique.

Définitions (1, 2, 14)

La « bonne » distance

En relation avec le type de rapport recherché avec un autre individu, on distingue quatre types de distances :

- la distance intime (contact physique à 45 cm) : cette distance existe entre deux personnes ayant un haut degré d'intimité. A cette distance, la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante, car la perception sensorielle (vue, odorat...) est importante.

- la distance personnelle (45 à 125 cm) : c'est la distance établie spontanément entre deux personnes qui veulent communiquer. Elle correspond à l'espace qu'une personne crée autour d'elle pour se protéger des autres. Elle nous permet une perception nette de l'autre. Cette distance permet de distinguer tous les messages non verbaux et convient, notamment dans l'entretien clinique.

- la distance sociale (125 à 210 cm) : cette distance autorise une perception complète de la personne.

- la distance publique (210 à 750 cm) : c'est la distance qui correspond à des échanges de type salutations à distance dans la rue ou aux échanges du praticien avec le patient dans la salle d'attente. Cette grande distance limite les échanges en des termes généraux ou superficiels.

Le contact physique, le toucher

On distingue :

- l'auto-contact regroupe de nombreux petits gestes inconscients qui ont une signification symbolique (porter la main à son cœur, sur la poitrine côté cœur, se cacher les yeux, toucher sa tempe droite, se gratter la tête pour signifier que l'on réfléchit ou mettre la main sur la bouche en signe de surprise...).

- les gestes vers le corps des autres : taper dans le dos, toucher l'épaule en signe de réconfort, serrer la main ; les coups constituent aussi un mode de communication !

Le soignant peut utiliser le toucher dans différentes situations de soins, comme moyen de capter de l'information et comme moyen d'intervention. Ces gestes sont effectués dans les distances intime ou personnelle.

Pourquoi savoir les utiliser ? (1, 2, 14, 57, 61, 78, 82)

Alors que le chirurgien-dentiste et le patient sont, au départ, des inconnus l'un pour l'autre, ils sont contraints de se rapprocher physiquement du fait de la localisation de la zone de soin et de la minutie de la tâche à effectuer. Le traitement impose une proximité corporelle qui n'est pas sans susciter des réactions émotives de part et d'autres. Ainsi cette situation qui n'est pas naturelle peut être vécue de bien des façons et entraîner des troubles allant à l'encontre de la détente, du confort et de la confiance (malaise, anxiété).

Le chirurgien-dentiste qui, par sa proximité corporelle et par son geste, s'introduit dans l'orifice oral, pénètre dans l'espace privé. La vision, l'odeur et la chaleur du corps de l'autre, le rythme de sa respiration, l'odeur et le souffle de son haleine constituent les signes irréfutables d'une relation d'engagement avec un autre corps.

Dans la distance intime, le toucher et l'odorat sont prévalents et sont des facteurs de répulsion ou au contraire de puissants stimuli érogènes. Le regard lui-même, qui dans une relation interpersonnelle normale fait partie de la distance personnelle, s'exerce au cours de la relation chirurgien-dentiste-patient dans un espace restreint qui peut être perçu comme intime ou intrusif. Cela peut conduire certains patients à une attitude de fermeture ou de défense et poussent d'autres, au contraire, à une intimité non requise.

Si avec le temps, le chirurgien-dentiste apprend à ne plus s'en formaliser, certains patients, qui n'ont pas l'habitude d'une telle proximité physique, nécessaire aux soins qu'ils réclament et qu'ils doivent accepter éprouvent une gêne ou un malaise voire un sentiment de soumission.

Ces positions, en interférant dans l'imaginaire du patient peuvent déclencher des situations troublantes sur le plan émotif, notamment chez les patient(e)s hystériques, comme mentionné dans la deuxième partie.

Comment contrer l'effet de la proximité physique? (1, 2, 14, 37, 46, 82)

Pour contrer l'effet de la proximité physique et instaurer le climat de confiance, il faut donner à la notion de contact physique, généralement dépendante des schémas culturels, un sens de réconfort.

Le chirurgien-dentiste doit savoir préparer son patient à la distance intime que les soins dentaires nécessitent. Il est possible de diminuer de beaucoup l'anxiété reliée aux distances psychologiques en ne passant pas tout de suite d'une distance éloignée à une distance intime.

Prenons l'hypothèse où le chirurgien-dentiste va chercher le patient dans la salle d'attente. Dans un premier temps, le praticien va se diriger vers son patient, faire un mouvement d'accueil vers lui, (signe d'ouverture vers l'autre) à la distance sociale, puis dans un deuxième temps, lui serrer la main tout en échangeant quelques paroles et se maintenir à cette distance personnelle. Le bras doit rester tendu pour ne trop s'approcher sans être pour autant rigide. Le contact physique amical de la main fournit de l'information sensorielle (chaleur, fermeté, douceur, tremblement...) ; Cette distance est aussi nécessaire lors de l'entretien clinique pour préparer au contact intime que le chirurgien-dentiste doit avoir pendant le traitement lorsqu'il touche le visage et la bouche de son patient.

ECOUTE et EMPATHIE sont les attitudes garantes d'une BONNE DISTANCE THERAPEUTIQUE : la distance qui convient à une relation soignant-soigné.

Comment utiliser le toucher ? (14, 37, 57, 76, 82)

Le toucher peut aussi rassurer un patient angoissé : le praticien en posant la main sur l'épaule ou sur le ventre du patient, le soulage, l'apaise ou le réconforte. Avec la main du chirurgien-dentiste sur le ventre, le patient peut caler sa respiration sur celle (régulière si possible !) du chirurgien-dentiste et pourra ainsi se détendre ; le contact physique a alors valeur de réconfort voire de protection. Toucher le patient a un fort impact émotionnel, très positif s'il résulte d'une démarche sincère et s'il est bien accepté par chacune des deux personnes. Cependant, certains patients ou praticiens ne supportent pas ce contact physique dans la relation et peuvent la vivre comme une agression.

III.2.3. La posture et la position spatiale

Définitions (2, 21, 61)

Elles correspondent à l'orientation des éléments corporels. La communication non verbale utilise deux types de repères :

- l'orientation d'un élément du corps par rapport à un autre ou par rapport au reste du corps

(posture) ;

- l'orientation du corps ou de ses parties par rapport à l'environnement (position spatiale).

Comment les interpréter ? (2, 61)

Il est important de voir si les jambes du patient sont croisées (signe fréquent de défense), si ses mains sont agrippées aux accoudoirs, si sa posture est tendue. D'autres fois, l'attitude de séduction ou de provocation peut être exprimée par des postures plus ou moins ambiguës...

Comment les utiliser ? (1, 2, 14, 46, 48, 57, 61, 70, 61, 76, 80, 82)

Il est préférable de communiquer face à face, position plaçant les deux interlocuteurs en situation d'égalité dans l'échange, indiquant la qualité d'écoute, le respect, la confiance, la disponibilité et favorisant la coopération. Le premier contact et l'entretien sont favorisés si les deux personnages sont assis devant une table ou un bureau, du même côté, à 1.50m l'un de l'autre. Patient et praticien sont ainsi en position d'égalité physique sinon mentale, pour dialoguer et pour saisir l'expression du regard, du visage et de tout le corps (Fig. 13 et 14).

Le praticien est détendu, bras non croisés (attitude ouverte) et assis dans une posture naturelle. S'il est à l'aise, il lui sera plus facile d'être à l'écoute de la personne à laquelle il parle. De même, sa position et ses mouvements doivent être naturels, ce qui augmente sa sensation de bien-être et le rend plus apte à communiquer avec son patient.

L'entretien ne devrait pas avoir lieu au moment où le patient est allongé, position passive et infantile, ou pire encore pendant l'examen. Le fauteuil dentaire ne semble pas être le lieu idéal pour un dialogue de première consultation ! Le patient inquiet, qui se retrouve allongé dans le fauteuil presque aux pieds du praticien, ne se trouve pas dans une position réconfortante pour exposer sa demande (Fig. 15).

Une autre position inadaptée serait une position de retrait, derrière le patient, obligeant celui-ci à des contorsions pour voir le praticien. Chaque fois que l'intervention ne nécessite pas de se tenir derrière le patient, il est préférable de revenir à la position face à face pour favoriser une meilleure écoute (Fig. 16).

Le chirurgien-dentiste qui engage la conversation en disant, dos tourné : « Qu'est-ce que je peux faire pour vous ? » et qui, en même temps se lave les mains ou prépare ses instruments, transmet de façon implicite qu'il ne s'intéresse pas à la réponse ou qu'il n'accorde pas d'importance à sa question. De la même façon, le praticien qui consulte le dossier en disant : « continuez, je vous écoute », démontre qu'il n'est pas réceptif, ce qui sera interprété par le patient comme un manque d'intérêt. Il est indispensable qu'il manifeste, par une écoute attentive, sa totale disponibilité et son intérêt exclusif pour ce qui se dit.



Figure 13 : Une position d'entretien clinique adaptée d'après C.D. ARRETO et coll. (2006)

Idéalement, l'entretien clinique doit se faire à distance du fauteuil. Face à face au bureau, le praticien et le patient communiquent avec les éléments du dossier sous les yeux.

Figure 14 : Une position d'entretien clinique adaptée d'après C.D. ARRETO et coll. (2006)

La patiente et le praticien sont face à face, les regards sont au même niveau. L'échange de sourire montre qu'une bonne communication s'établit.



Figure 15 : Une position clinique inadaptée d'après C.D. ARRETO et coll. (2006)

La patiente est en position allongée et est beaucoup plus basse que le praticien. La communication non verbale qui s'établit par le regard ne peut pas se faire.

Figure 16 : Une position d'entretien clinique inadaptée d'après C.D. ARRETO et coll. (2006)

Le praticien est derrière et est beaucoup trop haut par rapport à la patiente. De même, le port de masque est un frein à la communication non verbale (mimiques faciales).



Pour expliquer le plan de traitement ou présenter une information d'importance, il est parfois opportun de changer de pièce, quitter le fauteuil dentaire ou du moins modifier son inclinaison. Le changement de cadre ou une simple modification de la posture suffisent souvent à transformer la relation patient-chirurgien-dentiste, perçue trop souvent comme un rapport de dépendance, en une relation plus égalitaire. Une adhésion au traitement peut en résulter.

III.2.4. La gestualité

Définition (2)

Outre les mouvements oculaires, les mimiques faciales, on observe des mouvements de la tête, du tronc, des mains, des bras et des jambes pouvant modifier la statique corporelle. Ils expriment volontairement ou trahissent nos désirs, nos sentiments ou nos craintes. Deux grandes catégories de gestes sont actuellement reconnues : les gestes d'argumentation, en rapport avec le discours, et les gestes parasites, sans rapport avec le discours.

Les caractéristiques des gestes : vitesse, rythme, ampleur, mode, direction

- vitesse : des gestes lents reflètent le calme de l'individu ; des gestes rapides ou reflètent une personne réactive, voire extravertie ou enthousiaste. Des facteurs comme la fatigue ou l'émotion, peuvent conduire à ralentir les gestes.

- rythme : c'est la quantité des gestes déployés. Ils peuvent être nombreux, démontrant le caractère expansif et démonstratif de l'individu.

- ampleur : des gestes amples traduisent un enthousiasme mais n'excluent pas une gêne permettant à un individu de se justifier. Des gestes étriés expriment une certaine timidité. Ces notions sont à pondérer par la prise en compte de différences culturelles ou générationnelles.

- mode : les gestes sont variables selon leur mode d'utilisation. Des gestes ordonnés montrent une personne objective aux idées claires, des gestes désordonnés traduisent de la confusion dans les idées.

- direction : dirigés vers l'extérieur, il s'agit de gestes d'extension traduisant une ouverture d'esprit. A l'inverse, des gestes orientés vers l'intérieur, ou mouvements de flexion, reflètent l'introversion.

Les gestes ont pour fonction de :

- suppléer à la parole lorsque certains facteurs situationnels tels que la distance ou le bruit gênent la transmission de la parole ;

- souligner l'importance du propos tenu, les points marquants du discours tel une ponctuation ;

Les gestes des mains qui accompagnent la communication verbale constituent le phénomène le plus caractéristique. Ils peuvent :

- désigner par des gestes de pointage (vous, là...) ;

- indiquer une relation spatiale, des mouvements dans l'espace : dessus, dessous, autour, à travers... ;

- marquer la mesure, le rythme ;

- figurer la forme d'un objet évoqué ou l'action qui le caractérise.

Pourquoi savoir les interpréter ? (2, 36, 61, 82)

L'intérêt de décoder les gestes des patients et de maîtriser les nôtres réside dans la capacité de ces gestes à mettre en évidence l'anxiété et le stress. Les patients angoissés et stressés ont une tension musculaire beaucoup plus accentuée. La gestuelle augmente afin d'évacuer ce stress. La peur du chirurgien-dentiste peut même conduire à une agitation psychomotrice extrême qui interdit les soins odontologiques.

Cela peut aussi se traduire par des gestes involontaires, souvent par des tics, les extrémités qui s'agitent ou les doigts qui tambourinent, une démangeaison suivie d'un grattage, etc.

Malgré leur variabilité, ces gestes sont facilement détectables chez le patient, et sont, comme le dit FREUD (2001b), des révélateurs de l'inconscient, vu que, même quand le patient se tait, son corps parle pour lui.

Pour le praticien, il s'agit de maîtriser sa propre gestualité afin d'éviter une « contagion » du stress vers le patient, en l'orientant vers des gestes d'argumentation qui vont soutenir son discours. Les mouvements doivent être lents et donner une impression de sécurité ; tout mouvement brusque risque d'inquiéter le patient.

III.2.5. Les expressions faciales, mimiques

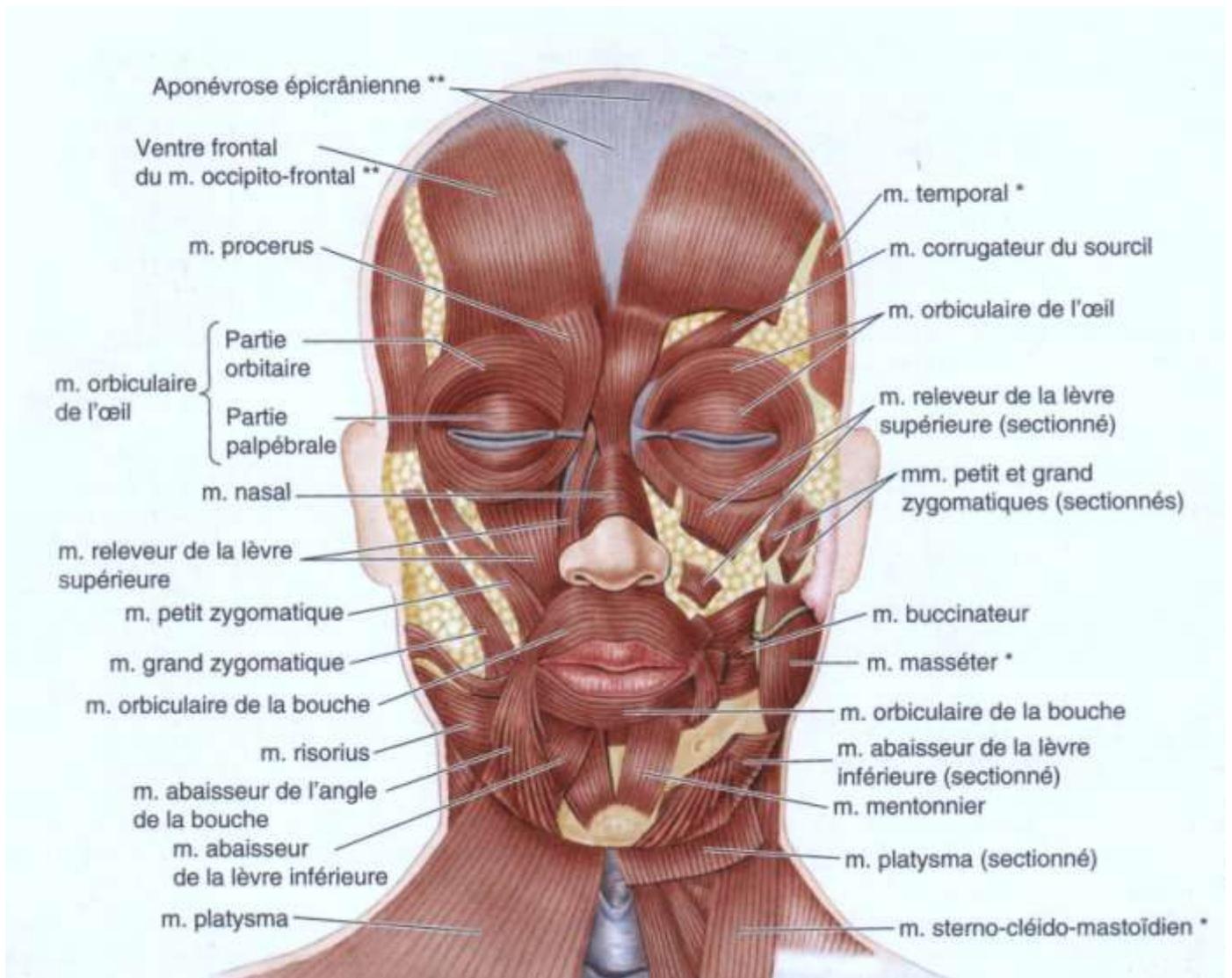
Généralités (2, 53, 61)

L'anatomie du langage isole des muscles qui, par leur contraction momentanée font les mimiques qui transmettent une quantité d'informations modulant le contenu parlé du message, voire se substituent à lui complètement dans certains cas : mimique d'ignorance, de doute, de crainte, de dégoût... (fig. 17 et 18)

Les émotions, les affects qui s'expriment sur le visage sont témoignages de la vérité. Il y a les muscles des mensonges, de même qu'il y a les muscles qui révèlent les émotions fondamentales (la colère, la peur, la tristesse, la douleur, la confiance, la surprise ou l'excitation).

Ainsi, toute contraction des muscles du visage tels le froncement des sourcils, la crispation des lèvres sont autant d'indicateurs qui permettront d'évaluer, d'interpréter plus finement le stress, l'anxiété, la douleur du patient. Inversement une décontraction du visage informe le praticien que le patient est détendu.

Ceci permet d'apprécier la confiance du patient vis-à-vis de son praticien, notamment la nécessité de prodiguer plus d'explications afin de parvenir à une relaxation du patient. Au niveau technique, la mimique faciale est un indicateur concernant le bien-fondé d'une analgésie locale.



**Figure 17 : Vue antérieure des muscles du cuir chevelu et de la face
d'après K.L. MOORE et A.F. DALLEY (2007)**

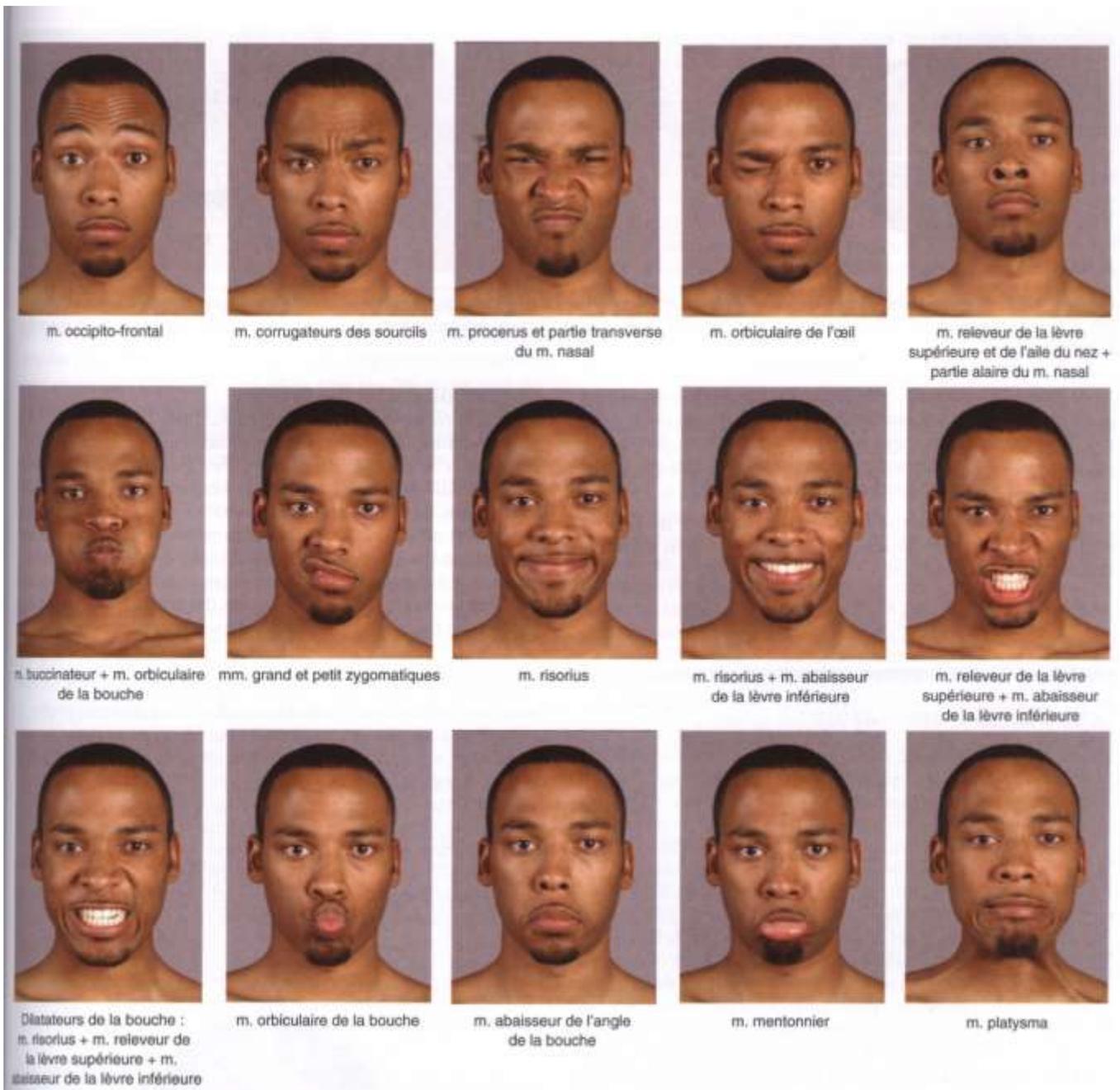


Figure 18 : Actions de muscles de la mimique d'après K.L. MOORE et A.F. DALLEY (2007)

Le sourire (1, 2, 3, 76)

Le cas particulier du sourire concerne d'autant plus le chirurgien-dentiste qu'il peut être responsable de son esthétique. Ce n'est pas qu'un simple mouvement musculaire puisqu'il peut être relié à ses pensées et au caractère de chaque individu. Autrement dit, il témoigne de son psychisme et est potentiellement le reflet de sa personnalité.

Sa signification psychologique est très variée : sourire face aux pleurs (phobie, douleur), sourire

avec les yeux, sourire de satisfaction du patient et reconnaissance d'un travail bien fait pour soi-même, sourire associé à la confiance... La façon de sourire permet de traduire des comportements inhérents à chacun et à des situations distinctes.

Les caractéristiques du sourire

- Le sourire est provoqué par un événement, par un mot, par un objet ou un souvenir.
- Il traduit l'image corporelle de l'individu car il participe à donner aux autres une image de soi et une image des autres en termes d'estime. Le sourire reflète la confiance en soi.
- Il est un outil de communication efficace puisqu'il est, avec les yeux, l'élément expressif majeur composant le visage. De plus, il est audible d'après le timbre de la voix. Ainsi, au téléphone ou sous masque, le sourire est perçu par le patient. Il peut avoir une incidence immédiate sur le succès de la relation praticien-patient.
- Il peut servir soit de moyen de défense ou de protection, soit d'encouragement.
- Il a une fonction relationnelle qui permet parfois une médiation en induisant des attitudes positives.
- Il est potentiellement un moyen de s'imposer, de montrer que le praticien a confiance en lui mais aussi dans la relation thérapeutique qu'il instaure avec son patient. Il est un moyen de rassurer les deux dans la relation praticien-patient.

III.2.6. Le regard

Pourquoi savoir l'interpréter ? (2, 16, 61)

Il y a un véritable langage des regards appelé aussi langage des yeux défini par les types de regard (plus ou moins appuyés), les clignements des paupières, les expressions des yeux... représentant à la fois un potentiel d'attraction (« faire les yeux doux ») et un potentiel de répulsion (« regard noir »).

Le regard a un caractère plurivoque : regard complices, regard intrusif, regard franc ou sournois, regard effronté pour dire « je me bats contre toi », yeux rieurs... Il constitue un aspect essentiel des individus car il reflète assez fidèlement la plupart des émotions : dégoût, colère, peur, joie, tristesse, surprise.

Pour les soignants le regard peut être porteur de sens sur le plan clinique : il exprime le peu dit (la cavité buccale est obstruée), l'angoisse, la terreur mais aussi la confiance. D'autre part, lorsque le patient ferme les yeux, le praticien peut l'interpréter soit comme un sentiment de sécurité du patient provoquant un relâchement de la tension musculaire, ce qui permet un travail plus aisé du praticien, soit

comme une volonté du patient de placer une barrière entre lui et la réalité, pour ne pas voir ce qui se passe. Dans ce cas, la fermeture des yeux constitue une défense perceptive comme la constriction des pupilles, les changements de direction du regard ou le battement des paupières.

Le battement des paupières, peut, en effet, refléter des états émotionnels. Des situations de tension ou de stress psychologique engendrent une accélération de la fréquence des battements de paupières, ce qui en cours de soin peut traduire une gêne, un inconfort, une douleur ou une souffrance.

Comment savoir l'utiliser ? (2, 14, 16, 22, 23, 61, 76, 82)

Le regard permet non seulement à l'individu de capter les informations provenant de l'extérieur mais aussi d'en fournir. C'est ainsi qu'environ 80 % des informations du monde extérieur passent par nos yeux. Socialement, le regard s'utilise selon le contexte de la situation de communication, le sexe des sujets, leur statut social ou le thème de la discussion.

La communication visuelle est primordiale. On ne peut soigner un patient sans que les regards se soient croisés. Le praticien sait que le contact est difficile à établir lorsque le patient ne le regarde pas dans les yeux.

Un niveau suffisant d'implication, d'attention, d'intérêt exprimé par le regard est nécessaire pour le déroulement et le maintien d'une conversation. Les regards qui vont du récepteur à l'émetteur sont supérieurs en fréquence et en durée moyenne à ceux qui vont de l'émetteur au récepteur. Celui qui s'exprime regarde son interlocuteur de façon irrégulière et sur de courtes périodes pour contrôler s'il a bien reçu le message. Au contraire, le récepteur fixe de façon presque continue son partenaire afin d'obtenir des informations visuelles qui complètent les informations auditives. Il faut éviter de fixer sans arrêt ou intensément son interlocuteur, cela risque de le mettre mal à l'aise.

Les patients arrêtent leurs explications même au milieu d'une phrase lorsque le praticien regarde son bureau ou commence une autre tâche. Les patients pensent que le praticien ne les écoute pas. C'est seulement lorsque le praticien les regarde à nouveau qu'ils reprennent leur discours. Inversement, le praticien doit toujours garder le contact visuel avec son patient: s'il ne le regarde pas, c'est qu'il ne comprend pas et qu'il veut fuir ou au contraire, qu'il ne veut pas montrer son agressivité.

Chez le patient timide, la communication passe surtout par le regard, le langage parlé peut ne venir qu'après. Un regard bienveillant du chirurgien-dentiste permet de diminuer le stress et de le rassurer.

En outre, le patient pourra utiliser le clignement de paupières pour exprimer son accord ou sa désapprobation.

III.3. La communication non verbale à travers l'environnement

Comme détaillé dans la troisième partie, le contexte thérapeutique est un élément primordial de la communication dans la relation de soins ; le praticien ne doit le négliger quand on sait qu'il peut s'avérer sinon pathogène, du moins pas toujours aussi favorable qu'on pourrait l'espérer (69).

IV. Les compétences en communication du praticien (1, 2, 57, 69, 76, 78)

Voici les éléments essentiels qu'on doit retrouver de la communication entre le patient et le praticien (fig. 19) :

Figure 19 : Déclaration du consensus de KALAMAZOO cité par C.D. ARRETO et coll. (2006)

Eléments essentiels	Tâches
Etablir la relation	Encourager le partenariat praticien-patient Respecter la participation active dans la prise de décision
Ouvrir la discussion	Permettre au patient de compléter sa déclaration d'ouverture Faire ressortir la totalité des préoccupations du patient Etablir et maintenir un contact personnel
Recueillir les informations	Faire usage de questions ouvertes et fermées de façon appropriée Structurer, clarifier et résumer les informations Ecouter activement en utilisant des techniques non verbales (ex : contact du regard, position du corps) et verbales (paroles d'encouragement)
Comprendre la perspective du vécu de la maladie du patient	Explorer les facteurs contextuels (ex : famille, culture, genre, âge, situation économique, spiritualité) Explorer les croyances, les préoccupations et les attentes au sujet de la santé et du vécu de la maladie Reconnaître et répondre aux idées, sentiments et valeurs du patient
Partager les informations	Faire usage d'un langage compréhensible par le patient Vérifier la compréhension Encourager les questions
S'accorder sur les problèmes et les plans	Encourager le patient à participer à la décision autant qu'il le désire Encourager la volonté du patient et sa capacité à suivre le plan de traitement Identifier et faire la liste des ressources et des supports
Assurer la clôture	Demander si le patient a d'autres questions ou préoccupations Résumer et confirmer l'accord avec le plan d'action Discuter du suivi (ex : prochaine visite, plan prévisionnel pour des issues inattendues)

LA RELATION DE SOINS

La relation de soins englobe les interactions entre praticiens et patients...

I. La relation d'aide (12, 14, 37)

C'est une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation, l'absence de tout jugement, de toute contrainte ou de pression de la part de « l'aidant » permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes. Cela nécessite de la part du soignant des attitudes de compréhension, d'empathie, de respect et de congruence.

Congruence : c'est l'adéquation profonde entre les différents messages que nous transmettons dans une communication par notre discours, intonation, posture, inflexion de voix... Cela suppose d'être authentique, sincère dans la relation à l'autre.

La relation qui doit s'établir entre le chirurgien-dentiste et son patient est spécifiquement une relation d'aide professionnelle dans un contexte médical, fondée sur la confiance.

II. Une relation asymétrique et inégale (1, 2, 14, 45, 57, 67, 70, 76, 80)

La relation praticien-patient est singulière, inégalitaire et asymétrique. Se trouvent en présence :

- d'une part, un soignant doté de compétences techniques, de capacités de décision et de protection (« savoir faire » et « savoir être ») ;

- et d'autre part, une personne souffrante, en questionnement, qui adresse une plainte doublée d'une demande de guérison ou du moins soulagement et donc, plus ou moins implicitement aide et protection ; elle peut se penser en situation d'ignorance et souvent d'impuissance à propos de cette souffrance et se placer en situation de dépendance voire de soumission. Le patient est de ce fait doublement en situation d'inégalité : du fait même de l'état de demande/dépendance qui le rend passif et tributaire de la réponse d'autrui ; et du fait de la souffrance qui mobilise une partie de l'énergie.

C'est la nécessité qui rapproche l'un l'autre et les engage dans une démarche thérapeutique. L'un et l'autre doivent s'engager dans un processus de guérison : ils font l'objet d'attente et d'espérance mutuelle. Cela suppose une confiance réciproque, sans quoi l'intervention deviendra plus difficile.

III. Le transfert et le contre-transfert

Ces mécanismes surviennent dès les premières secondes de la rencontre des deux inconnus, la vue et le regard de l'autre. Le visage, l'expression, les attitudes vont évoquer dans l'inconscient de chacun, des images, des souvenirs de parents, de personnes déjà vues, sympathiques ou non. S'insinuent alors des « sentiments » positifs ou négatifs qui évoquent le transfert (du patient vers le praticien) et le contre-transfert (du praticien vers le patient) de la cure analytique (82).

III.1. Le transfert (2, 13, 33, 36, 40, 45, 48, 52, 57, 67)

La théorie psychanalytique a défini le concept de transfert, moteur de la cure analytique.

En psychanalyse, la personnalité de l'analyste est investie dans la cure analytique, en tant que substitut de personnage(s) qui a ou ont compté pour le sujet que ce soit positivement ou négativement. Il reporte sur lui ce qu'il a pu ressentir à l'égard de son père, de sa mère ou de personnes qui lui sont proches.

Ce transfert fonctionne pour toute relation : l'enfant et son maître, les relations professionnelles ou la relation patient-praticien. Il est important de connaître le processus de transfert dans la relation soignant-soigné qui n'est pas tout à fait identique au transfert de la cure psychanalytique. Il s'agit par extension de toutes réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le patient à l'égard du praticien.

Le transfert peut être de deux types :

- Le plus souvent le transfert est positif, le praticien est perçu comme une personne bienveillante, douée d'un savoir et d'un pouvoir qui répond aux attentes du patient. Cela se traduit par de la confiance et de la sympathie qui constituent un moteur thérapeutique. A l'extrême, le patient peut développer un sentiment amoureux.

- Mais il peut aussi être négatif : méfiance, ... projection agressive, haine. Il faut faire attention à la réponse en miroir de cette haine : le patient peut alors répéter des situations de conflit du passé. On doit pouvoir absorber cette haine, ne pas y répondre pour pouvoir réaliser les soins ; le transfert négatif n'est donc pas une contre-indication aux soins mais la relation de confiance aura du mal à s'instaurer et peut avoir des effets thérapeutiques négatifs ou contraires.

Autre type de transfert négatif, l'attitude provocatrice, séductrice du patient pouvant gêner, embarrasser le praticien. Il doit alors clarifier la situation.

Ainsi, le transfert voit se succéder des manifestations de nature différentes et ambivalentes à l'encontre du praticien. Le patient par le transfert revit, assez spontanément, des émotions et aborde des évènements vécus dans le passé. Ce transfert est bien sûr interprété.

III.2. Le contre-transfert (2, 40, 45, 48, 57, 82)

Le concept de contre-transfert a également été défini par la théorie psychanalytique comme englobant les réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le praticien vis-à-vis de son patient.

Ce contre-transfert est évidemment lié à sa personnalité mais aussi à son histoire personnelle. Pour éviter que ses préoccupations viennent perturber la relation de soins, il doit être capable d'identifier ses propres réactions (relation avec l'entourage, le patient peut lui rappeler un proche, il peut ressentir de la haine, de l'agressivité envers un patient ou au contraire il peut même tomber amoureux du patient).

Généralement, le contre-transfert est positif, permettant une relation patient-praticien de qualité marquée par l'empathie du praticien. Celui-ci s'identifie à son patient et comprend sa situation tout en étant capable de garder une certaine distance vis-à-vis de lui, distance nécessaire pour l'objectivité de son exercice.

Au contraire, un contre-transfert positif excessif risque de conduire à une identification trop importante au patient et donc à une perte de cette objectivité nécessaire à la prise de décisions difficiles. Il a lieu d'être attentif à toute dérive possible du fait de la très grande proximité sur le plan physique et affectif : le praticien est très exposé.

De même, un contre-transfert négatif peut générer l'agressivité et des frustrations chez le patient et donc aboutir à un échec de la relation.

Par ailleurs, une absence de contre-transfert peut conduire le praticien à une froideur excessive, délétère pour la qualité de la relation.

Pour conclure, le praticien subit le transfert positif ou négatif du patient. Il doit se méfier de son contre-transfert. L'aspect psychologique de sa spécialité est déterminant pour ses patients comme pour lui-même.

Remarque: pour Jacques LACAN le contre-transfert n'existe pas, on parle de transfert patient-praticien et de transfert praticien-patient.

IV. La relation patient-praticien et l'égalité des patients devant les soins à dispenser (2, 10, 12, 50, 69, 76, 82)

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite loi KOUCHNER, soumet désormais les professions de santé à l'obligation d'information du patient et au recueillement de son consentement ; aussi, elle constitue une nouvelle étape dans la relation praticien-patient. Elle introduit le patient dans la décision de santé et instaure l'obligation de communication du dossier médical personnel. De plus, la relation praticien-patient a suivi l'évolution de la société en matière de relations sociales. Force est de constater que le patient est devenu acteur de sa santé voire consommateur de soins.

Enfin, l'accès aux informations médicales par les mass médias (revues sur la santé, magazines, radio, TV, CD-ROM, Internet) a permis aux patients de devenir mieux informés donc éventuellement plus exigeants. Ainsi, la relation praticien-patient s'est profondément modifiée : elle est devenue un cadre d'échanges et donc d'éducation à la santé, de nature à promouvoir des idées de progrès face à des pratiques aveugles ancestrales (explicitées dans le modèle paternaliste).

Les contraintes médicales et opératoires ne permettent pas toujours d'établir une communication aboutissant à un consentement éclairé immédiat lors d'une décision thérapeutique. Cependant, la loi du 4 mars 2002 pourrait donner raison au patient car elle n'exonère pas le praticien de son obligation de consentement éclairé : le patient doit être informé sur les complications lorsqu'il est en mesure de communiquer et sur les risques auxquels il s'expose en l'absence de traitement. Dans l'impossibilité de communiquer, c'est en s'appuyant sur le principe de précaution que la décision thérapeutique du praticien rester dans un cadre relationnel visant à répondre au mieux aux intérêts du patient.

Donc avant tout acte, le consentement du patient est nécessaire, et ce même en urgence car une extraction précipitée constituera pour le patient une atteinte grave à son intégrité corporelle. De tels actes sont dangereux pour le psychisme du patient. Il doit être accompagné avant et surtout après l'acte.

V. Le modèle paternaliste et le modèle d'autonomie

V.1. Le modèle paternaliste : principe de bienfaisance (2, 7, 26, 45, 50, 52, 56, 57, 76)

Dans le modèle paternaliste d'HIPPOCRATE, le praticien, avec les meilleures intentions, endossait le rôle du père en face du patient et s'arrogeait le droit d'agir au nom de celui-ci et pour son plus grand bien. Le principe de bienfaisance légitimait une protection du patient, affaibli par la maladie, la souffrance et l'ignorance. « Celui qui sait et qui soigne », avait la responsabilité de se substituer au

malade pour faire son bien.

Cependant, ce modèle de relation qui prévalait était trop inégalitaire : la domination et le pouvoir étaient du côté du praticien et la soumission et la fragilité du côté du patient comme le décrit BALINT (1996). C'est une relation qui respectait insuffisamment le patient, où celui-ci était maintenu dans une passivité voire une soumission infantile, et où il n'y avait pas de réciprocité dans les échanges entre les deux protagonistes. Le patient était trop peu concerté et informé des traitements.

Or, prétendre que le malade ne soit pas apte à participer aux décisions qui le concernent, c'est méconnaître le fait que cette attitude dépend d'abord de l'information que donne le praticien.

Ce rôle pouvait susciter des comportements d'autoritarisme et centrés essentiellement sur la maladie. En conséquence, l'interrogatoire du patient était essentiellement centré sur celle-ci.

La relation soignant-soigné s'en trouvait altérée car le praticien s'était intéressé à la maladie plus qu'au malade.

V.2. Le modèle d'autonomie

La liberté et le droit à l'autodétermination (1, 2, 3, 26, 37, 45, 56, 57, 69, 70, 71, 76)

La relation patient-praticien est actuellement en pleine mutation. En effet, notre société voulant mettre en avant les droits de l'individu, elle a fait évoluer cette relation qui est passée du mode paternaliste à un mode d'autonomie et d'échanges entre deux acteurs du système de santé. En particulier, les nouvelles obligations liées à l'information et au consentement éclairé et concernant la communication du dossier médical, définies comme nous l'avons vu dans la loi du 4 mars 2002, témoignent de cette évolution. Le patient passe ainsi du statut de « consentant d'office » à celui de partenaire à part entière, lors de la décision thérapeutique.

Le modèle de relation qui prévalait a ainsi été remplacé par un modèle plus égalitaire qui valorise l'autonomie du patient. Le premier principe moral n'est pas de faire le bien du patient, comme pour le modèle traditionnel, mais de respecter sa liberté, sa dignité d'être.

Le praticien a pour mission d'accompagner le patient de lui délivrer une information utile pour lui préserver le respect de la personne et l'humanité de la relation. Il s'agit d'informer le patient, d'échanger de se concerter avant de lui laisser la responsabilité d'une décision.

Le patient devrait être partie prenante de la manière dont son problème sera géré car sa coopération est indispensable si l'on veut mener à bien le projet thérapeutique qui devra se faire avec le patient et en respectant ses choix. Cette attitude est le meilleur garant d'une action efficace.

Le praticien doit encourager le patient à se sentir responsable de sa propre santé et reconnaître l'autre dans son aptitude à juger et à disposer de lui-même : c'est le droit à l'autodétermination.

Les risques d'un excès d'autonomie (2, 56, 57, 76)

Il importe de ne pas confondre l'autonomie du patient et sa responsabilité excessive dans les choix et la décision thérapeutique. Imposer à un patient de choisir son traitement ne constitue pas un acte d'« autonomisation » mais une déresponsabilisation médicale ainsi qu'une déshumanisation de la relation.

Le patient peut être amené à prendre des décisions imprenables, ce qui peut conduire à une souffrance psychologique (peur de faire le mauvais choix, incapacité à choisir...) et au risque de refus des traitements qui pourraient lui être bénéfiques.

D'autre part, lorsque son consentement éclairé lui est demandé, le patient peut exprimer qu'il s'en remet totalement aux compétences du praticien pour décider. La prise de décision partagée lui semble une démarche impossible car sa conception de la relation praticien-patient semble orientée vers un modèle « paternaliste ». Il remet en cause la relation patient-praticien d'« autonomie » ; il vient pour que le praticien lui donne un avis médical et son opinion en tant que professionnels, il n'a pas envie qu'il le laisse mener l'entretien. « Il attend un personnage puissant c'est-à-dire investi d'une autorité rassurante ». A ses yeux, le praticien paraît donc se désinvestir de son rôle et de son statut. Une information sur le consentement éclairé peut lui être bénéfique afin de le convaincre que le praticien ne cherche pas à se déresponsabiliser de toute décision mais cherche à le faire participer à la meilleure décision thérapeutique.

La revendication autonomiste, poussée à l'extrême, peut fausser la relation patient-praticien. Le comité consultatif national d'éthique, dans son rapport sur le consentement éclairé du malade, a mis en garde contre la dérive légaliste et judiciaire où la relation contractuelle entre service de santé et consommateurs de soins remplace la relation de confiance personnalisée indispensable à la prise de décision partagée. Cette dérive risque surtout de s'accompagner d'une déresponsabilisation des praticiens qui ne se sentiraient plus soumis qu'aux obligations formelles de la loi, avec la crainte constante de poursuites éventuelles.

V.3. Quel modèle appliquer ? (1, 2, 26, 56, 57, 70, 76)

La relation praticien-patient idéale devrait rester fluide, en étant capable d'osciller entre ces deux modèles, le praticien changeant son comportement en fonctions des besoins du patient et des circonstances.

Pour être à distance de ces deux modèles extrêmes de relation, l'enjeu pour le praticien est la communication : savoir expliquer au mieux la maladie et le plan de traitement proposé à chaque patient.

Lorsque la communication a permis d'établir la relation de confiance entre soignant-soigné, il est très rare que celui-ci oppose un refus catégorique à celui-là. Beaucoup de refus d'actes médicaux

pourraient être évités si le praticien prenait le soin d’informer clairement le patient des investigations qu’il estime nécessaires, et des possibilités thérapeutiques qui lui sont offertes.

En résumé, il s’agit de constater, voire d’apprécier l’évolution d’une relation hippocratique-relation de confiance, de rencontre d’une confiance et d’une conscience, où le patient est objet remis entre les mains d’un praticien consciencieux qui opère dans le plus grand intérêt de celui qui s’est remis entre ses mains-vers une relation contractuelle dans laquelle le praticien l’informe des hypothèses diagnostiques et l’associer à la prise de décision thérapeutique.

Ainsi la relation praticien-patient est passée du stade de contrat de confiance périodiquement renouvelable à celui de partenariat.

Figure 20 : Comparaison des modèles paternaliste et autonomiste

Modèle paternaliste	Modèle autonomiste
<p>Principe de bienfaisance du praticien</p> <p>Domination et pouvoir du praticien</p> <p>Soumission et fragilité du patient : patient passif dans la relation de soins</p>	<p>Liberté et Droit à l’autodétermination du patient</p> <p>Déresponsabilisation du praticien</p> <p>Patient acteur dans la relation de soins</p>

CONCLUSION

Les relations entre le corps et l'esprit ont été tout au long de l'évolution humaine l'objet d'une grande préoccupation. Elles ont notamment été abordées en termes de dualisme qui les définit comme étant deux entités séparées. La pensée moderne soucieuse de préserver l'unité de l'Homme rejette cette dichotomie : l'esprit et le corps ne font qu'un et leurs interrelations se trouveraient probablement dans l'encéphale.

Outre ce clivage, le corps a été morcelé en différentes parties, grâce aux progrès des sciences et des techniques, apportant des diagnostics plus précis et des traitements plus performants.

De cette approche sectorielle naît aussi le modèle biomédical dans lequel la santé et la maladie sont définies selon la présence ou non d'une lésion d'organe. De plus, la maladie est déterminée par une cause biologique spécifique à laquelle correspond un traitement particulier : c'est la causalité linéaire.

Cependant, cette démarche présente bien des limites. L'Homme ne peut être considéré comme un simple assemblage d'organes mais comme un tout qui échange des informations avec le milieu environnant. Le praticien doit tenir compte de son vécu subjectif et introduire les dimensions psychologique et sociale dans le modèle biomédical. C'est la démarche biopsychosociale. Une maladie, quelle qu'elle soit, implique la totalité de l'organisme, même si elle ne se manifeste que localement dans des parties d'organes ou de systèmes dans la personne arbitrairement dissociée.

Considérer l'Homme dans sa globalité signifie aussi considérer les idées qu'il se fait de la santé et de la maladie, en fonction des influences familiales, sociales, culturelles qui vont constituer son système de valeurs. Ainsi la santé et la maladie dépendent de la subjectivité du patient et témoignent de son adaptation ou non à son environnement socioculturel.

Par conséquent, pour une approche globale, l'utilisation du modèle biopsychosocial est un préalable pour répondre aux attentes du patient qui souhaite être reconnu dans son unicité.

Il convient en outre de rappeler l'importance hautement symbolique de la bouche et des dents. En effet, la bouche est une zone privilégiée, richement innervée, qui occupe une place prépondérante par rapport au reste de l'organisme dans la représentation mentale du schéma corporel. De plus, elle a un rôle dans le développement psychoaffectif de l'enfant, car c'est le lieu d'échange relationnel entre le bébé et la mère pour la satisfaction de ses besoins alimentaires. Sur cette satisfaction, va s'étayer le plaisir de la succion, pouvant se manifester par la suite indépendamment de la faim et de la nutrition que le bébé sait très vite recréer en suçant son pouce. Elle est donc à l'origine des premières découvertes de l'enfant avec le monde qui l'entoure, des premiers liens affectifs avec la mère et des premières expériences de la vie, de plaisir ou de souffrance.

Le symbolisme de la bouche se retrouve également dans le domaine sexuel, puisque l'orifice buccal est aussi une zone érogène.

Les dents, ne sont pas en reste, de par leurs fonctions instrumentale (mastication, phonation), défensive et ornementale. La fonction esthétique des dents devient de plus en plus importante au fur et à mesure que la fonction physiologique primitive défensive s'atténue. Elles ont un rôle dans la communication, puisqu'elle participe à la constitution du sourire, à la valorisation de l'image de soi. Elles donnent une image de jeunesse, de santé. Pour les psychanalystes, toute atteinte ou perte de dents peuvent être vécue comme un signe de vieillissement et comme une atteinte de l'intégrité corporelle, à l'origine des angoisses de castration.

Par conséquent, le chirurgien-dentiste ne peut traiter la cavité buccale et les dents, sans tenir compte de leur aspect symbolique, qui peut influencer la qualité de la relation avec son patient.

D'autre part, cette relation de soins considère plusieurs facteurs : le contexte thérapeutique, la psychologie du patient et la psychologie du dentiste :

- L'environnement au cabinet dentaire constitue le cadre de la relation thérapeutique qui peut être utilisé comme un moyen de communication. Le praticien en portant une attention particulière à la qualité de l'accueil, à l'aménagement des lieux peut créer un climat de confiance et susciter des émotions positives de la part du patient.

- En outre, il a lieu de cerner la personnalité du patient, son vécu socioculturel, ses capacités et ses éventuelles angoisses. Ces émotions, bien connues de la profession expliquent la rareté voire l'évitement des consultations ; elles peuvent être un obstacle à une relation de soins de qualité. Nées de la peur de la douleur, elles persistent malgré les progrès dans la suppression temporaire de la douleur. Elles nécessitent une préparation psychologique, marquée par une attitude de compréhension, d'écoute de l'histoire du patient (influence néfaste de l'entourage, souvenirs d'interventions dentaires douloureuses...) et de réconfort par des explications simples et adaptées au patient.

- Par ailleurs, le praticien est lui aussi impliqué dans la relation de soins au niveau de sa psychologie. Chaque praticien est différent, de part sa personnalité, ses motivations, sa culture, son groupe d'appartenance sociale, etc. Il lui est important d'apprendre à se connaître, à évaluer ses capacités d'adaptation et son approche du patient. Souvent, il a tendance à se retrancher derrière la technique au détriment du patient.

Pour développer une approche relationnelle, la communication est l'outil principal du chirurgien-dentiste à tous les moments de la consultation. Les aptitudes à communiquer ne sont pas innées, elles doivent être développées et perfectionnées. De plus, la communication n'est pas une simple transmission d'informations, elle a pour objectifs la compréhension du message transmis et l'amélioration de la relation entre les deux interlocuteurs. Dans le cadre de la relation de soins, elle permet de créer un climat de confiance, d'aboutir à la coopération du patient et à son adhésion au plan de traitement.

Il existe deux types de communication : la communication verbale et la communication non verbale. Le langage parlé, caractéristique de l'être humain, peut être source de malentendus car chaque individu utilise des mots qui ont une connotation qui lui est propre et qui varie en fonction du contexte. Le praticien doit alors :

- construire son message de façon à ce qu'il soit compris par son patient, en fonction de ses capacités ;

- éviter le jargon médical, vocabulaire incompréhensible pour la majorité des patients et possible source d'angoisse ;

- et s'assurer que le message ait bien été assimilé, par exemple par la reformulation.

Quant à la communication non verbale, elle est d'autant plus indispensable que le chirurgien-dentiste intervient dans la bouche, ce qui interdit l'usage réciproque de la parole.

Elle est très diversifiée et se manifeste par :

- des attitudes d'écoute, de respect, d'empathie, par lesquelles le patient peut se sentir compris et reconnu dans son individualité ;

- des caractéristiques physiques : posture, gestualité, mimiques faciales, regard... Il s'agit pour le praticien de savoir les identifier car ils expriment les émotions du patient (notamment l'anxiété et la douleur) et de vérifier aussi la concordance de ces signes avec ses propos. Par ailleurs, il doit contrôler son propre langage non verbal, pour que celui-ci ne contredise pas son discours.

Enfin la relation de soins présente quelques caractéristiques qu'il convient de mentionner.

La relation de soins est le lieu où peuvent apparaître des mécanismes de transfert (du patient vers le praticien) et de contre-transfert (du praticien vers le patient). Issus de la cure analytique, ils vont désigner l'ensemble des réactions affectives, positives ou négatives plus ou moins conscientes entre les deux interlocuteurs. Ces réactions sont en rapport avec les émotions qu'ils ont déjà ressenties à l'égard de proches, le plus souvent les parents. Ainsi de ces processus, peuvent naître des sentiments de confiance, de sympathie ou au contraire d'agressivité, de méfiance qui vont influencer la relation de soins.

Par ailleurs, elle est qualifiée d'asymétrique et inégale puisqu'elle met en présence le praticien doté d'un savoir-faire et un patient souffrant et qui peut demander implicitement aide et protection. Celle-ci est décrite dans le modèle archaïque paternaliste, où le praticien s'octroyait le droit d'agir au nom du principe de bienfaisance, pour un patient passif, sans aucune marge décisionnelle.

Ce type de modèle laisse place à une relation contractuelle, grâce aux dispositions de la loi du 4 mars 2002 qui obligent les professionnels de santé à informer le patient et à recueillir son consentement éclairé. Ce modèle reconnaît la participation du patient et encourage son autonomie. Ainsi, la relation tend vers une relation d'égalité symétrique où le patient et le praticien se retrouvent partenaires dans la démarche thérapeutique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AMZALAG A.

Codes de la relation dentiste-patient.

Paris : Masson, 2007.

2. ARRETO CD, BRUNET-CANNONE A et FIORETTI F.

Consulter en Odontologie. La relation praticien patient.

Paris : CDP, 2006.

3. ASSOCIATION DENTAIRE FRANCAISE.

L'approche globale du patient sur le plan médical et psychologique.

ADF thésaurus, 2004a.

http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=21&conference=71/2004

4. ASSOCIATION DENTAIRE FRANCAISE.

Le cabinet dentaire : une équipe au service du patient.

ADF thésaurus, 2004b.

http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=21&conference=70/2004

5. ASSOCIATION DENTAIRE FRANCAISE.

Profil du patient et son rôle dans le traitement.

ADF thésaurus, 2005.

http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=21&conference=50/2005

6. ATLAN H.

A tort ou à raison. Inter critiques de la science et du mythe.

Paris : Le Seuil, 1994.

7. BALINT M.

Le médecin, son malade et la maladie. 3^{ème} éd.

Paris : Payot et Rivages, 1996.

8. BAUDIN C.

La douleur est toujours réelle. Interview de Paul PIONCHON.

Chir Dent Fr 2005;1198:30-36.

9. BEAUMARCHAIS PA.

Le barbier de Séville.
Paris : Gallimard, 2007.

10. BELAIR JP.

La demande du patient en odontologie.
Rev Odontostomatol 1981;**10**(3):217-221.

11. BENSAID N.

La consultation.
Paris : Mercure De France, 1974.

12. BOITEUX JP.

Les relations patient-praticien au cabinet dentaire : de l'accueil du patient à son dossier.
ADF thésaurus, 2001.

http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=21&conference=42/2001

13. BONAPARTE M.

L'homme et son dentiste.
Rev Fr Psychanal 1933;**1**(6):84-88.

14. BOURASSA M.

Dentisterie comportementale. Manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire.
Paris : Frison-Roche, Edition du Méridien, 1998.

15. BOURGUIGNON A.

Le problème corps/esprit.
Psychol Med 1984;**16**:1045-1050.

16. BROSSARD A.

La psychologie du regard : de la perception visuelle au regard.
Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1992.

17. BRUN-CROESE N.

L'Odontologie pédiatrique : prendre un enfant par la main pour l'amener à l'âge adulte.
Chir Dent Fr 2007;**1329-1330**:53-58.

18. CAPRA F.

Le temps du changement.
Monaco : Editions du Rocher, 1983.

19. CARON H.

Pathologie, douleur et peur : une histoire de famille.
Cah ADF 1998;**3**:10-15.

20. CARON H.

Le praticien face à l'anxiété de ses patients.
ADF thésaurus, 1999.

http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=21&conference=62/1999

21. CORRAZE J.

Les communications non verbales. 5^{ème} éd.
Paris : Presses Universitaires de France, 1996.

22. COSNIER J et BROSSARD A.

La communication non verbale.
Paris : Delachaux et Niestlé, 1984.

23. COSNIER J, GROSJEAN M et LACOSTE M.

Psychologie des émotions et des sentiments.
Paris-Retz : Nathan, 1994.

24. DEEP P.

Les modèles biologiques et biopsychosociaux de la santé et de la maladie en dentisterie.
J Can Dent Assoc 1999;**65**:496-497.

25. DE KONINCK T et LA ROCHELLE G.

La dignité humaine : philosophie, droit, politique, économie, médecine.
Paris : Presses Universitaires de France, 2005.

26. DELAHAYE JP.

La relation médecin-malade : comment se vit-elle à l'aube du troisième millénaire ? Conférence du 2ème congrès de l'Association Franco-Libanaise, Beyrouth - Université St Joseph, 30 mai 2001.

27. DESCAMPS MA.

Les stéréotypes dans l'image du chirurgien-dentiste.
Rev Odontostomatol 1981;**10**(3):207-215.

28. DESCARTES R.

Les passions de l'âme.
Paris : Vrin, 1991.

29. DURAND J.

Les formes de communication. 2^{ème} éd.
Paris : Dunod, 1988.

30. ENGEL GL.

The biopsychosocial model and the education of health professionals.
Ann N Y Acad Sc 1978;**310**:169-181.

31. ENGEL GL.

The clinical application of the biopsychosocial model.
Am J Psychiatr 1980;**137**:535-544.

32. FIVAZ-DEPEUSINGE E.

Corps et intersubjectivité.
Psychothérapies 2001;**21**(2):63-69.

33. FREUD S.

Abrégés de psychanalyse. 12^{ème} éd.
Paris : Presses Universitaires de France, 1992a.

34. FREUD S.

Trois essais sur la théorie de la sexualité.
Paris : Gallimard, 1992b.

35. FREUD S.

Essais de Psychanalyse. Le Moi et le Ça.
Paris : Payot et Rivages, 2001a.

36. FREUD S.

Introduction à la psychanalyse.
Paris : Payot et Rivages, 2001b.

37. GALINIE A.

L'importance psychologique du geste thérapeutique.
Rev Odontostomatol 1981;**10**(3):233-238.

38. GRUMBERGER B.

Considération sur l'oralité et la relation d'objet oral.
Rev Fr Psychanal 1959;**23**:177-204.

39. GUILLARD MA.

La communication verbale au cabinet dentaire.
Rev Odontostomatol 1981;**10**(3):223-231.

40. HELD R.

Le dentiste et son patient. Quelques réflexions psychologiques.
Rev Fr Odontostomatol 1958;**5**:1935-1942.

41. HESCOT P et CHABRE M.

Sondage ADF-Sofres : La qualité passe par l'écoute des patients.
ADF Infos 1998;**6**:1-2.

42. HIPPOCRATE.

Œuvres choisies. Aphorismes.
Paris : Labe, 1855a.

43. HIPPOCRATE.

Œuvres choisies. Des Epidémies. Livre I.
Paris : Labe, 1855b.

44. HUNSTADBRATEN K.

Dents et superstition.
Méd Hygiène 1973;**31**:159.

45. JEAMMET Ph, REYNAUD M et CONSOLI S.

Psychologie médicale.
Paris : Masson, 1996.

46. JORIS R.

Psychologie dentaire.
Schweiz Monatsschr Zahnmed 2004a;**114**(9):971-972.

47. JORIS R.

Psychologie dentaire II.
Schweiz Monatsschr Zahnmed 2004b;**114**(10):1068-1070.

48. JORIS R.

Symbolisme de la bouche.
Schweiz Monatsschr Zahnmed 2004c;**114**(11):1202-1204.

49. KLEIN M.

La psychanalyse des enfants.

Paris : Presses Universitaires de France, 2004.

50. LAZORTHES G.

L'homme, la médecine et le médecin. Culture générale. PCEM.

Paris : Masson, 1993.

51. LE BRETON D.

Du silence : essai.

Paris : Métaillié, 1997.

52. LEJOYEUX J.

Prothèse complète. Diagnostic. Traitement.

Paris : Maloine, 1967.

53. LERESCHE L et DWORKIN SF.

Facial expression accompanying pain.

Soc Sci Med 1984;**19**:1325-1330.

54. LERICHE R.

Encyclopédie française. L'être humain. Tome VI.

Paris : Société Nouvelle de l'Encyclopédie Française, 1936.

55. LEROUTIER G.

Les voies de la communication.

Le Mans : Gereso, 2004.

56. MARTIN C et AXUS M.

Aspects de la relation patient-praticien.

Chir Dent Fr 2005;**1236**:57-65.

57. MOLEY-MASSOL I.

Relation médecin-malade : enjeux, pièges et opportunités. Situations pratiques.

Courbevoie : DaTeBe, 2007.

58. MONTAIGNE ME.

Les Essais. Livre III.

Paris : Presses Universitaires de France, 1999.

59. MOORE KL et DALLEY AF.

Anatomie médicale : aspects fondamentaux et applications cliniques.
Bruxelles : De Boeck, 2007.

60. MUCCHIELLI R.

Philosophie de la médecine psychosomatique.
Paris : Aubier, 1961.

61. PASINI W et HAYNAL A.

Manuel de psychologie odontologique.
Paris : Masson, 1992.

62. PEQUIGNOT H et GATARD M.

Hôpital et humanisation.
Paris : ESF, 1976.

63. PIONCHON P.

Le chirurgien-dentiste en situation thérapeutique.
Mémoire de maîtrise en Psychologie Clinique, Lyon II, 1986.

64. REY-WICKY H et VANNUTI M.

L'empathie dans la relation de soins. La Médecine Psychosomatique.
Paris : Editions Du Cerf, 1994.

65. ROMAGNA C, POMPIGNOLI M, GIOVANNOLI JL et HESCOT P.

Profil du patient et son rôle dans le traitement.
Chir Dent Fr 2005;**1232**:23-26.

66. ROUAULT V.

Relations enfant-parents-praticien : les clés de la réussite.
Chir Dent Fr 2007;**1300/1301**:43-48.

67. RUELL-KELLERMANN M.

Peurs et phobies au cabinet dentaire.
Chir Dent Fr 1986;**355**:57-61.

68. RUELL-KELLERMANN M.

La peur de la douleur, la douleur de la peur.
Chir Dent Fr 2001; **1057**:31-34.

69. RUELL-KELLERMANN M.

Les bonnes pratiques générales et particulières de l'approche globale du patient.

ADF Dossiers de presse, 2003.

http://www.adf.asso.fr/cfm/site/presse/detail_dossier.cfm?dossier=76&rubrique_origine=28

70. SAFAR P.

Psycho et odonto-stomatologie.

Rev Odontostomatol 1981;**10**(3):197-198.

71. SAFAR P.

La communication patient-praticien ou comment créer un climat de confiance.

Rev Odontostomatol 1984;**13**(4):233-237.

72. SAINT-PIERRE F.

La bouche : entre plaisir et souffrance.

Paris : ESKA, 1999.

73. SANS AUTEUR.

Soins infirmiers : normes de qualité. Guide du service de soins infirmiers. 2ème édition. Septembre 2001.

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/soins_inf/annexe/annex1.htm

74. SANTIAGO-DELAFOSSÉ M.

Psychologie de la Santé : perspectives qualitatives et cliniques.

Sprimont : Mardaga, 2002.

75. SICARD D.

Interview de Didier Sicard : « Réintroduire l'éthique au fondement même de l'acte médical ».

[http://www.arcas-sante.org/JDS/article/678/Interview de Didier Sicard Reintroduire l éthique au fondement meme de l acte medical](http://www.arcas-sante.org/JDS/article/678/Interview_de_Didier_Sicard_Reintroduire_l_ethique_au_fondement_meme_de_l_acte_medical)

76. TATE P.

Soigner (aussi) sa communication.

Bruxelles : De Boeck Université, 2005.

77. THERY-HUGLY MC.

Le psy, la dent et le dentiste. Et si on parlait utile ?

ADF thésaurus, 2001.

http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=21&conference=57/2001

78. TOUSSAINT M.

Démasquez votre stress. Mieux vaut prévenir que guérir.
Cah ADF 1998;7:12-17.

79. VEREECK E.

Du langage des dents au décodage du dedans : quand les dents se révèlent outil de connaissance de soi.
2007.

<http://www.mieux-etre.org/spip.php?article1847>

80. VOIZOT B.

Soigner, acte de création.
Rev Odontostomatol 1981;10(3):203-206.

81. WINNICOTT DW.

Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement.
Paris : Payot, 1989.

82. YARDIN M.

Odontologie globale.
Paris : Masson, 1995.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Le concept systémique d'après M. YARDIN (1995)	18
Figure 2 : Un continuum hiérarchique d'après M. YARDIN (1995)	19
Figure 3: Tableau comparatif des modèles biomédical et biopsychosocial	21
Figure 4 : L'homonculus de PENFIELD et RASMUSSEN (www.cnsf.asso.fr/Pages/Journee/5emejournee/pdf/Silence%20on%20accouche%20Marie%20FALEUR.pdf -).....	24
Figure 5 : Schéma des nerfs crâniens d'après F. SAINT-PIERRE (1999)	24
Figure 6 : Marilyn MONROE (http://www.bergoiata.org/fe/Marilyn2/25.htm)	29
Figure 7 : Le sourire blanc (http://www.healthinsurancetoolkit.com/prod04.htm)	32
Figure 8 : La salle d'attente (http://cabnicoquyen.over-blog.com/categorie-10571080.html)	38
Figure 9 : La salle d'attente (http://www.dr-laurent-soubiron.chirurgiens-dentistes.fr/cabinet.php)	39
Figure 10 : La salle de soins (http://www.irisdentaire.fr/AMENAGEMENT.html)	42
Figure 11 : L'arracheur de dents (http://errance.over-blog.com/article-3559515.html)	56
Figure 12 : Synthèse de l'écoute physique d'après M BOURASSA (1998)	69
Figure 13 : Une position d'entretien clinique adaptée d'après C.D. ARRETO et coll. (2006).....	81
Figure 14 : Une position d'entretien clinique adaptée d'après C.D. ARRETO et coll. (2006).....	81
Figure 15 : Une position clinique inadaptée d'après C.D. ARRETO et coll. (2006)	81
Figure 16 : Une position d'entretien clinique inadaptée d'après C.D. ARRETO et coll. (2006).....	81
Figure 17 : Vue antérieure des muscles du cuir chevelu et de la face d'après K.L. MOORE et A.F. DALLEY (2007).....	85
Figure 18 : Actions de muscles de la mimique d'après K.L. MOORE et A.F. DALLEY (2007)	86
Figure 19 : Déclaration du consensus de KALAMAZOO cité par C.D. ARRETO et coll. (2006)	90
Figure 20 : Comparaison des modèles paternaliste et autonomiste	97

**AUTORISATION DES EDITIONS QUANT A
L'UTILISATION DE SCHEMAS ET PHOTOGRAPHIES**

De : Fabrice Chretien <Fabrice.Chretien@deboeck.com>

À : cao xuan-huong <xuxuette@yahoo.fr>

Envoyé le : Mercredi, 18 Mars 2009, 10h05mn 22s

Objet : RE: autorisation quant à l'utilisation de photographies et schémas

Chère Madame,

Je vous autorise à reproduire, dans le cadre défini ci-dessous dans votre mail, les illustrations issues du Dalley/Moore « Anatomie médicale ». Je vous demanderais juste de bien vouloir indiquer les références des illustrations dans votre thèse.

Bien cordialement,

Fabrice Chrétien

Fabrice Chrétien

Editeur

Sciences/Technique/Médecine

De Boeck Université & ESTEM

fabrice.chretien@deboeck.com

Tel direct : 01 72 36 41 72

GSM : 06 09 94 57 73

De Boeck Université

2 ter, rue des Chantiers 75005 Paris

www.deboeck.com

De : cao xuan-huong [mailto:xuxuette@yahoo.fr]

Envoyé : mardi 17 mars 2009 12:59

À : info.universite.deboeck.com

Objet : autorisation quant à l'utilisation de photographies et schémas

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante en odontologie à la faculté de Nantes.

Je prépare actuellement une thèse dont l'intitulé est : " les interrelations entre le corps et l'esprit dans la prise odontologique."

J'aurais voulu illustrer certaines parties de ma thèse par des photographies et des tableaux regroupés dans le livre qui a pour références :

ANATOMIE MEDICALE: aspects fondamentaux et applications cliniques.

De : MOORE et DALLEY

Dépôt légal : avril 2007

Les photographies et les tableaux qui m'intéressent sont :

- la vue antérieure (B) des muscles du cuir chevelu et de la face (p 935);
- la figure 7.22 : actions des muscles de la mimique (p 937).

Si vous acceptiez ma demande, pourriez-vous m'envoyer une réponse écrite par courrier ou par mail que je pourrais joindre à ma thèse.

Voici mes coordonnées :

Mademoiselle CAO Xuan-Huong
7 rue Jean-Marc NATTIER
44100 NANTES
Tel : 0688142636
E-mail : xuxuette@yahoo.fr

En vous remerciant de votre réponse,
Cordialement,

Mademoiselle CAO.

De : Lubert Martine <malubert@groupeliaisons.fr>
À : xuxuette@yahoo.fr
Envoyé le : Mardi, 10 Mars 2009, 17h21mn 03s
Objet : FW: autorisation quant à l'utilisation de schémas et photographies

Chère Mademoiselle CAO,

Afin de réaliser votre thèse intitulée :

- " Les interrelations entre le corps et l'esprit dans la prise odontologique",
les Éditions CdP ont le plaisir de vous accorder l'autorisation d'utiliser les photographies et les figures
référencées dans votre mail ci-dessous.

Nous vous demandons juste de citer la source de ces illustrations.

N'hésitez pas à me contacter pour tout renseignement complémentaire.

Je vous prie de croire, Chère Mademoiselle CAO, en l'expression de mes sincères salutations.

Martine Lubert

Martine Lubert
Éditions CdP
Case Postale 812
1 rue Eugène et Armand Peugeot
92856 Rueil-Malmaison Cedex
Tél. : 01 76 73 38 27
Fax : 01 76 73 48 54
malubert@groupeliaisons.fr

----- Message transféré

De : cao xuan-huong <xuxuette@yahoo.fr>
Date : Tue, 3 Mar 2009 16:11:38 +0000 (GMT)
À : <editionscdp@editionscdp.fr>
Objet : autorisation quant à l'utilisation de schémas et photographies

Madame, monsieur,

Je suis étudiante en odontologie à la faculté de Nantes.

Je prépare actuellement une thèse dont l'intitulé est : " les interrelations entre le corps et l'esprit dans la prise odontologique."

J'aurais voulu illustrer certaines parties de ma thèse par des photographies et des tableaux regroupés

dans le livre qui a pour références :

CONSULTER EN ODONTOLOGIE : la relation praticien-patient

De C.D. ARRETO, A. BRUNET-CANNONE et F. FIORETTI

Collection MEMENTO

Les photographies et les tableaux qui m'intéressent sont :

- le tableau 2.2 : déclaration du consensus de KALAMAZOO (page 48) ;
- la figure 3.1 (page 68) ;
- les figures 3.2, 3.3, 3.4 (page 69) ;
- la figure 3.5 (page 70) ;
- la figure 3.6 (page 71).

Si vous acceptiez ma demande, pourriez-vous m'envoyer une réponse écrite par courrier ou par mail que je pourrais joindre à ma thèse.

Voici mes coordonnées :

Mademoiselle CAO Xuan-Huong

7 rue Jean-Marc NATTIER

44100 NANTES

Tel : 0688142636

E-mail : xuxuette@yahoo.fr

En vous remerciant de votre réponse,

Cordialement,

Mademoiselle CAO.

De : GROUPÉDITIONS ÉDITEURS <info@groupeditions.com>

À : cao xuan-huong <xuxuette@yahoo.fr>

Envoyé le : Jeudi, 5 Mars 2009, 19h50mn 00s

Objet : Re: autorisation quant à l'utilisation de photographies et schémas

Bonjour Mademoiselle Cao,

Comme suite à votre demande de reproduction, portant sur l'ouvrage du Dr Maurice Bourassa intitulé **Manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire**, Groupéditions Éditeurs vous autorisent à reproduire les extraits suivants dans le cadre de la rédaction de votre thèse qui fera l'objet d'un tirage d'une quinzaine d'exemplaires:

- le tableau 7.2 : tableau synthèse de l'écoute physique (page 229) ;
- les figures 7.2, 7.3 (page 225) ;
- la figure 7.4 (page 226) ;
- les figures 7.5, 7.6 (page 227) ;
- la figure 7.7 (page 228).

Nous vous demandons d'indiquer votre source, à savoir:

Titre: Manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire, 2ème édition 2008

Auteur: Dr Maurice Bourassa

Éditeur: Groupéditions Éditeurs (www.groupeditions.com)

ISBN 2-978-2-923656-06-9

D'autre part, et ce dans un contexte de publication, nous serions intéressés à prendre connaissance de votre thèse lorsque vous en aurez complété la rédaction. Libre à vous de nous en acheminer une copie par Mail.

Veillez agréer l'expression de nos meilleurs sentiments.

François Martin

Éditeur

GROUPÉDITIONS ÉDITEURS

www.groupeditions.com

info@groupeditions.com

514.461.1385

514.461.1386 (télécopies)

----- Original Message -----

From: [cao xuan-huong](mailto:cao_xuan-huong)

To: GROUPÉDITIONS ÉDITEURS

Sent: Thursday, March 05, 2009 4:40 AM

Subject: Re : autorisation quant à l'utilisation de photographies et schémas

Bonjour,

Je pense que ma thèse sera produite entre 10-15 exemplaires, notamment 6 pour l'Université et le reste pour les membres de ma famille.

Cordialement,

Mademoiselle CAO.

De : GROUPÉDITIONS ÉDITEURS <info@groupeditions.com>

À : cao xuan-huong <xuxuette@yahoo.fr>

Envoyé le : Mercredi, 4 Mars 2009, 20h06mn 30s

Objet : Re: autorisation quant à l'utilisation de photographies et schémas

Bonjour,

Comme suite à votre demande, pouvez-vous préalablement nous indiquer en combien d'exemplaires sera reproduit de votre thèse.

Dans l'attente de votre réponse et avec nos meilleurs sentiments.

François Martin

Éditeur

GROUPÉDITIONS ÉDITEURS

www.groupeditions.com

info@groupeditions.com

514.461.1385

514.461.1386 (télécopies)

----- Original Message -----

From: cao_xuan-huong

To: info@groupeditions.com

Sent: Wednesday, March 04, 2009 1:16 PM

Subject: autorisation quant à l'utilisation de photographies et schémas

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante en odontologie à la faculté de Nantes.

Je prépare actuellement une thèse dont l'intitulé est : " les interrelations entre le corps et l'esprit dans la

prise odontologique."

J'aurais voulu illustrer certaines parties de ma thèse par des photographies et des tableaux regroupés dans le livre qui a pour références :

DENTISTERIE COMPORTEMENTALE : Manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire

De M. BOURASSA

Dépôt légal : 1998.

Les photographies et les tableaux qui m'intéressent sont :

- le tableau 7.2 : tableau synthèse de l'écoute physique (page 229) ;
- les figures 7.2, 7.3 (page 225) ;
- la figure 7.4 (page 226) ;
- les figures 7.5, 7.6 (page 227) ;
- la figure 7.7 (page 228).

Si vous acceptiez ma demande, pourriez-vous m'envoyer une réponse écrite par courrier ou par mail que je pourrais joindre à ma thèse.

Voici mes coordonnées :

Mademoiselle CAO Xuan-Huong

7 rue Jean-Marc NATTIER

44100 NANTES

Tel : 0688142636

E-mail : xuxuette@yahoo.fr

En vous remerciant de votre réponse,

Cordialement,

Mademoiselle CAO.

Madame, monsieur,

Je suis étudiante en odontologie à la faculté de Nantes.

Je prépare actuellement une thèse dont l'intitulé est : " les interrelations entre le corps et l'esprit dans la prise odontologique."

J'aurais voulu illustrer certaines parties de ma thèse par des figures dans le livre qui a pour références :

ODONTOLOGIE GLOBALE

De M. YARDIN

Editions MASSON, 1995

Les figures qui m'intéressent sont :

- la figure 2.2 (page 12) ;

- la figure 2.3 (page 13).

Si vous acceptiez ma demande, pourriez-vous m'envoyer une réponse écrite par courrier ou par mail que je pourrais joindre à ma thèse.

Voici mes coordonnées :

Mademoiselle CAO Xuan-Huong

7 rue Jean-Marc NATTIER

44100 NANTES

Tel : 0688142636

E-mail : xuxuette@yahoo.fr

En vous remerciant de votre réponse,

Cordialement,

Mademoiselle CAO.



ELSEVIER
MASSON

Mademoiselle Xuan-Huong CAO

7, rue Jean Marc Nattier

44100 NANTES

Issy les Moulineaux, le 6 mars 2009

OBJET : Demande d'autorisation de reproduction – « *Odontologie globale* » de M. Yardin

Chère Mademoiselle,

Nous avons bien reçu votre courrier de ce jour, et nous vous en remercions.

Nous vous autorisons, seulement à une fin non commerciale, à reproduire les figures 2.2 (page 12) et 2.3 (page 13) de notre ouvrage référencé ci-dessus aux conditions suivantes :

- indication des **mentions d'usage** :

« *Odontologie globale* », de **M. Yardin**, 1995, Masson

Nous vous prions de croire, Chère Mademoiselle, à l'assurance de nos sincères salutations.

Tarik OULEHRI
Responsable éditorial
MASSON

Mademoiselle CAO Xuan-Huong
7 rue Jean-Marc NATTIER
44100 NANTES
Tel : 0688142636
E-mail : xuxuette@yahoo.fr

NANTES, le 29 mars 2009

Madame, Monsieur,

Je vous ai envoyé un mail à la date du 17 mars 2009 ; n'ayant obtenu aucune réponse de votre part, je me permets de vous réécrire par courrier.

Je suis étudiante en odontologie à la faculté de Nantes et je prépare actuellement une thèse dont l'intitulé est : " les interrelations entre le corps et l'esprit dans la prise odontologique."

J'aurais voulu illustrer certaines parties de ma thèse par un schéma dans le livre qui a pour références :

LA BOUCHE : entre plaisir et souffrance
De SAINT-PIERRE F.
Dépôt légal : 2000.

Le schéma qui m'intéresse est :

- schéma nerfs crâniens (p 126).

Si vous acceptiez ma demande, pourriez-vous m'envoyer une réponse écrite par courrier ou par mail que je pourrais joindre à ma thèse.

Veillez agréer Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées,

Mademoiselle CAO.

De : Catherine Duval <catherine.duval@eska.fr>

À : xuxuette@yahoo.fr

Envoyé le : Mardi, 7 Avril 2009, 14h10mn 16s

Objet : schema de l'ouvrage La bouche de Mr De Saint Pierre

Bonjour,

Je vous confirme suite à notre conversation téléphonique de ce jour que vous pouvez utiliser le schéma uniquement pour votre thèse et non pour un ouvrage et vous devez indiquer toutes les références de l'ouvrage dans votre thèse.

Salutations distinguées.

Catherine DUVAL

Ed ESKA

Tel 0142865565

<p>CAO (Xuan-Huong). - Les interrelations entre l'esprit et le corps dans la prise en charge odontologique. - 120f. ; ill. ; tabl. ; 82 réf. ; 30 cm. (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2009)</p>												
<p>RESUME</p> <p>Une évolution formidable a été observée depuis une dizaine d'années dans le domaine des sciences médicales, notamment en chirurgie dentaire, aussi bien pour le diagnostic que pour le traitement des pathologies de l'odonte et du parodonte. Aussi, le patient bénéficie-t-il d'une approche technique optimale. Toutefois, celle-ci est insuffisante, puisque le plus souvent elle réduit le patient à sa pathologie.</p> <p>Par conséquent, il s'agit pour le chirurgien-dentiste de prendre en compte la personnalité du patient, son vécu et son contexte socioculturel. Et c'est en instaurant la relation de soins, notamment par l'apprentissage et/ou le perfectionnement des outils de la communication, qu'il peut considérer le patient dans sa globalité. De cette approche plus humaine peut résulter la collaboration nécessaire à la réussite du traitement.</p>												
<p>RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Psychologie</p>												
<p>DOMAINE BIBLIDENT : Psychologie</p>												
<p>MOTS CLES MESH</p> <p>Modèle biologique – Modèle psychologique – Symbolisme – Psychologie social - Communication – Relation soignant-patient</p> <p>Models, biological – Models, psychological – Symbolism – Psychology, social – Communication – Professional-patient relations</p>												
<p>MOTS CLES BIBLIODENT</p> <p>Psychologie – Symbole – Relation praticien patient</p>												
<p>JURY</p> <table> <tr> <td>Président :</td> <td>Professeur</td> <td>Alain JEAN</td> </tr> <tr> <td><u>Directeur</u> :</td> <td>Professeur</td> <td>Wolf BOHNE</td> </tr> <tr> <td>Co-directeur :</td> <td>Docteur</td> <td>Jacques GUIHARD</td> </tr> <tr> <td>Assesseur :</td> <td>Docteur</td> <td>Sylvie DAJEAN-TRUTAUD</td> </tr> </table>	Président :	Professeur	Alain JEAN	<u>Directeur</u> :	Professeur	Wolf BOHNE	Co-directeur :	Docteur	Jacques GUIHARD	Assesseur :	Docteur	Sylvie DAJEAN-TRUTAUD
Président :	Professeur	Alain JEAN										
<u>Directeur</u> :	Professeur	Wolf BOHNE										
Co-directeur :	Docteur	Jacques GUIHARD										
Assesseur :	Docteur	Sylvie DAJEAN-TRUTAUD										
<p>ADRESSE DE L'AUTEUR</p> <p>Xuan-Huong CAO 7 rue Jean-Marc Nattier 44100 NANTES xuxuette@yahoo.fr</p>												